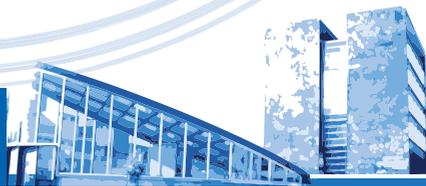




IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

07 e 08 de novembro de 2024
Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa

**RESSUSCITAÇÃO
DO DOENTE CRÍTICO**



Do Organelo à Família

Programa

Patrocínio Científico



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
Medicina Intensiva

IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

PRESIDENTE DAS JORNADAS

Prof. Doutor Luís Bento

SECRETÁRIA GERAL

Dra. Raquel Avelãs Cavaco

COMISSÃO ORGANIZADORA

Enfa. Ana Leite | *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCINCT*

Dra. Ana Rita Leite Cruz | *Interna de Formação Específica de Medicina Intensiva*

Dr. Ary de Sousa | *Assistente Hospitalar Neurologia, UCINCT*

Dra. Filipa Monteiro | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Enfa. Irina Silva | *Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, UUM*

Dra. Joana Cabrita | *Interna de Formação Específica de Medicina Intensiva*

Dr. João Melo Alves | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Enf. Maciel Lourenço | *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCI CR-CRECMO*

Enfa. Patrícia Costa | *Enfermeira UCIP7*

Dra. Sofia Cardoso | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCIP 7*

Dra. Sofia Dias | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCINCT*

Dr. Tiago Duarte | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, UCIP7*

COMISSÃO CIENTÍFICA

Enfa. Alexandra Ferreira | *Enfermeira Gestora UCIP7*

Enfa. Cristina Amaral | *Enfermeira Coordenadora UCI CR-ECMO*

Dr. Francisco Matos | *Diretor da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos*

Enfa. Laurinda Santos | *Enfermeira Gestora UCINCT*

Enfa. Maria Ana Trocado | *Enfermeira Gestora*

Dr. Manuel Sousa | *Coordenador UCIP4*

Enfa. Maria Adelaide Pacheco | *Enfermeira Gestora da UUM*

Dr. Nuno Germano | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador UCIP7*

Enfa. Odília Neves | *Enfermeira Gestora da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos*

Dr. Philip Fortuna | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador na AUGPCI do Centro de Referência ECMO*



INTERVENIENTES NO PROGRAMA

Enf. Abel Alves | *Enfermeiro Especialista, UCIP7*

Enfa. Alexandra Ferreira | *Enfermeira Gestora UCIP7*

Enfa. Ana Leite | *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCINCT*

Fisioterapeuta Ana Margarida Carvalho | *Fisioterapeuta*

Dra. Ana Margarida Fernandes | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCINCT*

Dra. Ana Rita Francisco | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Dra. Ana Rita Leite Cruz | *Interna de Formação Específica de Medicina Intensiva*

Dr. André Borges | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

António Sala | *Comunicador*

Dra. Ariana Azevedo | *Assistente Hospitalar de Nefrologia, UUM*

Dr. Ary de Sousa | *Assistente Hospitalar Neurologia, UCINCT*

Dr. Bruno Maia | *Assistente Hospitalar Graduado, Neurologia e Medicina Intensiva, UCINCT*

Enfa. Carla Bráz | *Enfermeira Especialista em Reabilitação, UCI CR-ECMO*

Prof. Doutora Conceição Calhau | *Professora Catedrática da NOVA Medical School, Subdiretora para a Extensão à Comunidade, Coordenadora da Licenciatura em Ciências da Nutrição*

Enf.^a Cristina Amaral | *Enfermeira Coordenadora UCI CR-ECMO*

Dra. Filipa Monteiro | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Dr. Filipe Cardoso | *Assistente Hospitalar Graduado de Gastroenterologia e Medicina Intensiva*

Dr. Francisco Lucas Matos | *Diretor da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos*

Enf. Francisco Pinho | *Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à pessoa em situação crítica, UCINCT*

Dr. Germano Ferreira | *Fisioterapeuta*

Dr. Hugo Miranda | *Assistente Hospitalar de Cardiologia e Medicina Intensiva*

Dra. Inês Mega | *Psicóloga*

Enfa. Irina Silva | *Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, UUM*

Dra. Joana Cabrita | *Interna de Formação Específica de Medicina Intensiva*

Dr. João Melo Alves | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Enf. João Paulo Zacarias | *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCINCT*

Sr. Juan Luís Pozo Rosado | *Marido da doente Vanessa Pinto*

Enfa. Laurinda Santos | *Enfermeira Gestora UCINCT*

Prof. Doutor Luís Bento | *Responsável pelo Serviço de Medicina Intensiva, Coordenador da UUM e UCINCT, Assistente hospitalar graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva*

Dr. Luís Monteiro | *Assistente Hospitalar Hematologia*

Sr. Luís Oliveira | *Marido da doente Maria Fernanda Oliveira*

Dr. Luís Val-Flores | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva*

Enf. Maciel Lourenço | *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCI CR-CRECMO*

Dr. Manuel Sousa | *Coordenador UCIP4*

Enfa. Maria Adelaide Pacheco | *Enfermeira Gestora da UUM*

Enfa. Maria Ana Trocado | *Enfermeira Gestora*

Sr. Maria Fernanda Pires de Oliveira | *Doente*

Enfa. Maria José Costa Dias | *Enfermeira Diretora da ULS São José*

Dr. Nuno Germano | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador UCIP7*

Enfa. Odília Neves | *Enfermeira Gestora da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos*

Enfa. Patrícia Costa | *Enfermeira UCIP7*

Enfa. Paula Baena | *Enfermeira Gestora UCIP4*

Enf. Pedro Ribeiro | *Enfermeiro Especialista, UCIP4*

Dr. Pedro Silva | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCI CR-ECMO*

Dr. Philip Fortuna | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador na AUGPCI do Centro de Referência ECMO*

Dra. Raquel Cavaco | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM*

Dr. Romeu Dutra | *Assistente Hospitalar de Imunohemoterapia*

Dr. Simão Rodeia | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCI CR-ECMO*

Dra. Sofia Cardoso | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCIP 7*

Dra. Sofia Dias | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCINCT*

Enfa. Sónia Russo | *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UUM*

Dra. Susana Afonso | *Assistente Graduada, Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCINCT*

Profa. Doutora Susana Fernandes | *Diretora da Clínica Universitária de Medicina II e da Clínica Universitária de Medicina Intensiva – Faculdade de Medicina de Lisboa*

Dra. Teresa Martins | *Assistente Hospitalar Graduada de Imunohemoterapia, Responsável da Especialidade de Imunohemoterapia*

Dr. Tiago Duarte | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, UCIP7*

Sra. Vanessa Pinto | *Doente*



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Quinta-feira | 07 de novembro 2024

08:00h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE POSTERS EM SALA**
Moderadores: Dra. Ana Santos e Dr. Pedro Silva
POA 03 | POA 04 | POA 05 | POA 07 | POA 08 | POA 09
Moderadores: Enfa. Irina Silva e Enf. Filipe Ramos
POEA 01 | POEA 02

09:00-09:30h **SESSÃO DE ABERTURA**
Prof. Doutor Luís Bento | *Presidente das Jornadas*
Dra. Raquel Avelãs Cavaco | *Secretária Geral das Jornadas*

MEDICINA TRANSLACIONAL

09:30-10:30h **SESSÃO I**
Moderadoras: Enfa. Maria Ana Trocado e Prof. Doutor Luís Bento
Da ciência básica à UCI: Interação de órgão
Dr. André Borges

10:30-11:00h Coffee break

O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

11:00-13:00h **SESSÃO II**
Moderadoras: Enfa. Laurinda Santos e Dra. Susana Afonso
Osmoterapia
Dr. Ary de Sousa
A autorregulação cerebral na doença neurocrítica
Dr. Bruno Maia
Interação cérebro-corção e cérebro-pulmão
Dra. Sofia Dias
A reabilitação de um doente com insulto neurológico
Enf. João Paulo Zacarias

13:00-14:00h Almoço

O SISTEMA RESPIRATÓRIO

14:00-16:00h

SESSÃO III

Moderadores: Enfa. Cristina Amaral e Dr. Philip Fortuna

A barreira alvéolo-capilar

Dr. Pedro Silva

A regeneração pulmonar

Profa. Doutora Susana Fernandes

Repercussão sistémica da lesão pulmonar aguda

Dr. Simão Rodeia

A reabilitação de um doente com insulto pulmonar

Enfa. Carla Bráz e Ft. Ana Margarida Carvalho

16:00-16:30h

Coffee break

O SISTEMA GASTROINTESTINAL

16:30-18:00h

SESSÃO IV

Moderadores: Enfa. Alexandra Ferreira e Dr. Nuno Germano

Microbiota

Profa. Doutora Conceição Calhau

Regulação da circulação esplâncnica

Dr. Tiago Duarte

Síndrome hépato-pulmonar e hépato-renal

Dr. Filipe Cardoso

18:00h

Encerramento do primeiro dia das Jornadas



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Sexta-feira | 08 de novembro 2024

08:00h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE POSTERS EM SALA**
Moderadores: Dra. Ana Santos e Dra. Filipa Monteiro
POA 01 | POA 02 | POA 06 | POA 10 | POA 11 | POA 12
Moderadores: Enfa. Irina Silva e Enf. Filipe Ramos
POEA 03 | POEA 04

O SISTEMA GENITURINÁRIO

09:00-11:00h **SESSÃO V**
Moderadores: Enfa. Paula Baena e Dr. Manuel Sousa
A necrose tubular aguda
Dra. Ariana Azevedo
Autorregulação renal na sépsis
Prof. Doutor Luís Bento
Interação renal na lesão renal aguda
Dr. Nuno Germano
E perante a não recuperação
Enf. Pedro Ribeiro

11:00-11:30h Coffee break

O SISTEMA HEMATOLÓGICO

11:30-13:00h **SESSÃO VI**
Moderadoras: Dra. Teresa Martins e Dra. Raquel Cavaco
Trombocitopenia na UCI
Dr. Luís Val-Flores
Leucopenia na UCI
Dr. Luís Monteiro
Estratégia de transfusão no doente crítico com hemorragia
Dr. Romeu Dutra

13:00-14:00h Almoço

O SISTEMA CARDIOVASCULAR

14:00-16:00h

SESSÃO VII

Moderadoras: Enfa. Adelaide Pacheco e Dra. Ana Rita Francisco

Índices derivados do CO₂

Dra. Filipa Monteiro

Coerência hemodinâmica

Prof. Doutor Luís Bento

Interação coração-rim

Dr. Hugo Miranda

A reabilitação de um doente após o choque

Enfa. Sónia Russo e Ft. Germano Ferreira

16:00-16:30h Coffee break

A FAMÍLIA

16:30-18:00h

MESA-REDONDA

Comunicação com o doente e família

Moderador: Dr. António Sala

Sra. Vanessa Pinto (*doente*), Sr. Juan Luis Rosado (*marido da doente*),

Dra. Inês Mega (*Psicóloga*), Dr. Nuno Germano (*Médico*)

e Enf. Abel Alves (*Enfermeiro*), Sra. Maria Fernanda Pires de Oliveira(*doente*),

Sr. Luís Oliveira (*marido da doente*), Dra. Ana Margarida Fernandes (*Médica*)

e Enf. Francisco Pinho (*Enfermeiro*)

O que pensamos que o doente quer saber, e o que dizemos

O que o doente quer saber, e o que ouve

O que pensamos que a família quer saber, e o que dizemos

O que a família quer saber, e o que ouve

18:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters médicos com apresentação

POA 01

AS CEREJAS TAMBÉM SÃO AMARGAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pacheco; Ana Reis; Inês Pereira;
Joana Cepeda; Joana Cabrera; Marta Basto;
Ana Margarida Fernandes; Érico Costa
ULS G/E

Introdução: As sementes de frutas, como as da cereja, contêm amígdalina, um glicosídeo cianogénico natural cuja ingestão pode manifestar-se por tonturas, alterações do estado de consciência e outros sintomas, podendo evoluir para disfunção multiorgânica e paragem cardiorrespiratória. Embora a intoxicação voluntária seja rara, o conhecimento da necessidade precoce do antídoto é fundamental em casos suspeitos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 42 anos com antecedentes de epilepsia focal e psicose pós-ictal, síndrome depressivo com múltiplas tentativas de suicídio. Foi encontrado na sua residência com uma Escala de Coma de Glasgow de 3, após a ingestão voluntária de caroços de cereja esmagados. Após estabilização inicial, foi garantida uma via aérea definitiva pela equipa de emergência médica pré-hospitalar e transportado para a sala de emergência, onde evoluiu para paragem cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso, secundária a hipotensão refratária, tendo sido revertida após 6 minutos de suporte avançado de vida. Iniciaram-se medidas pós-PCR, priorizando a administração do antídoto hidroxocobalamina.

Desenvolveu choque distributivo refratário necessitando de noradrenalina até 0,4 µg/kg/min e acidemia metabólica com anion gap aumentado (28 mmol/L), sendo por isso admitido em cuidados intensivos (UCI). Evoluiu com resolução das disfunções orgânicas em 24 horas após a administração do antídoto, sem necessidade de técnica de substituição renal. Apresentou evolução clínica favorável a permitir extubação ao 7º dia de UCI e alta ao 10º dia. Não apresentava compromisso funcional à alta hospitalar.

Conclusão: A intoxicação voluntária por cianeto é rara e a sua manifestação clínica é inespecífica, dificultando o diagnóstico. Um grau elevado de suspeição e reconhecimento precoce permitem a utilização atempada de medidas como a administração de hidroxocobalamina ou tiosulfato de sódio. Estas intervenções têm implicações prognósticas evidentes, conforme demonstrado pela evolução clínica e *outcome* vital e funcional do caso descrito. Dada a especificidade e raridade deste tóxico, sugerimos a implementação e divulgação de protocolos de atuação locais.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, intoxicação por cianeto, paragem cardiorrespiratória, adulto, doente crítico.

POA 02

DOIS CASOS DE ENCEFALITE MEDIADA POR ANTICORPOS ANTI-RECTOR NMDA

Catarina Marques Dos Santos;
Bárbara Sucena Rodrigues; Andreia Fonseca Barbosa;
Rita Palma Féria; Carlos Simões Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As encefalites autoimunes podem ser mediadas por diversos anticorpos, que se associam em diferente grau a neoplasias. As encefalites por anticorpos anti-receptor NMDA são em 40% dos casos condições paraneoplásicas. Entre as principais formas de apresentação encontram-se as manifestações psiquiátricas.

Descrição do caso: Os autores apresentam dois casos de encefalite autoimune mediada por anticorpos anti-receptor NMDA. Ambas as doentes eram mulheres jovens, sem antecedentes de relevo, que recorreram ao serviço de urgência por manifestações psicóticas agudas. Em ambos casos, o estudo analítico, radiológico (TC de crânio) e eletroencefalográfico inicial excluiu as principais causas orgânicas de psicose aguda. Foram também realizadas punções lombares à admissão, das quais o citoquímico não revelou alterações.

Ambas as doentes foram internadas a cargo da Neurologia para continuação do estudo. No primeiro caso, para além de antipsicóticos, foi iniciado tratamento com aciclovir e pulsos de metilprednisolona, por suspeita de encefalite viral ou autoimune. No segundo, caso foi adotada uma atitude conservadora.

Por agitação crescente com necessidade de sedação, ambas as doentes foram transferidas em poucos dias para o Serviço de Medicina Intensiva.

As doentes progrediram para catatonia e em ambas se identificaram anticorpos anti-receptor NMDA no líquido e no soro, bem como bandas oligoclonais. Em ambas foi realizado um estudo radiológico alargado, que, no segundo

caso, revelou um teratoma anaxial esquerdo. A primeira doente realizou dois ciclos de pulsos de metilprednisolona seguidos de imunoglobulina IV. Já no serviço de Neurologia, fez ainda cinco ciclos de plasmaferese e iniciou tratamento com rituximab, sob o qual ainda se encontra, em hospital de dia.

A segunda doente realizou um ciclo de pulsos de metilprednisolona e foi submetida a tumorectomia. Já no serviço de Neurologia, fez ainda imunoglobulina IV.

Ambas as doentes tiveram alta melhoradas para o domicílio.

Conclusão: Ambos os casos se manifestaram predominantemente por sintomas psicóticos. Pela semelhança da clínica com patologias psiquiátricas primárias, mais frequentes, é necessário um alto grau de suspeição para esta entidade. Com este trabalho pretendemos também explorar as opções terapêuticas, bem como realçar a importância da exclusão de etiologia paraneoplásica, através do estudo complementar radiológico.

POA 03

TRAUMA VÉRTEBRO-MEDULAR: RESTROSPECTIVA DE 10 ANOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Catarina Oliveira Paulo¹; Rafael Curto²; Filipe Migueis¹;
Francisco Faustino³; Enia Ornelas³; Vania Brito¹;
Antero Fernandes¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²HVFX; ³Hospital Fernando Fonseca

Introdução: O traumatismo vértebro-medular (TVM) resulta de lesões na coluna vertebral e medula espinhal, comprometendo funções motoras, sensitivas ou autonómicas abaixo do nível da lesão. Causas comuns incluem acidentes de viação, quedas e desportos de impacto. As lesões podem ser completas, com perda total das funções motoras e sensitivas, ou incompletas, com alguma preservação funcional. O choque medular, associado ao TVM, envolve perda temporária de funções

e pode mascarar a gravidade da lesão. Já o choque neurogênico, mais frequente em lesões cervicais e torácicas altas, causa disfunção autonômica com hipotensão, bradicardia e vasodilatação, devido à interrupção das vias simpáticas. O tratamento envolve imobilização imediata, cirurgia e reabilitação multidisciplinar para recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida.

Objetivos: Análise retrospectiva de dados clínicos, analíticos e imagiológicos de doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital terciário, entre 2013-2023, com diagnóstico de TVM.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo de processos clínicos com diagnóstico de TVM (ICD-9 e ICD-10) em internamentos na UCI.

Resultados: Foram admitidos 33 doentes, com idades entre 18 e 86 anos (média de 59,2), sendo 88% do género masculino. Em termos de comorbilidades, 25% apresentava patologia osteoarticular, sem uso de corticoterapia crónica. A queda da própria altura foi a cinética mais frequente (30,3%), e destes doentes, 30% tinha patologia osteoarticular prévia (média de idade de 64,2). O *score* ASIA A (13/33 doentes) e ASIA C (9/33) predominaram. A média de internamento foi de 11,1 dias, com média de *score* APACHE 14,55 e SAPS 35. Observou-se ≥ 2 disfunções em 88% dos doentes, sendo as mais frequentes neurológica e respiratória. Dos 17 doentes com disfunção respiratória, todos necessitaram de ventilação mecânica (média de 13,5 dias), com 71% necessitando de traqueostomia. Em 14/33 doentes verificou-se disfunção cardiovascular com necessidade de vasopressores, a maioria cumprindo o alvo objetivo de 85-90 mmHg de pressão média arterial. Cinco doentes fizeram corticoterapia na fase aguda. Em 25/33 foi feita neurocirurgia para estabilização do TVM. As intercorrências infecciosas nosocomiais ocorreram em 42%

dos doentes. A mortalidade intra-hospitalar foi de 30%, ocorrendo entre as 24 horas (1/10 no pos-operatório) e os 6 meses (1/10), com sobrevivência média 31 dias, a maioria por intercorrência infecciosa.

Conclusão: O TVM pode apresentar disfunções que exigem admissão na UCI para vigilância e estabilização. Quedas da própria altura, especialmente em idosos, devem ser consideradas como fator de risco para trauma cervical. A ventilação mecânica prolongada aumenta o risco de infeções, e a traqueostomia precoce pode ser benéfica em casos de lesões cervicais ou torácicas altas, permitindo uma reabilitação mais eficaz e rápida.

POA 04

FATORES DE RISCO DECISÃO NA SUSPENSÃO DE SUORTE VITAL EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

João Sousa Torres¹; Inês Antunes²

¹HEM; ²Hospital Egas Moniz

A limitação do suporte de vida (LSV) é definida como a decisão de não instituir terapêutica médica ou interromper suporte de vida já instituído em pacientes com situação clínica deteriorada e irreversível ou com grave compromisso funcional. O aumento da expectativa de vida e a maior possibilidade de intervenção terapêutica em doenças graves, tem levado a um aumento na admissão de doentes com maior fragilidade clínica e subsequentemente a uma maior indefinição do benefício em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Foi realizado um estudo longitudinal, retrospectivo, observacional.

Objectivo: Estudo dos fatores associados à limitação do suporte vital em UCI. População: os doentes falecidos em UCI no ano 2023. Amostra não probabilística, acidental. Excluídos menores de 18 anos, doentes falecidos nas primeiras 24h de admissão e doentes com critérios de morte cerebral. As variáveis estudadas: género, idade, admissão méd-

ica/cirúrgica, *score* de APACHE, SAPS II/III e SOFA na admissão, dias de internamento na UCI, dias de internamento prévio à admissão em UCI, *Frailty score*, presença de choque, doença oncológica e imunossupressão. Avaliação estatística em SPSS, avaliação de testes paramétricos (amostra normal), T de Student para variáveis ordinais e Chi-Quadrados para variáveis nominais.

Foram incluídos 54 doentes, 34 homens (64,8%) e 19 mulheres (35,2%), com idade média de 73 anos (mínima 32 e máxima 92). Faleceram 43 doentes (79,6%) após suspensão de suporte vital (Grupo SSV) e 11 (20,4%) por progressão de doença (Grupo NSSV).

O grupo SSV apresenta idade superior ao NSSV (74 vs 69 anos, valor de p 0,7), bem como maior tempo de internamento em UCI (média de 10 dias VS 4 dias), maior tempo de internamento hospitalar (8 VS 4,4 dias) e maior fragilidade clínica (*Frailty score* 4,16 VS 3,45), mas sem correlação estatística significativa. No grupo SSV foram admitidos 21 doentes (43%) por choque, a maioria por choque séptico (76%), 39% com doença oncológica ativa ou imunossupressão. Proporção menor no grupo NSSV (doença oncológica ativa 9% e imunossupressão 18%). Não se verificou superioridade dos *Scores* de Gravidade (APACHE, SAPS II/III, SOFA), sendo a probabilidade de morte associada idêntica (SSV 74 VS NSSV 82%).

O Grupo SSV inclui doentes mais velhos, com maior fragilidade clínica, maior tempo de internamento hospitalar e internamento em UCI e maior frequência de neoplasia e imunossupressão, sem correlação estatisticamente significativa.

O estudo apresentado, tratando-se de um estudo retrospectivo e de pequenas dimensões, limitou a identificação dos fatores de risco mais relevantes na decisão de suspensão de cuidados. A avaliação e identificação de fatores de risco associados a decisão de SSV

em doente admitidos em UCI é importante podendo contribuir para modificar os algoritmos de admissão e auxiliar na decisão de benefício de suporte de órgão. Projetos de investigação de maior dimensão são necessários.

POA 05

ESTUDO COPPTRIHL.

ANÁLISE PRELIMINAR DE UM ESTUDO CLÍNICO COM ALEATORIZAÇÃO

Rui Pereira¹; Maria Eduarda Batista¹; Sara Machado¹; David Tomás²; Miguel Barbosa¹; Diogo Lopes¹; Luís Val-Flores¹; Nuno Germano¹

¹Hospital Curry Cabral - ULS São José; ²Hospital de São Bernardo, ULS da Arrábida

Introdução: Os doentes críticos com cirrose e ascite apresentam um elevado risco de desenvolver hipertensão intra-abdominal (HIA), associada a maior mortalidade. As orientações clínicas recomendam manter a pressão intra-abdominal (PIA) <16 mmHg; no entanto, mais de 3/4 destes doentes desenvolvem HIA durante a primeira semana em UCI. A paracentese de grande volume (PGV) é o tratamento de “*standard*” para alívio da tensão na parede abdominal, com redução na PIA e optimização da pressão de perfusão abdominal, e associa-se a melhoria transitória na função renal e pulmonar. No entanto, não existem estudos que comparem os resultados clínicos de diferentes estratégias de paracentese na prevenção e tratamento da HIA.

Objetivos: O estudo clínico COPPTRIHL compara os resultados clínicos entre a paracentese passiva contínua (PCP) e a PGV intermitente em doentes críticos com cirrose e ascite.

Materiais e métodos: Este estudo clínico da iniciativa do investigador, com aleatorização de doentes (Comissão de Ética ref. n.º632/2018), encontra-se aberto a colaborações com outros centros e tem uma duração inicialmente prevista de 36 meses. Pretende-se incluir e alocar 72 doentes em grupos “open-label”, numa razão 1:1, para o

grupo de PGV (controlo) e PCP (intervenção). A aleatorização será estratificada com base nos valores máximos de creatinina e PIA, num prazo de 24 horas após a admissão. A PGV será realizada de forma intermitente, de acordo com a prática clínica, com uma duração máxima de 8 horas, e a PCP drenará líquido ascítico até uma duração máxima de sete dias. O “outcome” primário será a concentração sérica de creatinina até ao sétimo dia, e os “outcomes” secundários incluem a PIA e a taxa de mortalidade a 28 dias. A análise incluirá a taxa de complicações e será feita de acordo com o princípio “intention-to-treat”. O estudo encontra-se registado em ClinicalTrials.gov NCT04322201 e publicado em *Trials* 24, 534 (2023). (<https://doi.org/10.1186/s13063-023-07541-4>)

Resultados e conclusão: Entre setembro de 2022 e junho de 2024 foram rastreados 63 doentes e incluídos 21 nesta primeira análise preliminar. A creatinina sérica entre os dias 1 e 4 após a aleatorização não permitiu observar diferenças significativas entre grupos ($n=19$, ANOVA para medições repetidas, gráfico 1). A mortalidade global aos 28 dias foi de 27%, sem diferença significativa ($p=0.8$) entre grupos (curvas Kaplan-Meier e regressão de Cox para a sobrevivência, gráfico 2). O estudo encontra-se aberto a centros que queiram colaborar e a duração do mesmo será estendida para alcançar o necessário número de doentes.

Esta análise preliminar do estudo clínico COPPTRIAHL apresenta um número reduzido de doentes e não revelou diferenças na creatinina sérica nem na mortalidade.

POA 06

DESMIELINIZAÇÃO PÔNTICA CENTRAL OSMÓTICA: NEM SEMPRE É SOBRE O SÓDIO

Pedro José Oliveira; Andreia Gonçalves;

Susana Afonso; Luís Bento

Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: A desmielinização pântica central é uma condição rara, frequentemente associada à rápida correção de hiponatremia, sobretudo se superior a 0.5-1 mmol/L por hora. No entanto, a correção rápida de outros eletrólitos, como o potássio, fósforo ou magnésio e oscilações rápidas da glicémia são apontadas como possíveis causas alternativas. O surgimento de sintomas e as alterações imagiológicas em RM-CE com hipersinal em T2 e restrição à difusão podem ocorrer 1 a 14 dias após o distúrbio eletrolítico. Apesar de autores relatarem sobrevivência até 94%, menos de metade dos doentes recupera totalmente.

Caso: Trata-se de um jovem de 34 anos do sexo masculino. Trazido à Urgência após acidente de alta cinética com motociclo com politrauma, do qual resultou traumatismo cranioencefálico (TCE) grave (GCS 3 no local) e traumas maxilofacial, vertebromedular cervicodorsal e das extremidades. Do TCE, TC a revelar foco de contusão edematoso-hemorrágico frontobasal direito, HSA sulcal, hemorragia tetraventricular sem hidrocefalia e fratura frontal anterior esquerda alinhada. À admissão, GCS 7, sedado e ventilado, sem distúrbios eletrolíticos ($Na+ 143$ mmol/L, $K+ 3.8$ mmol/L). Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, onde colocou sensor de pressão intracraniana (PIC). Durante os primeiros 6 dias de internamento, procedeu-se a neuromonitorização, mantendo-se sedação e supressão de períodos de hipertensão intracraniana com medidas médicas, mantendo normoglicemia. Também

manteve pH equilibrado, natrémia adequada sem necessidade de suplementação ou bólus de soro hipertónico (variação entre 138-149 mmol/L), hipocaliemia até um mínimo de 3 mmol/L (variação entre 3-4.8 mmol/L) e hipofosfatémia até um mínimo de 1.5 mmol/L, ambos com necessidade de reposição. No que diz respeito à correção do fósforo, esta foi feita de forma rápida 1,5 > 2,5 mmol/L em 48h e de seguida 1,9 > 3,3 mmol/L em 24h. Estudo neuroimagiológico sobreponível nos primeiros dias de internamento, até se constatar em estudo de TC, ao 3º dia pós-trauma, nova área hipodensa protuberancial envolvendo praticamente a totalidade da área circunferencial da protuberância, confirmada por RM-CE, onde se observa hipersinal em T2-FLAIR e restrição à difusão, sugestivo de síndrome de desmielinização osmótica. Coma suspensão da sedação, objetivou-se tetraplegia com abertura palpebral espontânea e cumprimento de ordens com as pálpebras inconsistente, pupilas midriáticas (4+/4+), reativas, num provável quadro de síndrome de locked-in.

Conclusão: O caso demonstra que a síndrome de desmielinização pântica osmótica nem sempre está associada a hiponatremia, não sendo, todavia, totalmente claro as prováveis etiologias por detrás desta condição em doentes normonatremicos. No entanto, é aconselhável um controlo rigoroso de todos os eletrólitos evitando correções demasiado rápidas a não que estritamente necessário.

POA 07

CISTERNOSTOMIA – DESAFIOS PARA O INTENSIVISTA

Pedro José Oliveira; Pedro Barros; Andreia Gonçalves; Susana Afonso; Luís Bento

ULS São José - Hospital de São José

Introdução: Múltiplas patologias, nas quais se destaca o traumatismo cranioencefálico, podem cursar com hipertensão intracraniana

(HIC), quando a pressão intracraniana (PIC) excede 20 a 22 mmHg, sendo esta refratária quando não é possível controlar a PIC apesar das medidas médicas otimizadas. Nestes casos, algumas estratégias como introdução de tiopental, abordagem cirúrgica via craniectomia descompressiva ou hipotermia terapêutica tem sido consideradas por vários autores. Recentemente, tem sido proposto a cisternostomia basal como terapêutica para controlo da PIC, que permite manejar o edema cerebral. Nesta técnica, o líquido cefalorraquidiano é drenado nas cisternas basais, aliviando a pressão exercida pelo edema cerebral.

Objetivo: Com este trabalho, procurou-se analisar o impacto da realização de cisternostomia para controlo da pressão intracraniana nos doentes com HIC refratária às medidas médicas.

Material e método: Foi conduzido um estudo observacional em doentes, com idade superior a 18 anos, submetidos a cisternostomia basal para controlo da pressão intracraniana em contexto de hipertensão intracraniana refratária entre os meses de julho e setembro de 2024. Foi analisado o processo clínico eletrónico para avaliar a evolução da PIC antes e após o procedimento cirúrgico. A escala de coma de Glasgow (GCS) foi usada para determinar o *outcome* clínico imediatamente pós-trauma e à data da alta.

Resultados e conclusões: O estudo incluiu 4 doentes (todos homens), com idade média de 29 anos (19-60 anos). Neste grupo, 75% (3 doentes) foram admitidos por TCE grave e 25% (1 doente) por HSD agudo espontâneo. O GCS inicial após evento varia entre 4 e 7 (média de 6). Os doentes atingiram HIC refratária entre o 2º e o 4º dia pós-evento (média de 3º dia), tendo todos iniciado tiopental como medida para controlo de PIC até uma dose máxima de 5 mg/kg/h. Em média, os doentes foram submetidos a cisternostomia basal, por incapacidade de controlo da

PIC apesar de introdução de tiopental, entre o 2º e o 7º dia pós-evento agudo (em média ao 4,5º dia), o correspondente em 50% dos casos a 3 dias após introdução de tiopental e 50% no próprio dia de introdução. Metade dos doentes foi submetido, para além de cisternostomia basal, a contusectomia frontal. Foi possível controlo da PIC em 75% doentes no pós-cirúrgico, tendo apenas 1 doente necessitado de craniectomia descompressiva. Em todos os doentes foi possível a redução progressiva de tiopental, com a sua suspensão entre o 1º a 2º dia pós-cirúrgico e levante da sedação entre o 2º e 5º dia pós-cirúrgico (em média ao 3,25º dia). Em 75% dos doentes foi possível atingir um GCS *score* superior ou igual a 14 à data da alta da instituição, tendo-se registado 100% sobrevida. Este estudo observacional revela que a cisternostomia poderá ser uma ferramenta capaz de controlar a HIC em doentes refratários às medidas medicas. Todavia, estudos randomizados de larga escala são necessários.

POA 08

ADMISSÕES OBSTÉTRICAS EM CUIDADOS INTENSIVOS: 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM ÚNICO CENTRO

Gonçalo Meleiro Magalhães; Filipa Ramalho Rocha; Tiago Neto Gonçalves; Maria Inês Xavier; Francisco Laranjeira; Maria Inês Lopes; Marta Sousa; Daniela Pestana; Ana Berdeja; Élia Fernandes; Ana Chung; Gonçalo Cassiano Santos; Natália Marto; Jorge Lima
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A mortalidade materna é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde maternos. Apesar de uma redução no início do século, tem-se verificado uma inversão desta tendência nos últimos anos, em países desenvolvidos. A avaliação dos casos de mulheres grávidas e puérperas em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) permite estudar os casos de maior morbidade, servindo como

marcador indireto dos cuidados prestados.

Objetivos: Avaliar as admissões no SMI de mulheres grávidas e puérperas por causas obstétricas e não obstétricas, num hospital terciário.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, realizado num centro hospitalar terciário, que decorreu entre 2007 e 2022 (15 anos). Todas as admissões de mulheres (<55 anos) grávidas ou puérperas (até 42 dias pós-parto) que necessitaram de hospitalização em SMI foram analisadas. Não houve critérios de exclusão.

Resultados e conclusões: Foram registadas 150 admissões (0,9% do total de admissões no SMI), correspondentes a 148 doentes e 34360 partos (taxa de incidência de 4,4 em 1000). A idade média foi 34 anos.

Dos doentes admitidos 40% tinham obesidade e 36,5% tinham pelo menos uma condição médica prévia (sendo as de maior prevalência a disfunção tiroideia seguida de trombofilia, diabetes e asma). A maioria das mulheres era múltipara; 13,5% tinham recorrido a reprodução medicamente assistida; 21,6% tinham sido submetidas a cesariana previamente e 25,7% apresentaram alguma complicação durante a gravidez atual.

Cerca de 87% das admissões ocorreu no período pós-parto. Das admissões durante a gravidez, 45% ocorreu no 2º trimestre. As causas de admissão foram essencialmente obstétricas (74,7%), sendo as mais prevalente a hemorragia pós-parto (38,7% - principalmente por atonia uterina e trauma genital), seguida dos distúrbios hipertensivos da gravidez (34,7%). Mulheres com idade >35 anos apresentaram mais hemorragia pós-parto ($p=0,034$) comparativamente a mulheres com <35 anos. A duração média do internamento no SMI foi de 2,2 dias, com uma taxa de mortalidade de 1,3%.

Este trabalho é dos poucos estudos nacionais sobre o tema e o primeiro a ser conduzido

num hospital privado, com o maior número de partos a nível nacional.

A idade avançada e a elevada prevalência de cesariana prévia e na gravidez atual são fatores de risco independentes para hemorragia pós-parto, a condição mais prevalente para internamento no SMI.

O reconhecimento da gravidade da doença obstétrica, a abordagem multidisciplinar e admissão precoce no SMI contribuem para a baixa taxa de morbilidade e mortalidade, melhorando assim os cuidados de saúde maternos.

POA 09

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – A REALIDADE DO RESGATE EMERGENTE INTER-HOSPITALAR

Rita Leite Cruz; Laura Santos; Ana Cochicho Ramalho; Pedro Gaspar da Costa; Frederica Faria; Philip Fortuna; Luís Bento

Hospital de São José

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) ocorre na sequência de obstrução das artérias pulmonares, frequentemente como resultado da embolização de trombos provenientes do sistema venoso profundo.

Tal provoca compromisso hemodinâmico pelo aumento abrupto da resistência vascular pulmonar e subsequente sobrecarga e disfunção do ventrículo direito, condicionando diminuição do débito cardíaco (choque obstrutivo). A estratificação de risco permite aferir a gravidade clínica e planificar a abordagem terapêutica, com base na estabilidade hemodinâmica, disfunção ventricular direita e biomarcadores de isquemia miocárdica. Doentes com instabilidade hemodinâmica podem ser equacionados para suporte circulatório mecânico (com oxigenação por membrana extracorporeal veno-arterial, ECMO V-A), em combinação com tratamento dirigido. Não sendo um recurso disponível em todos os hospitais, a referenciação destes doentes pode tornar-se tempo dependente.

Objetivos: Avaliar o *outcome* de doentes com TEP de alto risco e necessidade de suporte cardiocirculatório transferidos de centros sem ECMO.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva observacional descritiva de uma série de casos de doentes com TEP de alto risco colocados em ECMO desde 1 de janeiro de 2022 até 16 de outubro de 2024. Foram excluídas admissões cuja proveniência era do próprio centro de ECMO.

Resultados e conclusões: No período em análise, existiram 5 doentes a cumprir os critérios estabelecidos. Trata-se de um grupo homogéneo de 5 doentes do género feminino, com idades entre 32 e 50 anos com vários fatores de risco: obesidade (N=5, 100%), contraceção oral (N=5, 100%) e hábitos tabágicos (N=3, 60%). Verificou-se paragem cardiorrespiratória em 5 dos casos, 4 deles tendo realizado terapêutica fibrinolítica durante a reanimação. Em 3 dos casos houve retorno da circulação espontânea com posterior canulação em ECMO V-A por choque obstrutivo, 1 no hospital de origem e 2 após transporte. Nos outros 2 casos foi realizado transporte inter-hospitalar com manobras de SAV em curso e canulação em ECMO V-A em contexto de ressuscitação cardiopulmonar extracorporeal (ECPR). A taxa de mortalidade foi 20%, expectável pela pontuação de V na escala de PESI, que conferia probabilidade de morte entre 10 e 24,5%. A maior distância inter-hospitalar registada foi de 39 km.

A referenciação destes doentes concerne uma maior probabilidade de sobrevida, motivo pelo qual é relevante a discussão dos dados apresentados.

Bibliografia:

- DOI: 10.1093/eurheartj/ehz405
- DOI: 177/0267659115583377

POA 10

INFEÇÃO PELO VÍRUS DA RAIVA: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

Sofia Ferreira Cunha; Bruno Pedro; Isa Cordeiro;
Patrícia Simões; Ana Santos; Luís Bento
*Unidade de Urgência Médica - Unidade Local de
Saúde de São José*

Introdução: A raiva é uma zoonose viral apresentando-se sob a forma de encefalomielite aguda. Os sintomas prodrômicos costumam passar despercebidos, mas a presença de aerofobia e de hidrofobia, assim como a deterioração do quadro neurológico são característicos. A incidência nos países desenvolvidos diminuiu drasticamente, desde o século XIX, com a vacinação antirrábica humana. No entanto, ainda prevalece como endêmica nos países em desenvolvimento.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 73 anos, com história médica conhecida de hipertensão arterial e tabagismo. Admitido no Serviço de Urgência de um hospital distrital com queixas de dispneia, náuseas, vômitos e disfagia, com 3 dias de evolução. Ao exame físico descrito como eupneico em ar ambiente. Nos exames complementares de diagnóstico destacava-se a presença de leucocitose com neutrofilia, sem elevação da Proteína C Reativa (PCR). Apresentou evolução clínica com prostração e insuficiência respiratória aguda. Transferido para um hospital terciário, onde se objetivou a presença de prostração, tetraparesia e hiporreflexia generalizada. Desta forma, assumida a possibilidade de se tratar de polineuropatia aguda desmielinizante, com falência respiratória neste contexto. Por necessidade de suporte ventilatório invasivo, foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos, nível III. Após revisão anamnésica, descrita mordedura de cão, em Angola, no mês anterior, e clínica com duas semanas de evolução, de alucinações visuais e auditivas, de alteração do compor-

tamento, de insónia e de hidrofobia. Foi assim colocada a hipótese de infeção pelo vírus da raiva, confirmada pela identificação de RNA viral na biópsia de folículos pilosos da nuca, no líquido cefalorraquidiano (LCR), na saliva e na urina. Apresentou evolução clínica desfavorável, tendo sido declarado o óbito ao 6º dia de internamento.

Conclusão: A infeção pelo vírus da raiva é rara em Portugal. No entanto, dada a globalização, é importante reconhecer os fatores de risco, as indicações para profilaxia primária e secundária, assim como os sinais e sintomas da infeção, pelo que a história clínica assume um papel crucial. Apesar disto, trata-se de uma doença fatal, não existindo, atualmente, terapêutica curativa.

POA 11

QUANDO O CALOR APERTA!

Rita Captivo¹; Teresa Costa Pereira²; Tiago Duarte¹;
Nuno Germano¹

*¹Unidade Local de Saúde de São José - Hospital Curry
Cabra; ²Unidade Local de Saúde Amadora-Sintra*

Introdução: O golpe de calor encontra-se na ponta de um espectro de doenças relacionadas com o calor que se caracteriza pelo aumento da temperatura corporal. No golpe de calor, a hipertermia está associada a falência multi-orgânica, sendo o diagnóstico baseado na história clínica e exame objetivo. Esta condição exige vigilância e tratamento atempado, por perigo de evolução desfavorável.

Caso clínico: Homem, 22 anos, autónomo, com antecedentes de displasia ectodérmica hipohidrótica e atraso cognitivo. Apresenta-se no serviço de urgência (SU) com quadro de mal-estar geral, com alteração do estado de consciência após exposição prolongada ao calor durante uma caminhada. À observação: temperatura timpânica de 42°C e *Score* de Glasgow 10, com acidose metabólica e hiperlactacidémia. Foram iniciadas medidas de arrefecimento corporal e anti-pirético, com

boa resposta. No SU, apresentou 2 episódios de crise tônico-clônico generalizada, sem recuperação do estado de consciência, pelo que foi entubado e ventilado, e iniciou terapêutica com levetiracetam. Realizou TC crânio-encefálica sem alterações e EEG sem atividade epileptiforme. Destaca-se também quadro de diarreia aguda, lesão renal aguda e episódios de hemorragia digestiva. Evoluiu para disfunção multi-orgânica: neurológica, cardiovascular, renal com necessidade de terapêutica de substituição e falência hepática aguda com hiperamoniemia e discrasia hemorrágica, sem melhoria após plasmaferese e necessidade de transplante urgente. Como intercorrências, destaca-se bacteriemia a *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* OXA48, pelo que realizou antibioterapia dirigida com meropenem, e derrame pleural que foi drenado. Após transplante, com melhoria clínica e analítica que possibilitou a transferência no 12º dia de internamento, tendo tido alta com imunossupressão: tacrolimus 8 mg LP 1id, prednisolona 20 mg 1id e micofenolato mofetil 250 mg 2id e profilaxia com valganciclovir 450 mg 1id e cotrimoxazol 400 + 80 mg 3x/semana; levetiracetam 500 mg 2id e ácido acetilsalicílico 150 mg/dia, pela necessidade de reconstrução da artéria hepática do dador no transplante.

Conclusão: Este caso clínico demonstra a possível gravidade da evolução do golpe de calor. É essencial que após o diagnóstico, exista adequada vigilância da disfunção orgânica e um tratamento dirigido célebre. Esta condição tem uma evolução clínica estudada, que deve ser conhecida, ajudando a prever os problemas que possam surgir e garantir o suporte de órgão eficaz para uma evolução favorável.

POA 12

O LIMITE DO PICCO

Miguel Barbosa; Carolina Cerca; Juliana Mortágua; Raquel Cavaco; Luís Bento

Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: A cirurgia de fontan é uma palição faseada para cardiopatias congénitas complexas com fisiologia univentricular. O circuito de fontan clássico consiste na anastomose da veia cava inferior e da veia cava superior às artérias pulmonares.

Descrição do caso: M. J. H. de 33 anos foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por urossépsis após colocação de stents no contexto de pielonefrite com ureterohidronefrose bilateral.

Destaca-se história de: atresia tricúspide submetida a cirurgia de fontan, sem seguimento registado por cardiologia; e prolapso discal a nível D1-D2 submetido a laminectomia com paraplegia e bexiga neurogénica.

O doente estava num internamento prolongado por úlcera sagrada infetada e tinha sido transferido para a Cirurgia Plástica para realização de enxerto cutâneo, com múltiplos cursos de antibioterapia. O doente desenvolveu um quadro de choque séptico com identificação em tomografia computadorizada de pielonefrite com ureterohidronefrose bilateral. Foi intervencionado pela Urologia e transferido para a UCI, sob ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor com noradrenalina a 0.3mcg/kg/min.

Verificou-se acidemia metabólica com necessidade de instituição de hemodiafiltração venovenosa contínua e agravamento do choque com noradrenalina zénite de 2mcg/kg/min e argipressina a 0.04UI/min. O ponto hemodinâmico do PiCCO revelou: CCI 0.9 l/min/m², GEDi 351ml/m² e SVRi 4558 dyn s cm5m2. Dado o não cumprimento dos critérios para as variáveis derivadas da termodiluição, o segui-

mento foi feito pelas derivadas da análise da curva da linha arterial. A inexistência de bomba para circulação pulmonar motivou a garantia de um balanço hídrico positivo com cristaloides e redução da pressão positiva. Foi decidido a associação de levosimendano para aumentar a contractilidade do ventrículo existente e azul de metileno para poupar noradrenalina de modo e limitar a resistência vascular periférica. O índice cardíaco subiu até 1.4 com as medidas instituídas.

A Cardiologia Pediátrica realizou ecocardiograma e confirmou o normal funcionamento do circuito de fontan. O doente foi extubado ao 3º dia de admissão na UCI e foi feita a redução progressiva do suporte vasopressor com suspensão ao 5º dia. Foi transferido para Unidade de Cuidados Intermédios e posteriormente para enfermaria, tendo tido alta para Unidade de Longa Duração.

Conclusão: A monitorização hemodinâmica avançada é uma mais-valia na gestão do doente em choque séptico grave, com limitações em qualquer opção tomada. É a correta interpretação dos dados identificados como relevantes e a consequente intervenção do médico intensivista que têm impacto no tratamento do doente. Em situações particulares, como a apresentada, em que a indicação para utilização de PiCCO não é linear, este mostrou-se útil na orientação do doente, apesar das suas claras limitações.



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de enfermagem com apresentação

POEA 01

CORREÇÃO GLICÉMICA COM INSULINA EM PERFUSÃO EV EM UCI COM METODO DINÂMICO VS SLIDING SCALE

João Costa; Susana Molefas
Hospital Espírito Santo, Évora

A manutenção dos níveis de glicose adequados em pacientes críticos é crucial para evitar complicações graves. A prevalência de hiperglicemia, episódios de hipoglicemia e oscilações glicémicas estão associados a uma série de comorbilidades e eventos adversos. Como tal, é essencial desenvolver estratégias de controlo glicémico que minimizem tanto a hiper/hipoglicemia quanto as flutuações glicémicas, garantindo assim uma melhor qualidade de cuidados aos pacientes da UCI. Neste contexto, foi desenvolvido um novo protocolo dinâmico de perfusão de insulina EV, com fatores de individualização do peso e adaptação do ritmo de perfusão a cada avaliação de glicemia, em substituição do método anteriormente utilizado em sliding scale. Este estudo abordou então, a eficácia deste novo método.

Conduzimos um estudo quantitativo abrangendo todos os pacientes da UCI submetidos à administração de insulina por perfusão intravenosa ao longo de um período de quatro meses. Foram analisadas 100% das avaliações glicémicas, totalizando 923 amostras. Os dados colhidos incluíram o número de avaliações com glicemia acima de 180mg/dl, características demográficas dos pacientes,

ocorrência de reinício da perfusão em menos de 8 horas, incidência de hipoglicemia e erros de implementação do protocolo. Além disso, para ajuste da perfusão, foram considerados fatores de individualização do peso do paciente e o ritmo de perfusão foi adaptado a cada avaliação de glicemia, em vez de seguir um intervalo padronizado.

Os resultados demonstraram uma melhoria substancial na eficácia do controlo glicémico com a estratégia dinâmica vs o método tradicional de sliding scale utilizado anteriormente. A taxa de eficácia foi de 65.55% (vs 46%), com uma incidência de hipoglicemia durante a perfusão de 0% (vs 11%). Observou-se uma taxa de reinício da perfusão em menos de 8 horas de 31% (vs 68%).

Os resultados indicam que a estratégia dinâmica de controlo glicémico é superior ao método tradicional, resultando em melhorias significativas na estabilidade glicémica dos pacientes em UCI. Esta abordagem personalizada pode reduzir complicações relacionadas com a glicemia, melhorar os desfechos clínicos e otimizar o uso de recursos hospitalares.

A implementação da estratégia dinâmica de controlo glicémico, com ajuste da perfusão de insulina considerando fatores de individualização do peso e adaptação do ritmo de perfusão a cada avaliação de glicemia, mostrou-se mais eficaz na redução da hiperglicemia e na minimização das oscilações glicémicas. Este trabalho serviu para análise preliminar de dados e permitiu ajustes à estratégia inicial, le-

vando a mudanças que se encontram agora em fase de implementação para posterior análise.

POEA 02

IMPACTO DA SÍNDROME PÓS-INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS APÓS ALTA HOSPITALAR

Madalena Pereira; Ana Ferreira; Carla Saraiva; Adriana Lopes
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O desenvolvimento tecnológico associado a melhores cuidados de saúde aumentou a sobrevivência dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), mas as sequelas, resultantes desse internamento, tornaram-se uma realidade. A síndrome pós internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) caracteriza-se por um “conjunto de alterações físicas, cognitivas e psicológicas que tem o potencial de reduzir a qualidade de vida dos doentes e seus familiares.”

Os fatores potenciadores da SPICI são: delírium, imobilidade, sedação, ventilação mecânica e aspetos organizacionais das UCIs, como a restrição do contato da família. Assim, esta síndrome requer estratégias de intervenção para minimizar o seu impacto.

Objetivos: Identificar sequelas físicas, psicológicas e cognitivas, relacionadas com o internamento e implementar medidas para prevenir e mitigar as suas consequências.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, entre 1 de abril de 2023 e 31 de março de 2024, realizado através dos registos no Processo Clínico Eletrónico (Patient Care-ICU) no âmbito da Consulta de *Follow-Up*. Os doentes foram avaliados em consulta aos 90 dias após alta da UCI. As escalas aplicadas foram a EuroQol 5D, a Escala de Ansiedade e Depressão, a UCI PTSS, o questionário de Memórias UCI, a avaliação das dificuldades do Cuidador Informal e a avaliação de como o cuidador enfrenta as dificuldades.

Resultados/discussão: Dos 415 doentes com alta da UCI, 190 (46%) apresentavam critérios para consulta e foram observados em *follow-up* 86 (45%) desses doentes. As alterações físicas predominantes foram a diminuição da força muscular (32%), sintomas álgicos (44%) e a dificuldade respiratória (15%). A nível cognitivo, 8% apresentavam alterações da memória. 76% tinham memória do internamento em UCI com impacto na qualidade de vida, em que 30% apresentavam ansiedade/depressão moderada e 5% com risco de stress pós-traumático.

26% necessitaram de ajuste terapêutico e 35% dos doentes observados foram referenciados para consulta de especialidades médicas. Dos doentes observados em *follow-up* 10% tinham cuidador informal, destes, 78% eram cônjuges e sem experiência prévia. 78% dos cuidadores informais sem perceção das dificuldades na prestação de cuidados e 33% tinham elevada eficácia nas estratégias para enfrentar as dificuldades.

Conclusão: Os sintomas físicos predominam na avaliação em *follow-up* e obrigaram a referenciação a especialidade e ajuste posológico de medicação. O elevado número de doentes com memória do internamento em UCI, juntamente com as sequelas físicas aumentam a probabilidade de desenvolvimento de sintomas do tipo ansiedade/depressão com compromisso na qualidade de vida do doente. A observação destes doentes em *follow-up* foi fundamental para avaliar o impacto da SPICI, de modo a atuar na sua prevenção durante o internamento.

POEA 03

METODOLOGIA DE SEGURANÇA HUDDLE EM CUIDADOS INTENSIVOS: UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

Ana Paula Alves; Ana Paula Moreira;
Ana Margarida Paisana; Cristina Ferreira;
Cristina Martins; Isabel Fernandes; Maria Albina Agrelo;
Maria Alexandra Ferreira; Marco Menaia
ULSS:José

Introdução: A UCI enquanto ambiente de elevado risco, pela gravidade da situação clínica do doente, pela complexidade das dinâmicas de trabalho, pelo alto desenvolvimento tecnológico, pela necessidade contínua de conhecimento científico e inovador, caracteriza-se por uma gestão complexa da organização para a Qualidade dos Cuidados em prol da Segurança do Doente.

Direcionados à melhoria da gestão, desde a organização complexa de trabalho em equipa multidisciplinar à qualidade dos cuidados no âmbito da segurança do doente crítico, construímos um projeto de melhoria contínua, propondo-nos à implementação da metodologia Huddle como ferramenta de segurança. Com o Huddle, “os membros terão visão sistémica, alinhamento das acções operacionais (...), flexibilidade e agilidade ao contornar problemas” (Goldfreind, J. 2021). O Institute for Healthcare Improvement defende que Huddle conceitua-se como uma reunião curta composta por membros da equipa de saúde, permitindo gerir proactivamente a qualidade e segurança, pela melhoria da eficiência na unidade.

Objetivos: relatar a experiência na construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade através da implementação da Metodologia de Segurança Huddle numa Unidade de Cuidados Intensivos

Material e métodos: Método descritivo, tipo relato de experiência, que descreve a construção de um projeto que tem como finalidade a Segurança do doente pela optimização da comunicação em equipa multi-

disciplinar. Relato, este, referente a contexto hospitalar, no doente crítico, de acordo com o referencial da Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: Apresentam-se os resultados tendo em conta as 8 etapas preconizadas no referencial da OE para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem integrado no programa dos Padrões de Qualidade, denominadas: (1) – Identificar e descrever o problema; (2) – Perceber o problema; (3) – Formular objetivos; (4) – Perceber as causas; (5) – Planear e executar tarefas; (6) – Verificar os resultados; (7) – Propor medidas corretivas; (8) – Reconhecer e partilhar o sucesso. Neste sentido, os resultados baseiam-se no aumento da qualidade da comunicação, na promoção da resolução de conflitos pela atribuição de responsabilidades e na eficiência da gestão de recursos materiais e humanos.

Conclusões: Conclui-se que a construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em medicina intensiva, no doente crítico, através da implementação da Metodologia de Segurança Huddle, é uma mais valia na capacitação da equipa multidisciplinar. É neste sentido que, a metodologia Huddle permite a estimulação de comunicação efetiva na equipa como estratégia chave para a excelência operacional, através da proatividade, operacionalização, partilha de informação, reconhecimento de adversidades contextuais, responsabilidade e confiança na liderança.

POEA 04

O CONFORTO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Raquel Jorge¹; Eunice Henriques²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O conforto caracteriza-se como um elemento dos cuidados de enfermagem, onde o enfermeiro intervém com o intuito de promover o conforto, sendo ele o resultado dessa intervenção (Kolcaba, 2003). Promover o conforto da família da pessoa em situação crítica torna-se imprescindível, na medida em que a mesma sofre pelo seu familiar, o que a torna alvo dos cuidados de enfermagem. Assim, a intervenção especializada de enfermagem é crucial na promoção do conforto tendo por base a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, científicos e holísticos. Nesta senda, a seguinte revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar quais as intervenções de enfermagem que promovem o conforto da família da pessoa em situação crítica, internada numa unidade de cuidados intensivos.

A estratégia de pesquisa é constituída por três etapas, onde a mesma foi realizada em vários momentos, sendo a última pesquisa realizada em setembro de 2022. As bases de dados escolhidas foram a cinhal e medline.

A primeira etapa corresponde a uma pesquisa livre e preliminar, de forma a identificar as palavras-chave. As palavras-chave resultam da análise dos títulos e dos resumos dos artigos pesquisados, sendo elas *Family, Comfort, Critical Care e Nurse*. Na segunda etapa identificam-se os descritores em linguagem natural e indexados, para cada base de dados. A terceira, e última etapa, resulta do cruzamento dos termos naturais e indexados utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”.

A pesquisa foi elaborada em primeiro lugar na base de dados Cinhal e depois na Medline. Os termos indexados identificados na base de dados Cinhal foram, também, usados na pesquisa na base de dados Medline, com o intuito de obter o maior número de artigos. Para seleção dos artigos, que respondam à questão de investigação, recorre-se ao fluxograma PRISMA FLOW (Joanna Briggs Institute, 2020, p. 440).

Da análise dos artigos finais, retira-se que as intervenções que promovem o conforto da família da PSC são:

- Realizar acolhimento de forma adequada, humanizada, amável e delicada;
- Mostrar disponibilidade para comunicar com a família;
- Comunicar e transmitir informações de forma clara, perceptível, fazendo uso da escuta ativa;
- Providenciar esclarecimentos sobre as regras do serviço, horário de visitas, diagnósticos e tratamento do seu familiar;
- Antecipar dúvidas;
- Estabelecer uma relação ética, respeitada, empática e solidária com a família;
- Gerir visitas e mostrando flexibilidade das mesmas;
- Mostrar interesse na recuperação do seu familiar, partilhando uma palavra de apoio e suporte à família;
- Reduzir e controlar o barulho.

Em suma, a presente revisão permitiu mapear a evidência científica sobre as intervenções que promovem o conforto da família, com o intuito de contribuir para a melhoria da prática clínica.



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters médicos

PO 01

EQUIPA, TECNOLOGIA E PERSEVERANÇA: SUCESSO NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR PROLONGADA

Grace Staring¹; Mafalda Leal²; Bárbara Rodrigues³;
David Sousa⁴; Joana Coelho¹; Isa Cordeiro⁵;
Sónia Baldo¹; Lucie da Cunha²;
Catarina Espírito Santo²; André Borges²; Luís Bento²
*¹Hospital Cascais; ²Unidade Local de Saúde de São
José; ³Hospital Beatriz Ângelo; ⁴Centro Hospitalar de
Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ⁵Hospital
Portimão*

Introdução: Uma ressuscitação cardiopulmonar (RCP) bem-sucedida, implica uma equipa multidisciplinar que atue de forma coordenada, integrando diversas áreas de conhecimento e competências.

Caso clínico: Homem de 56 anos, internado inicialmente no serviço de Urologia por bexiga polipoide com hematúria maligna, submetido a múltiplas intervenções urológicas nesse internamento a condicionar choque hemorrágico e admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neste contexto. Durante a permanência na UCI, realizou múltiplos derivados sanguíneos com evolução desfavorável, com acidemia metabólica e hemoglobina mínima 6g/dL. É levado ao bloco operatório (BO) na tentativa de controlo de foco, por via laparotómica, quando, intraoperatoriamente, evolui para Paragem Cardiorrespiratória (PCR) em Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP). Iniciado Suporte Avançado de Vida (SAV) com Sistema de Compressão Torácica

LUCAS, intensificada fluidoterapia e suporte transfusional. Realizada clampagem da artéria Aorta pelo Urologista e Cirurgião, evoluindo após esta manobra, de AESP para Fibrilhação Ventricular (FV), obtendo-se Retorno da Circulação Espontânea (RCE) aos 60 minutos pós-PCR. Poucas horas depois, doente em Glasgow Coma Scale (GCS) de 15 pontos.

Conclusão: Ao utilizar o LUCAS, a qualidade da RCP não só é otimizada, independentemente da duração das manobras, como também permite maior disponibilidade mental e física para atividades essenciais (i.e. clampagem da Aorta) para salvar a vida do doente. Há que enaltecer a extrema importância do trabalho em equipa multidisciplinar, a dedicação e perseverança aliada à utilização adequada de dispositivos médicos existentes que desempenham papéis críticos na melhoria dos cuidados prestados e consequentemente, na saúde dos doentes.

PO 02

ASPERGILLOSE INVASIVA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Ana Sousa Lopes; José Pedro Vinhal;
João Campos Cunha; Elsa Sousa; Florinda Cardoso;
Ricardo Pinho
*Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião*

Introdução: A aspergilose é uma infeção fúngica oportunista associada à imunossupressão, causada por *Aspergillus* spp. Comumente associada a sistema respiratório, pode afetar o sistema digestivo.

Descrição de caso: Homem, 61 anos, hipertenso e diabético (não insulino dependente), recorre ao serviço de urgência com febre e tumefação cervical à esquerda, desde há três dias. Na admissão, sem disfunção neurológica, hipotenso, taquicárdico, subfebril e com insuficiência respiratória. Por otorrinolaringologia: assimetria no torus rinofaríngeo à esquerda, com congestão difusa na laringofaringe e edema leve da epiglote e glote. Das análises: leucocitose com neutrofilia, elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda, hiperbilirrubinemia com citocolestase. A tomografia cervicotorácica revelou espessamento circunferencial do compartimento faringomucoso, mais acentuado à esquerda, com aumento de gânglios envolventes.

Assumido choque séptico com disfunção multiorgânica por epiglote/infecção de tecidos moles, iniciou antibioterapia empírica e foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Nas primeiras horas, verificou-se necessidade de intubação orotraqueal (por comprometimento da via aérea), agravamento da disfunção cardiovascular (ecocardiograma a mostrar disfunção cardíaca severa) e da disfunção renal (exigindo técnica de substituição). Face a deterioração do quadro clínico, ainda sem isolamentos microbiológicos, e após discussão multidisciplinar, escalado espectro antibiótico. Verificada melhoria paulatina do quadro clínico nos dias seguintes.

Ao 11º dia, desenvolvimento de hemorragia digestiva baixa, com choque hemorrágico. Imagem abdominal a revelar distensão colónica com conteúdo denso e heterogêneo no lúmen, especialmente nos dois terços proximais, com captação intensa e extravasamento de contraste nas paredes do ceco e cólon ascendente, sugerindo hemorragia intraluminal arterial. Decidida abordagem cirúrgica com hemicolecomia direita. Apesar de resolução cirúrgica, manteve febre e parâmetros in-

flamatórios, sem identificação microbiológica. A anatomopatologia revelou enterocolite aguda supurada, complicada por infeção fúngica, pela identificação de estruturas micóticas filamentosas, ramificadas em ângulo agudo, sugerindo *Aspergillus*. Assumida aspergilose intestinal e iniciado tratamento com voriconazol. No restante período de internamento, apresentou desmame ventilatório difícil com necessidade de traqueostomia, mas com evolução favorável de todas as disfunções, sob tratamento antifúngico dirigido.

Conclusão: Este caso clínico destaca-se pela dificuldade na identificação das infeções fúngicas, principalmente não respiratórias, em doentes com internamento prolongado e estado considerado de imunossupressão. O diagnóstico foi feito por anatomopatologia, sendo representativo do desafio diagnóstico.

PO 03

ABORDAGEM DA SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Maria Beatriz Dias Vieira; Ana Rafaela Araújo; Joel Pinto; Elsa Rocha; Eduardo Santos Ribeiro; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A síndrome do choque tóxico (SCT) estreptocócico ocorre em cerca de 1/3 dos casos de doença invasiva causada por *Streptococcus pyogenes*. Consiste numa resposta inflamatória sistémica imunomediada à infeção, com libertação massiva de citocinas e exotoxinas, que se comportam como superantígenos, aumento da permeabilidade capilar, lesão tecidual e choque com disfunção multiorgânica (DMO).

Mulher autónoma, 47 anos, alérgica a -lactâmicos, recorreu ao SU por 4 dias (D) de tosse seca, mialgias, artralguas e febre, e de diarreia, dispneia e dor pleurítica esquerda, com início 1D antes. Objetivamente, taquicárdica, rouca, sudorética, polipneica,

rash eritematoso generalizado sem prurido que desaparecia à digitopressão, acidemia metabólica e hiperlactacidemia (8mmol/L). Abordada na Emergência por rápida deterioração do estado de consciência com polipneia, má perfusão periférica e hipotensão, lesão renal aguda, biomarcadores inflamatórios aumentados, agravamento da acidemia metabólica e hipoglicemia, iniciando fluido e oxigenoterapia, bicarbonato e glicose. Por hipotensão mantida iniciou Noradrenalina, com associação de Vasopressina e Hidrocortisona. Entubação sequencial rápida e conexão a prótese ventilatória por agravamento do esforço ventilatório. TAC com consolidações pulmonares bilaterais em 50% do volume pulmonar, de caráter infecioso, e moderado derrame pleural esquerdo. Colheu estudo microbiológico e, por provável SCT estreptocócico filiado em pneumonia bilateral com DMO, iniciou, além de Levofloxacina e Linezolida, imunoglobulina (Ig) endovenosa, por 3D. Já no SMI, iniciou CVVHDF e hemoperfusão com cartucho HA380 (Jafron Biomedical Co., Ltd.) e Dobutamina, pela monitorização hemodinâmica por termodiluição transpulmonar PiCCO (Getinge). Manteve instabilidade hemodinâmica, hipoglicemia, hiperlactacidemia (17mmol/L), trombocitopenia, e rash a evoluir para púrpura e epidermólise. A D4 isolado *S.pyogenes* multissensível no aspirado brônquico e switch para Ceftriaxona e Clindamicina. A D5 por ARDS grave com acidemia respiratória cumpriu 18 horas de decúbito ventral com melhoria das trocas. A D8 desmame de vasopressor e inotrópico e a D10 suspensão CVVHDF. Extubada a D17 para oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF). A D20 reentubada por tosse ineficaz e má dinâmica ventilatória. A D25 re-extubada para ONAF. Intensificada reabilitação e alta para enfermaria a D34, capaz de marcha com apoio. Alta hospitalar a D52 a deambular sem apoio, mantendo sessões de Fisioterapia.

A mortalidade associada à SCT estreptocócico filiado em pneumonia varia entre 30 e 70%, sendo essencial reconhecer o quadro e instituir terapêutica precoce. Destacam-se as medidas adjuvantes como a Ig, para neutralizar os superantígenos, e da hemoperfusão com a CVVHDF, para remoção de moléculas pró-inflamatórias, que têm sido cada vez mais validadas e utilizadas em casos como o descrito.

PO 04

ENFISEMA CELULAR SUBCUTÂNEO APÓS CIRURGIA LAPAROSCÓPICA: CASO CLÍNICO NA MEDICINA INTENSIVA

Maria Beatriz Dias Vieira; Joana Nogueira; Mariana Cortez; Maria João Carvalho; Ana Rafaela Araújo; Elsa Rocha; Eduardo Santos Ribeiro; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Globalmente, os procedimentos laparoscópicos são considerados seguros, com baixo risco de complicações. O enfiseма celular subcutâneo, decorrente da disseção no local de inserção dos trocartes e da difusão do CO² usado para a insuflação e manutenção do pneumoperitoneu, possui uma incidência estimada de 2.3%, e pode originar compromisso grave da ventilação, com eventual compressão da via aérea e desenvolvimento de hipercapnia com acidemia respiratória. Mulher, 79 anos, parcialmente dependente, hipertensa, dislipidémica e com meningioma em controlo evolutivo na Neurologia, com classificação ASA 3, foi submetida a correção cirúrgica por laparoscopia de hérnia inguinal esquerda encarcerada, sob anestesia geral. Neste contexto, a doente foi submetida a entubação orotraqueal com laringoscopia direta e conectada a prótese ventilatória, sem intercorrências. Após início do pneumoperitoneu, dificuldade em manter ventilação segura, com aumento da pressão na via aérea e baixa compliance, mesmo após manobras de re-

crutamento. Apresentava valores de end-tidal de CO² aumentados (49 - 52 mmHg), com hipercapnia mantida em gasimetrias seriadas e deterioração do equilíbrio ácido-base, com desenvolvimento de acidemia respiratória (pH 7,26, pCO² 51,9mmHg, HCO₃⁻ 21mmol/L). Apesar disso, a doente manteve estabilidade hemodinâmica. O procedimento cirúrgico demorou cerca de 3 horas, período ao final do qual se detetou extenso enfisema subcutâneo da região cervical, sobretudo anterior e lateral, torácica anterior, axilar e membros superiores, até às articulações do cotovelo, igualmente objetivado em radiografia de tórax. Após contacto do anestesilogista responsável, a doente foi transferida diretamente do Bloco Operatório para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), mantendo-se sob ventilação mecânica invasiva (VMI). A doente apresentou evolução favorável, com melhoria e resolução da acidemia respiratória, com possibilidade de extubação para Máscara de Venturi, 12 horas após a admissão. A doente manteve-se em observação, tendo-se registado uma melhoria paulatina do enfisema subcutâneo. 48 horas após a admissão, a doente foi transferida para o internamento de Cirurgia Geral, com enfisema subcutâneo circunscrito às regiões axilar e torácica anterior, e sob oxigenoterapia por óculos nasais a 4L/min. Após evolução favorável, a doente teve alta para o domicílio 6 dias mais tarde.

O reconhecimento e abordagem precoce do enfisema subcutâneo iatrogénico e das consequências que dele advêm, é essencial, já que poderá mitigar a necessidade de cuidados e monitorização em ambiente de SMI, e a manutenção de VMI além do período intra-operatório. A identificação de potenciais fatores de risco, como pressão de insuflação intra-abdominal elevada, incorreta colocação de trocartes e cirurgias potencialmente prolongadas, é relevante, particularmente em doentes mais frágeis, como a do caso descrito



PO 05

POCUS NA SALA DE EMERGÊNCIA: ARMA AO SERVIÇO DA MEDICINA INTENSIVA

Maria Beatriz Dias Vieira; Eduardo Santos Ribeiro;
Andreia Fernandes; Diana Carvalho;
José Miguel Martins; Daniela Ribeiro Alves;
Anabela Oliveira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O tamponamento cardíaco constitui uma potencial causa de choque obstrutivo, que dada a sua morbimortalidade, requer uma abordagem inicial rápida, especialmente em contexto de Serviço de Urgência. Neste contexto, surge o *point-of-care ultrasound* (POCUS), como forma de confirmar a suspeita clínica, com deteção do derrame pericárdico e potencial compromisso da função cardíaca, e como complemento à terapêutica, aumentando a segurança na realização de pericardiocentese.

Descrição do caso: Homem, 75 anos, autónomo, hipertenso, dislipidémico, hipocoagulado por fibrilhação auricular, foi trazido ao SU pela Viaturo Médica de Emergência e Reanimação por quadro de dor torácica intensa que irradiava para a região cervical anterior, associada a sudorese e palidez cutânea, com início 1 hora antes. À admissão na Sala de Emergência (SE), já sob avaliação pela Medicina Intensiva (MI), o doente mantinha dor intensa. Encontrava-se vigil, ainda que

lentificado, pálido, taquicárdico, hipotenso, com assimetria no perfil tensional nos 2 membros superiores, com direito superior ao esquerdo, e hiperlactacidemia. Recorrendo a POCUS cardíaco, o intensivista objetivou um derrame pericárdico ligeiro a moderado, estabelecendo-se a hipótese diagnóstica de tamponamento cardíaco. Efetuado contacto imediato com a Cardiologia, que realizou um ecocardiograma transtorácico, onde se confirmou a presença de derrame pericárdico, associado a alargamento da aorta ascendente, mas sem inequívoca imagem de dissecação. Neste contexto, realizou-se pericardiocentese ecoguiada, com drenagem de 500 mL de conteúdo hemático, com consequente melhoria hemodinâmica. Depois da reversão da hipocoagulação e terapêutica sintomática, realizou-se angio-TAC, onde se objetivou imagem aditiva ao contorno medial da aorta ascendente ectasiada, compatível com úlcera penetrante, ausência de sinais de dissecação aórtica e hemopericárdio de moderado volume. Neste âmbito, e dado tratar-se de um hospital periférico, foi efetuado contacto com a Cirurgia Cardiorácica do hospital terciário de referência, para onde o doente foi prontamente transferido, com acompanhamento médico pela MI, tendo sido submetido, poucas horas mais tarde, a substituição da válvula aórtica e a colocação de prótese na aorta ascendente. Ao longo do internamento, apresentou evolução favorável, tendo tido alta hospitalar para o domicílio, 8 dias mais tarde. **Conclusão:** Este caso reforça a importância do POCUS como técnica de diagnóstico rápido, perante suspeita clínica e em presença de sinais de instabilidade hemodinâmica. Adicionalmente, materializa um exemplo da abordagem multidisciplinar eficaz e concertada em SE num hospital periférico, sob gestão da MI, que resultou num *outcome* positivo para o doente, perante um quadro clínico potencialmente ameaçador de vida.



PO 06

UM CAMINHO SEM RETORNO – COMPLICAÇÕES APÓS A INGESTÃO DE UMA SOLUÇÃO DESENTUPIDORA DE CANOS

Catarina Pacheco; Daniel Martins; Diana Aguiar;
Diana Adrião
ULS G/E

Introdução: A ingestão de substâncias corrosivas, como o hidróxido de sódio, pode provocar lesões na mucosa e nas camadas mais profundas da via aérea e do trato gastrointestinal, com gravidade variável. Entre as complicações mais graves estão o edema e obstrução da via aérea, perfuração de víscera oca e falência multiorgânica. Apesar das estratégias terapêuticas não serem consensuais, intervenções como a entubação precoce podem melhorar o prognóstico destes doentes.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, de 54 anos, com antecedentes de múltiplas tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa voluntária, que foi admitido no Serviço de Urgência após ingestão voluntária de 125 mL de uma solução de hidróxido de sódio a 50%, utilizada como desentupidor de canos. À chegada da Equipa de Emergência Médica Pré-Hospitalar apresentava edema e necrose perioral e da cavidade oral, que rapidamente evoluiu com compromisso da via aérea, levando à necessidade de entubação orotraqueal, durante a qual se verificou também

edema significativo e necrose das estruturas supra-glóticas. O doente foi transportado para a Sala de Emergência, onde desenvolveu um quadro de abdómen agudo. Realizou tomografia computadorizada que revelou espessamento difuso da via aérea e do esôfago, alterações inflamatórias da gordura mesentérica, distensão gástrica acentuada com perfuração da parede ântero-superior do fundo gástrico e hemoperitoneu nos quadrantes superiores do abdómen. O doente foi submetido a laparotomia exploradora emergente, onde se constatou necrose gástrica transmural com perfuração ao nível da grande curvatura, acompanhada por grande quantidade de líquido espesso de liquefação no andar supramesocólico. Procedeu-se a gastrectomia total, juntamente com remoção do esôfago distal, segunda porção do duodeno e esplenectomia. O procedimento foi complicado por hemorragia difusa resultante da corrosão causada pelo agente cáustico, tendo o doente evoluído em choque refratário a todas as medidas instituídas. Face à irreversibilidade do quadro clínico, decidiu-se proceder ao encerramento do abdómen, privilegiando medidas de conforto.

Conclusão: A complexidade destes casos exige uma abordagem multidisciplinar, que, mesmo assim, frequentemente apresenta resultados desfavoráveis. Os tratamentos cirúrgicos e médicos para lesões cáusticas ou corrosivas são controversos, baseando-se sobretudo em séries de casos. Medidas preventivas, como a regulamentação da venda livre de substâncias altamente corrosivas, devem ser promovidas, com o objetivo de restringir o acesso a estas substâncias a profissionais qualificados, em contextos laborais ou industriais.

Palavras-chave: Substâncias corrosivas, intoxicação aguda, tentativa de suicídio, adulto, doente crítico.

PO 07

UTILIZAÇÃO DA PERFUSÃO DE DICLOFENAC EM DOENTES NÃO NEUROCRÍTICOS: É SEGURO?

Sílvia N. Ferreira; Filipa Guimarães; Ernestina Gomes; Rui Araújo

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A febre é uma resposta fisiológica a situações infecciosas ou não infecciosas, com uma incidência de 26-88% nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI). Pode desempenhar um papel benéfico em contexto de infeção, estimulando o sistema imunológico e impedindo o crescimento de microorganismos, podendo ser deletéria noutras situações com o aumento do consumo de oxigénio e trabalho cardíaco, particularmente importante no doente crítico¹. Nos doentes neurocríticos, a febre aumenta o risco de lesões neurológicas, portanto, a perfusão de diclofenac (DCF) em baixa dose é frequentemente usada para atingir a normotermia². Nos SMI polivalentes, a gestão da pirexia é feita com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, sendo muitas vezes insuficiente. Por este motivo, a perfusão de DCF em baixa dose poderá ter um papel importante no doente crítico não neurocrítico.

Objetivo: Avaliação da eficácia da perfusão de DCF em baixa dose em doentes não neurocríticos com febre refratária ao tratamento convencional.

Material e métodos: Foi criado um protocolo institucional para a administração de DCF em perfusão. Estabeleceu-se como dose máxima 150mg/dia de DCF. Foram obtidos dados entre maio de 2023 e fevereiro de 2024 para análise retrospectiva. Determinaram-se como endpoints de segurança e eficácia: controle térmico; impacto hemodinâmico e efeitos adversos na função hepática e renal.

Resultados e conclusões: Durante este período

do foram avaliadas 9 utilizações de DCF em perfusão. A idade média foi de 46 ± 18 anos, 80% do género masculino e SAPS II mediano de 15 (P25-P75 15-52,5). A perfusão de DCF foi aplicada em 5 casos de Pancreatite Aguda Necrotizante (56%), 3 casos de Choque Sético (22%), 1 caso pós-Paragem Cardiorrespiratória (11%) e 1 caso de Síndrome de Choque Tóxico (11%). A duração mediana do período de infusão foi de 64 horas (P25-P75 61,5-197,5), com uma dose cumulativa mediana de 309mg de DCF (P25-P75 205-517). A temperatura mediana pré- infusão de DCF foi de $38,8^{\circ}\text{C}$ (P25-P75 38,3-38,9) e após início, a temperatura atingiu valores inferiores a $37,8^{\circ}\text{C}$ em $7,8\text{h} \pm 7.1\text{h}$ (média \pm DP). Todos os doentes atingiram normotermia. Na análise pré e pós início de DCF, não foram documentadas alterações estatisticamente relevantes, incluindo alterações analíticas (função renal, hepática e plaquetária) e clínicas, não tendo sido observado impacto hemodinâmico. Apesar de longos tempos de perfusão e altas doses cumulativas, a perfusão de DCF afirmou-se como eficaz e segura na amostra de doentes críticos avaliados. Apesar de serem necessários estudos adicionais, os autores propõem a perfusão de DCF em baixa dose como estratégia segura na gestão da febre refratária ao tratamento convencional, no doente não neurocrítico.

PO 08

RICKETTSIOSE – A MENINGOENCEFALITE QUE NÃO CONVINCE!

Ines Sá Martins; Ana Sofia Alves; Margarida Sousa; Nelson Barros
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: As rickettsioses são zoonoses causadas por bactérias do género *Rickettsia*, sendo transmitidas por artrópodes. Caracterizam-se por sintomas inespecíficos como febre, cefaleia e mialgias. O exantema macu-

lopopular surge dias mais tarde e a presença de escara, embora traduza uma elevada suspeição diagnóstica, não é obrigatória nem patognomónica. Apesar de frequentemente benigna, esta infeção pode culminar em choque séptico com falência multiorgânica.

Caso Clínico: Mulher de 80 anos com dislipidemia, hipotireoidismo suplementado e controlado, síndrome depressivo e vitiligo. Recorre ao serviço de urgência por mal-estar generalizado e cansaço fácil com 2 semanas de evolução, com odinofagia e anorexia associadas. Aparecimento de cefaleia holocraneana intermitente e febre 3 dias antes. À admissão, discurso escasso, a cumprir ordens simples; escala de coma de Glasgow (ECG) 13. Apirética e hemodinamicamente estável. Rigidez da nuca. Analiticamente a destacar leucócitos $13230/\mu\text{L}$ com $11640/\mu\text{L}$ neutrófilos, plaquetas $60.000/\mu\text{L}$, natremia 127mEq/L , AST/ALT $84/64\text{U/L}$, FA 259U/L , GGT 141U/L e PCR 27mg/dL . Doseamento de lactato de 1.9mmol/L . Realizada punção lombar com $26/\mu\text{L}$ leucócitos, 80% PMN, glicose 47mg/dL (~50% glicemia), proteínas 1.10g/L e exame microbiológico direto aparentemente amicrobiano. Sem alterações de relevo na TC-CE, radiografia de tórax e análise sumária de urina. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir, tendo sido internada no serviço de Neurologia por suspeita de meningoencefalite aguda sem agente etiológico identificado. Evolução em choque séptico com agravamento dos défices neurológicos (ECG 9), marcada agitação psicomotora, rash maculopopular predominantemente no tronco e identificação de provável tache-noir na fossa poplíteia do membro inferior esquerdo. Admitida no Serviço de Medicina Intensiva onde iniciou doxiciclina, tendo vindo a confirmar-se no dia seguinte o diagnóstico de rickettsiose por teste serológico. Apresentou evolução clínica muito favorável, tendo sido transferida para enfermaria 5 dias após admissão.

Conclusão: A rickettsiose é um diagnóstico que, numa fase inicial, exige um elevado índice de suspeição. É fundamental uma colheita de anamnese cuidada, uma vez que pode ser facilmente confundida com outras patologias infecciosas, nomeadamente de foco neurológico e o início precoce de tratamento dirigido com doxiciclina é imperativo para um bom prognóstico.

PO 09

EVOLUÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA: ROTURA DE ABCESSO HEPÁTICO E BACTERIÊMIA A CLOSTRIDIUM PERFRINGENS

Inês Carqueja; Pedro Soares Moreira;
João Filipe Camões
*Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE /
Hospital Pedro Hispano*

Introdução: Os abscessos hepáticos causam febre, dor abdominal e mal-estar e são tipicamente polimicrobianos. Podem surgir associados a patologia biliar, peritonite ou por disseminação hematogénea.

O *Clostridium perfringens* é um anaeróbio produtor de gás da microbiota intestinal. Produz várias toxinas e associa-se a hemólise intravascular. A sépsis por este agente cursa com disfunção multiorgânica rapidamente progressiva e elevada mortalidade. O *Haemophilus parainfluenzae* é um comensal respiratório ocasionalmente associado a infeções abdominais.

Descrição do caso: Um homem de 74 anos com história de estenose aórtica com prótese valvular, HTA, doença renal crónica e hemicolectomia recorreu ao SU por dor abdominal. Referia episódio autolimitado de gastroenterite um mês antes, com dor recorrente no hipocôndrio direito desde então.

À admissão tinha elevação de amilase, lipase, AST/ALT, LDH e bilirrubina, trombocitopenia, hiperlactacidemia e hemólise. O TC abdominal excluiu achados patológicos (figura 1).

Foi internado com diagnóstico presumido de pancreatite aguda. Nas 12 horas seguintes evoluiu com dor agravada, icterícia e disfunção respiratória, cardiovascular e renal. Foi admitido em Medicina Intensiva sob suporte vasopressor e ventilatório. Repetiu o TC abdominal, com áreas com conteúdo gasoso nos segmentos hepáticos VII e IV, pneumoperitoneu e líquido livre de novo (figura 2). Foi realizada laparotomia emergente, com peritonite generalizada e achados compatíveis com rotura de abscesso hepático, com lavagem e drenagem. Iniciou antibioterapia de largo espectro e suporte dialítico.

O estudo analítico 24h pós-admissão revelou hemólise extensa e esferocitose. Evoluiu com hiperlactacidemia e acidemia persistente, hiperbilirrubinemia agravada, coagulopatia, anúria e necessidade de noradrenalina >0,5 ug/kg/min. Cerca de 8 horas pós-operatório, evoluiu com deterioração hemodinâmica e hemorragia pelos drenos cirúrgicos. Foi decidida re-laparotomia, com evidência de hemorragia difusa de baixo débito, sem sinais de infeção não controlada. Evoluiu com choque refratário, acidemia, hemorragia persistente e coagulopatia apesar de suporte de órgão e transfusional e faleceu 45 horas após a admissão.

Nas hemoculturas e líquido ascítico foram isolados *Clostridium perfringens* e *Haemophilus parainfluenzae* sensíveis à antibioterapia em curso.

Conclusão: As infeções por *Clostridium perfringens* podem ser graves e fulminantes, com hemólise intravascular extensa e alta mortalidade associada à bacteriémia. O reconhecimento precoce, controlo de foco e antibioterapia são essenciais para melhorar o *outcome* destas infeções. A hemólise e a sua rápida progressão reforçam o impacto das toxinas produzidas por este agente para a evolução clínica. A evolução imagiológica em <24 horas neste caso clínico traduz a

progressão fulminante de uma infecção inicialmente não diagnosticada.



PO 10

PARVÓVIRUS B19 NO ADULTO – UM CASO RARO DE MENINGOENCEFALITE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Catarina Pacheco; Inês Pereira; Sara Pipa; Mariana Branco; Sandra Nunes
ULS G/E

Introdução: A Primoinfecção por Parvovírus B19 (PVB19) é rara no adulto imunocompetente e pode apresentar um espectro clínico variado. As manifestações neurológicas são raras e os mecanismos patofisiológicos do seu tropismo pelo Sistema Nervoso Central (SNC) são dúbios, não existindo consenso no tratamento.

Caso clínico: Mulher de 27 anos, educadora infantil em berçário, com antecedentes de amigdalites de repetição, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 24h de evolução de febre de 40,5°C, cefaleia frontal e tumefação cervical direita, com presença em ecografia dos tecidos moles de gânglios infracentrímetros nessa localização. Apesar de clinicamente estável, sem alterações ao exame físico, por febre refratária sem foco

evidente foi internada para estudo. Evolui nas 48h subsequentes com vômitos alimentares, agitação psicomotora e alteração da linguagem por discurso não fluente e anomia. Foi ativada a via verde de AVC que excluiu evento isquêmico agudo, e foi realizada punção lombar com saída de líquido claro, com pleocitose de predomínio de mononucleares e proteinorráquia elevada (450,6mg/dL). Por agitação psicomotora resistente à terapêutica médica, a doente foi sedada, submetida a entubação orotraqueal e admitida no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) com tratamento inicial com aciclovir (10mg/kg 3xdia) e ceftriaxone (2G 2xdia). Por apresentar bacteriológico preliminar negativo de líquido e biologia molecular do mesmo positiva para Parvovírus B19 foi suspensa a antibioterapia, iniciou terapêutica combinada de imunoglobulina 0,4mg/kg/dia e pulsos de metilprednisolona 1mg/kg/dia, durante 5 dias, com posterior esquema de desmame de prednisolona 1mg/kg/dia, mantendo-se o antivírico por 21 dias. Do restante estudo complementar refira-se: estudos serológico e autoimune negativos; EEG com disfunção bi-hemisférica difusa severa e RMN-CE com evidência de meningoencefalite difusa inespecífica. O genótipo de PVB19 encontra-se ainda em curso. A doente evolui favoravelmente, permitindo a extubação ao 6º dia de internamento no SMIP e transferência para enfermaria de Neurologia ao 8º dia, apenas com uma ligeira lentificação do discurso e ataxia sensitiva. Tem alta ao 15º dia de internamento hospitalar, apenas com uma instabilidade ligeira na marcha, sem necessidade de apoio de terceiros.

Conclusão: A última década foi marcada pela emergência do PVB19 como patogênico do SNC, através da pesquisa de DNA viral (sangue ou líquido) e/ou serologias homónimas. O regime terapêutico combinado de imunoglobulina e corticoterapia em casos

graves de meningoencefalite por PVB19 parece ser seguro e eficaz, contudo estudos controlados e randomizados devem ser incentivados para a sua comprovação.

Palavras-chave: Parvovírus B19; encefalite vírica; imunocompetente; adulto; doente crítico

PO 11

DEISCÊNCIA DE VÁLVULA PROTÉSICA POR ENDOCARDITE INFECIOSA – RELATO DE UM CASO

Ana Rita Barradas; Inês Antunes; Michele Tomazini; Francisco Adragão; Pedro Magro; António Pais Martins
ULSLO

Introdução: A endocardite da válvula protésica é uma complicação grave da endocardite infecciosa (EI) e é responsável por 20% de todos os casos de EI. O choque cardiogénico pode ser o quadro de apresentação em cerca de 5% dos doentes e o seu manejo constitui um desafio para os clínicos. A insuficiência cardíaca como consequência da EI é associada a piores *outcomes* intra-hospitalares e de sobrevivência a um ano, sendo a cirurgia o único tratamento eficaz que melhora a sobrevivência.

Caso clínico: Homem de 52 anos, portador de prótese aórtica mecânica desde 2017 por estenose aórtica e pacemaker. Inicia quadro de febre arrastada de predomínio vespertino e queixas osteoarticulares a nível dorso-lombar. Realizou TC coluna em ambulatório que demonstrou alterações de D9 compatíveis com espondilodiscite que não foi observado pelo médico assistente e nesse contexto não foi medicado. Após três meses foi admitido na sala de emergência com um quadro de dispneia súbita, associada a hipotensão (MAP 57 mmHg) e hiperlactacidemia (Lac 13,1mmol/L). Auscultação cardíaca com sopro sistólico III/IV e sopro diastólico III/IV ambos no foco aórtico e auscultação pulmonar com raras crepitações bibasais. Analiticamente, apresentava sinais sugestivos de um processo infeccioso ativo e LRA AKIN 1.

Realizou ecocardiograma trans torácico que documentou prótese mecânica bi-disco com disfunção, imagem vegetante móvel na face ventricular com movimento amplo associado a leak peri-prótesico direto e insuficiência aórtica moderada. Iniciou terapêutica diurética e antibiótica para endocardite de válvula protésica e foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Já na UCI com agravamento clínico com necessidade de IOT em contexto de edema agudo do pulmão com choque cardiogénico. Na avaliação analítica a destacar NTproBNP >35000pg/mL, troponina 300 ng/L. Gasometricamente com acidose metabólica (pH 7,02, HCO₃- 14mmol/L e SvO₂ 62,7%). Iniciou suporte vasopressor com noradrenalina até máximo de 0,41mcg/kg/min. O doente foi transferido para o Serviço de Cirurgia Cardíaca para realização de substituição valvular emergente. Repetiu ecocardiograma pré-operatório tendo-se documentado deiscência posterior, superior a 50% da circunferência da prótese aórtica mecânica, com prolapso para a câmara de saída do VE em diástole, condicionando regurgitação periprotésica grave. As hemoculturas foram positivas para *Enterococcus faecalis*. A cirurgia decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao 50º dia pós-operatório.

Conclusão: A insuficiência cardíaca aguda é um fator de risco bem reconhecido para mortalidade na endocardite EI e é, provavelmente, uma das principais razões subjacentes ao mau prognóstico associado à EI em pacientes gravemente doentes. O diagnóstico rápido e a determinação de um plano terapêutico eficaz e multidisciplinar, de acordo com as condições clínicas de cada doente são os pilares para um desfecho favorável.

PO 12

MORTE SÚBITA ABORTADA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE

Silvia N. Ferreira¹; Débora Correia²; Marta Ramos³; João Presume²; Marisa Trabulo²; António Tralhão²; Raquel Nunes³

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²ULS Lisboa Ocidental; ³HPP Hospital de Cascais

As vasculites caracterizam-se por inflamação da parede arterial dos vasos. A Arterite de Takayasu (AT) atinge a Aorta e seus ramos principais, afetando as artérias coronárias em 40% dos casos^{1,2}. A apresentação como morte súbita é rara, sendo o diagnóstico realizado post-mortem^{3,4}.

Homem de 29 anos, saudável. Sofreu paragem cardiorrespiratória (PCR) em fibrilhação ventricular associada a esforço, com retorno de circulação em 10 minutos; entubado e ventilado no local. O eletrocardiograma mostrava infradesnivelamento do segmento ST de V2-V6, DI, DII e supradesnivelamento em aVR, sendo admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente. A troponina I de alta sensibilidade máxima foi 51825ng/L. O ecocardiograma mostrou um ventrículo esquerdo com compromisso moderado da função ventricular por alterações segmentares multi-território. Realizou dose de carga de aspirina e clopidogrel e foi transferido para UCI cardíaca realizando coronariografia à admissão, revelando vasos difusamente finos, descendente anterior com afilamento longo no segmento médio e oclusão apical, reabilitada desde a coronária direita. Estenose na origem de segunda e terceira diagonais e oclusão da primeira obtusa marginal. Coronária direita difusamente irregular. Face à idade e ao envolvimento multivaso, decidida revascularização cirúrgica completa, realizada 3 dias depois, onde se verificou espessamento das paredes arteriais, enviada artéria mamária interna para anatomopatologia (AP). Posteri-

or evolução favorável possibilitando levante da sedoanalgesia e desmame ventilatório e transferência para enfermaria. O estudo complementar demonstrou perfil lipídico e hemoglobina glicada normais, serologias virais e estudo imunológico sem alterações. A avaliação angiográfica com TC documentou espessamento concêntrico de ambas as artérias mesentéricas e da aorta infra renal. O estudo AP revelou espessamento concêntrico da íntima do vaso da artéria e arteríolas, com infiltrado inflamatório (linfócitos T e células histiocitárias), sem células gigantes e excluindo ateromatose. Atendendo a vasculite com envolvimento de artérias elásticas num jovem e AP sugestiva, assumido o diagnóstico de AT com apresentação como morte súbita abortada em contexto de enfarte agudo do miocárdio por envolvimento coronário da mesma. Realizados pulsos de corticoterapia, seguidos de dose de manutenção como ponte para adalimumab. Atendendo a ocorrência de PCR, doença coronária não aterosclerótica e incerteza quanto a resposta imunossupressora e presença de isquémia residual, implantado cardioversor-desfibrilhador subcutâneo em prevenção secundária antes da alta. As vasculites podem apresentar-se de forma invulgar e ominosa, requerendo elevada suspeição diagnóstica e investigação multimodal incluindo histologia. Alertam-se os clínicos para o reconhecimento de causas atípicas de PCR em idade jovem.

PO 13

MENINGOENCEFALITE PARAINFECCIOSA POR HHV-7 EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Inês Hermenegildo; Marta Ramos; Raquel Nunes;
Marta Pinheiro; Carolina Alegria; Joana Coelho;
Sónia Baldo; Bernardo Pereira; Armino Ramos
HPP Hospital de Cascais

Introdução: O vírus herpes humano tipo 7 (HHV-7) pertence à família Herpesviridae e, geralmente, causa infeções leves ou assintomáticas na população pediátrica. No entanto, em indivíduos imunocomprometidos ou, mais raramente, em imunocompetentes, pode causar quadros graves. A identificação do HHV-7 como agente etiológico na meningoencefalite é rara, o que torna esses casos clínicos particularmente relevantes.

Descrição do caso: Homem, 32 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Foi admitido no Serviço de Urgência (SU) por quadro de cefaleia e mialgias com uma semana de evolução, seguidos de febre, diarreia e vômitos. À admissão destacou-se quadro inflamatório com febre e rápida deterioração do estado de consciência para GCS 7.

Para exclusão de meningoencefalite aguda foi realizada punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) cristalino, com proteinorráquia, pleocitose com 60% de mononucleares, glicose de 67mg/dL e rácio glicose LCR:sérica de 0,7 no exame citoquímico, compatível com meningoencefalite viral. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, angio-TC cerebral sem alterações estruturais e eletroencefalograma (EEG) com lentificação difusa da eletrogénese de base, sem atividade paroxística.

Por deterioração clínica com compromisso da via aérea, foi intubado e ventilado e admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A evolução clínica incluiu anisocoria, midríase, estrabismo divergente, bocejos frequentes

e movimentos coreiformes com flexão dos membros superiores. Dos meios complementares de diagnóstico, destacam-se: EEG que mostrou persistência de disfunção encefálica difusa, ecografia ocular que revelou edema da bainha do nervo ótico e ressonância magnética que evidenciou realce meníngeo discreto, de domínio cerebeloso e temporoccipital, e amígdalas cerebelosas ao nível do buraco magno.

Na abordagem empírica inicial, iniciou terapêutica com aciclovir, ampicilina e ceftriaxone, suspensos ao 2º, 9º e 11º dia, respetivamente, após a identificação do HHV-7 como o único agente no LCR, para o qual cumpriu terapêutica com foscarnet durante 9 dias, sem melhora clínica significativa.

Por suspeita de etiologia parainfecciosa, corroborada pela presença de bandas oligoclonais no LCR, cumpriu 28 dias de metilprednisolona e 5 dias de imunoglobulina seguidos de 10 sessões de plasmáfereze ao longo de 15 dias. Após o início da plasmáfereze, foi notória uma evolução clínica favorável com recuperação progressiva e quase total de todos os défices neurológicos.

O doente teve alta da UCI em GCS 15, descanulado e eupneico, e sob programa de reabilitação motora.

Conclusão: Na meningoencefalite aguda, o diagnóstico e abordagem precoce são essenciais para modificar o prognóstico e é necessário um alto grau de suspeição para a valorização do isolamento de HHV-7 como agente etiológico, principalmente em adultos imunocompetentes.

PO 14

LEGIONELLA E ISQUEMIA INTESTINAL: UM EVENTO INESPERADO

Margarida Sousa; Inês Martins; Ana Sofia Alves;
Isabel Militão; Nelson Barros
*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Hospital de Vila Real*

Introdução: Legionella pneumophila é um bacilo gram negativo, responsável pela legionelose. Esta pode dividir-se em doença dos legionários, pneumonia grave com disfunção multiorgânica ou febre de Pontiac, um quadro de febre agudo e auto-limitado. Esta é transmitida através da aerossolização ou aspiração de água contaminada. Existem comorbilidades que aumentam a susceptibilidade a esta infeção, nomeadamente: tabagismo, doença pulmonar crónica, insuficiência cardíaca e imunossupressão.

A isquemia mesentérica resulta de um fluxo de sangue inapropriado nos vasos mesentéricos que leva à isquemia intestinal. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento são aterosclerose, hipovolémia, idade avançada e doença cardíaca (valvular e isquémica).

Descrição do caso: Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 79 anos, autónomo, que apresentava como antecedentes diabetes, hipertensão, cardiomiopatia dilatada e fibrilhação auricular.

Recorreu ao serviço de urgência com um quadro de astenia nos últimos sete dias associada a dispneia. Na avaliação no serviço de urgência apresentava hipotensão, hipertactacidemia (3,7mg/dL) e crepitações na auscultação pulmonar.

No estudo realizado no serviço de urgência identificou-se uma pneumonia na base pulmonar esquerda. Analiticamente apresentava leucocitose, trombocitopenia, lesão renal aguda, transaminases elevadas e antígeno urinário positivo para Legionella pneumophila. O doente ficou internado durante 7 dias no

Serviço de Medicina Intensiva, com necessidade de suporte vasopressor e oxigenoterapia nasal de alto fluxo.

Foi posteriormente transferido para o Serviço de Medicina Interna onde desenvolveu um quadro de dor abdominal intensa, hipotensão e hiperlactacidemia (>15 mg/dL).

Realizou uma tomografia computadorizada abdominal e pélvica que demonstrou isquemia intestinal com aeroportia. Dada a extensão da isquemia foram privilegiadas medidas de conforto e o doente veio a falecer.

Conclusão: A sépsis e o choque séptico são fatores de risco importantes para hipoperfusão tecidual e trombose, e num doente com elevado risco cardiovascular contribuíram para o desenvolvimento de isquemia mesentérica.

Aeroportia é a presença de gás na veia portal e nos seus ramos, sendo a causa mais comum no adulto a isquemia intestinal. A aeroportia é um sinal radiológico ominoso, associado a elevada mortalidade.

PO 15

DIAGNÓSTICO DE Distrofia MIOTÓNICA TIPO 1 EM DOENTE COM FALHA DE EXTUBAÇÃO

Inês D'almeida Carvalho Antunes; João Torres;
Anne Moura; Diogo Santos; Isabel Simões
*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital
de S. Francisco Xavier*

A Distrofia Miotónica tipo 1 (DM1) é uma doença neuromuscular hereditária rara, de transmissão autossómica dominante, multissistémica, que afeta principalmente a musculatura esquelética e lisa.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 57 anos com antecedentes de bloqueio de ramo esquerdo e cataratas, admitida no SU por bloqueio aurículo-ventricular (BAV) completo, com hipotensão e alteração do estado de consciência. Apesar do controlo da frequência com pacing externo, manteve alteração

do estado de consciência com insuficiência respiratória global. Realizada entubação traqueal e conectada a ventilação mecânica invasiva. Avaliação laboratorial com elevação de troponina T e NT-ProBNP, sem alteração da função tiroideia e eletrolítica. Ecocardiograma sem alterações, tendo sido implantado pacemaker transvenoso provisório. Estudo tomográfico de crânio apenas com atrofia cerebral cortical frontal.

Transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde evoluiu com melhoria hemodinâmica e do estado de consciência, tendo sido extubada com sucesso imediato, porém seguida de sialorreia e broncorreia abundantes. Por dificuldade na gestão das secreções (reflexo de tosse diminuído) com insuficiência respiratória grave por atelectasia e traqueobroquite subsequente foi reintubada. Iniciou antibioterapia empírica e cinesioterapia com melhoria progressiva e foi extubada novamente após 48h. Na anamnese apurou-se fadiga crónica de instalação progressiva, fraqueza muscular limitadora da sua autonomia e diarreia crónica. Na avaliação clínica no internamento, com períodos de sonolência diurna não farmacológica, ptose palpebral, diplegia facial, atrofia temporal, alopecia, fraqueza muscular distal e miotonia com atraso do relaxamento muscular, sialorreia e disfagia, conjunto de semiológico compatível com patologia neuromuscular. Realizou eletromiografia que documentou descargas miotónicas frequentes, associado a atrofia temporal clínica distal, achados compatíveis com DM1. Manteve reabilitação com necessidade de Cough Assist e higiene respiratória intensiva. Por diagnóstico de BAV completo colocou CRT-P, complicado de paragem respiratória no final do procedimento com reintubação orotraqueal. Por previsão de difícil desmame ventilatório foi traqueostomizada e posteriormente transferida para o Serviço de Neurologia para continuação de

reabilitação.

A grande variabilidade fenotípica da DM1 dificulta o diagnóstico e tratamento adequados. A anamnese e exame físico detalhados são fundamentais para a suspeição da doença, cuja avaliação clínica é difícil no doente crítico. No presente caso a suspeita levantou-se perante o curso evolutivo inabitual num caso de BAV de 3º grau, cuja fraqueza muscular dominava o insucesso clínico. A investigação subsequente permitiu direccionar o estudo, permitindo o diagnóstico enquadrável no seu envolvimento multi-sistémico.

PO 16

QUANDO MENOS É MAIS!

Patrícia Carrão; Ana Rita Almeida; Fernando F. Ribeiro; Carla Eira; Carla Ferreira Santos; Ana Albuquerque
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: O trauma é uma causa importante de morte e em Portugal a taxa de mortalidade imputada ao trauma é das maiores da Europa. O trauma torácico ocorre em cerca de 60% dos doentes politraumatizados, com uma mortalidade associada de 20 a 25%. O controlo oportuno e adequado da dor tem um impacto muito significativo na taxa de mortalidade associada ao trauma torácico.

Descrição do caso: Uma mulher de 62 anos, autónoma e com antecedentes pessoais de obesidade classe 3 e dislipidemia, foi admitida na Sala de Emergência após ter sido vítima de atropelamento por trator. À admissão, pontuava 15 na Escala de Coma de Glasgow, apresentava dor no hemitórax direito, SatO₂ de 93% com máscara de alta concentração a 15L/min e enfisema subcutâneo exuberante disperso pelo tórax e membro superior direito, sem assimetria torácica. A tomografia computadorizada revelou fraturas da clavícula, da omoplata e de 7 arcos costais à direita com ligeiro desalinhamento, hemopneumotórax direito e contusão pulmonar à direita.

Procedeu-se à colocação de dreno torácico com evidência de fístula aérea grau 4 e otimizou-se a analgesia com recurso a bloqueio contínuo do plano eretor da espinha com ropivacaína. Por apresentar agravamento progressivo da insuficiência respiratória global, com rácios de $PaO_2/FiO_2 < 100$ mmHg, foi avaliada por Cirurgia Torácica, decidindo-se pela abordagem conservadora e admitiu-se no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Considerando a gravidade do trauma torácico, o biótipo e as eventuais consequências deletérias da ventilação mecânica invasiva (VMI) nesta doente, optou-se por atitude expectante a par com abordagem conservadora otimizada: posicionamento a 45°, oxigenação, cinesioterapia respiratória, assistência manual na tosse e na limpeza das vias aéreas, euvolemia e controlo eficaz da dor com recurso a analgesia multimodal (convencional: sulfato de magnésio, paracetamol, tramadol e parecoxib fixos e não convencional: bloqueio contínuo do plano eretor da espinha). Nas primeiras 48 horas após a admissão no SMI, a doente não apresentou melhorias e a iminência de VMI foi uma constante. No 3º dia de internamento, a insuficiência respiratória começou a melhorar e no 5º dia de internamento a doente foi transferida para a Unidade Intermédia de Cirurgia com O₂ a 3L/min.

Conclusão: Este relato de caso visa destacar a importância de uma estratégia ponderada, exigente nos cuidados e com foco no tratamento agressivo da dor, fundamental na prevenção da necessidade de VMI diminuição da demora média hospitalar e da morbimortalidade em doentes com trauma torácico grave.

PO 17

DESENVOLVIMENTO DE ISQUÉMIA GÁSTRICA APÓS ESPLENECTOMIA

João Melo e Silva; Ana Mestre; André Oliveira; Ana Maria Oliveira; Filipa Pais Silva; João Gonçalves-Pereira
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O baço é um dos órgãos intra-abdominais mais frequentemente lesados por trauma contuso. As lesões são classificadas por tomografia computadorizada (TC) do grau I até ao grau V. O diagnóstico precoce e o tratamento de hemorragias potencialmente fatais torna-se emergente.

É um órgão linfopoiético com uma importante função na opsonização de bactérias encapsuladas, como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ou *Neisseria meningitidis*. 14 dias após a esplenectomia deve-se realizar a vacinação contra estes agentes, assim como realizar a vacina sazonal do vírus Influenza e do SARS-CoV2.

A ocorrência de isquémia gástrica é rara devido ao rico suprimento vascular do estômago, a partir dos ramos do tronco celíaco, que incluem a artéria gástrica esquerda, a artéria esplénica e artéria hepática comum. Esta geralmente ocorre devido à diminuição do fluxo sanguíneo por insuficiência vascular ou por lesão de reperfusão, podendo também ocorrer após uma cirurgia, como uma vagotomia, pancreatectomia ou gastrectomia parcial. A TC desempenha um papel importante na avaliação da isquémia gástrica, sendo os achados sugestivos mais comuns a pneumatose gástrica e a aeroportia.

Descrição do caso: Sexo masculino de 51 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, admitido no Serviço de Urgência por acidente de motociclo. À observação com dor e crepitação da grelha costal esquerda. A TC de abdómen mostrou hipodensidade extensa do baço, traduzindo uma laceração

esplênica grau V. Foi submetido a esplenectomia sem intercorrências descritas.

Dois dias após intervenção cirúrgica, apresentava uma drenagem acastanhada abundante do dreno da loca esplênica. Realizou TC que evidenciou o estômago insinuando-se na loca de esplenectomia com hipocaptação da parede posterior do fundo com aspetos favorecendo isquêmica. Submetido a gastrectomia vertical e cumpriu 7 dias de Amoxicilina e Ácido Clavulânico.

Conclusão: Na abordagem ao doente politrauma é fundamental a exclusão de traumas contusos que possam causar hemorragias major não visíveis, como as intra-abdominais. Em casos de esplenectomia é importante a vacinação contra agentes encapsulados e a sensibilização contra os riscos de contraírem outras doenças graves, como a Malária.

A isquemia gástrica é uma patologia rara. Com este caso os autores salientam a importância do seu diagnóstico precoce, tendo por base a suspeita clínica e a confirmação imagiológica.

PO 18

E O ANTÍDOTO? DESAFIOS EM INTOXICAÇÃO AGUDA

Joana Branco Ferrão¹; Juliana Mortágua²;

João Melo Alves²; Ana Valente Santos²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²CHULC

As intoxicações são comuns em unidades de cuidados intensivos (UCI). O número de substâncias causadoras é elevado, mas a mortalidade é geralmente baixa. Os antecedentes toxicológicos são pouco fiáveis, e a história clínica deve ser usada para ampliar o diagnóstico diferencial. Os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), são fármacos amplamente prescritos com consequências potencialmente devastadoras se ingeridos em doses tóxicas. Não existe no entanto um algoritmo padronizado para o tratamento inicial da overdose por BCC, que pode evoluir com colapso hemodinâm-

ico, semiologia grave e complexa de tratar. As medidas centrais são o suporte cardiovascular incluem ressuscitação com cristaloides, uso de agentes vasoativos, administração de cálcio e terapia hiperinsulinêmica-euglicêmica. O uso de azul de metileno na hipotensão refratária deve-se ao seu efeito inibitório sobre a guanilato ciclase. Tratamento de resgate inclui emulsão lipídica, e suporte circulatório venoarterial. Reportamos o caso de uma mulher de 38 anos com história de síndrome depressiva, transtorno de personalidade borderline e hipertensão arterial. Habitualmente medicada com olanzapina, trazodona, diazepam, atorvastatina, sertralina e amlodipina. Foi transportada ao serviço de urgência em contexto de alteração do seu estado de consciência na sequência de intoxicação voluntária, apurando-se ingestão de múltiplos fármacos nomeadamente dose aproximada de 300 mg de amlodipina horas antes da admissão. Foi admitida em UCI em choque distributivo com componente vasoplegia extrema. Evolui com instabilidade hemodinâmica sustida apesar da administração de fluidos intravenosos, infusão de cálcio, noradrenalina, argipressina, azul de metileno, terapia hiperinsulinêmica-euglicêmica e emulsão lipídica. Foi decidida início de terapia de hemoadsorção/hemoperfusão com filtro de resina de estireno (Jafron HA230) conectado em série ao filtro de diálise. Durante as duas sessões de hemoperfusão (6 h de duração cada e 24 h de intervalo) com evidência de redução marcada de suporte vasopressor e normalização dos níveis de lactato sérico. Este caso propõe mostrar a relação temporal entre o início da técnica de hemoadsorção e a recuperação hemodinâmica. Neste caso, a resolução do choque após o início da hemoperfusão ocorreu em menos de uma meia-vida de eliminação da amlodipina. A aplicação precoce de hemoperfusão usando resinas de

estireno pode ser considerada para aumentar a eliminação da amlodipina e pode ser útil em adição às terapias tradicionais de resgate quando a estabilidade hemodinâmica é re-fratária às terapias padrão.

PO 19

TRAUMA POR ARMA DE FOGO: UM TIRO CERTEIRO...DE SORTE

Ana Marisa Cunha; Joana Ramalho
ULS Santo António

Introdução: O aumento da incidência de trauma balístico em contexto civil torna a sua abordagem na sala de emergência (SE) uma realidade crescente. O conhecimento das particularidades associadas aos ferimentos por arma de fogo (AF), a gestão de problemas como o compromisso da via aérea (VA) e o choque, bem como a tomada de decisão de remoção dos fragmentos balísticos constitui um desafio, sendo parca e pouco consensual a informação disponível. A presença de fragmentos retidos condiciona complicações como a migração dos mesmos e o desenvolvimento de processos infecciosos, conferindo um aumento do risco de nova admissão na SE/cuidados intensivos num período de 6 meses. Assim, este caso clínico pretende expor o aumento desta realidade a nível nacional e consequente necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, bem como alertar para complicações que podem condicionar o prognóstico do doente.

Descrição do caso: Masculino de 19 anos. Vítima de agressão por AF, resultando em traumatismo cervical perforante. Assistido no local, ECG 15. Por presença de sangue na VA, decidiu-se pela entubação orotraqueal. Heli-transportado para a SE do hospital central da área de referência. Objetivamente, orifício de entrada do projétil na região submandibular esquerda, sem orifício de saída visível. Estabilidade hemodinâmica, sem alterações auscultatórias ou outros traumas visíveis. Além

de edema da VA e enfisema pararetrofaríngeo bilateral, a tomografia computadorizada (TC) cervical revelou corpo estranho implantado no corpo vertebral de C5, com fratura cominutiva associada, sem aparente compromisso medular. Após avaliação multidisciplinar, deliberou-se pela realização de traqueostomia cirúrgica para proteção da VA. Não houve indicação para tratamento cirúrgico da fratura e optou-se pela não remoção do projétil. Admitido na unidade de cuidados intensivos, medicado com antibioterapia e corticoterapia (dexametasona 8mg/dia). Repetiu TC ao 4º dia de internamento, sobreponível. Em D12 de traqueostomia foi descanulado sem intercorrências. Por défice motor do membro superior esquerdo, foi avaliado por MFR e iniciou reabilitação. Alta ao 14º dia de internamento encaminhado para a consulta externa de ORL. Volvidos 3 anos, o doente não apresenta qualquer défice neurológico/motor e o projétil permanece alojado no corpo vertebral de C5.

Conclusão: A descrição deste caso clínico realça a necessidade do intensivista, pela sua atuação na SE e cuidados intensivos, conhecer as particularidades do trauma por AF para uma gestão imediata das principais complicações ameaçadoras de vida e uma célere ativação da equipa multidisciplinar. Acresce a chamada de atenção para as potenciais complicações relacionadas com a não remoção dos fragmentos balísticos, que podem ditar re-internamentos com impacto na morbimortalidade, o que felizmente não se verificou neste doente passados 3 anos com o projétil retido.

PO 20

PERIPARTO EM SOBRESSALTO

David Ferra de Sousa¹; Sónia Baldo²; Isa Cordeiro³; Ricardo Junior⁴; Grace Staring²; Ana Cysneiros⁴; Lucie Cunha⁴; Michele Costa⁴; Ana Valente Costa⁴; Luís Bento⁴

¹ULS Lisboa Ocidental; ²Hospital Cascais; ³ULSALG, Faro; ⁴ULS S. José

Introdução: A cardiomiopatia periparto (PPCM) é uma patologia rara que pode ocorrer desde o mês que antecede o parto até aos 5 meses posteriores e é responsável por 60% dos casos de choque cardiogénico em puérperas. Existem vários fatores de risco, nomeadamente a melanodermia, idade avançada, multiparidade, hipertensão, pré-eclâmpsia e anemia. Atualmente assumem-se 2 possíveis vias fisiopatológicas - má adaptação ao stress cardiovascular dos últimos trimestres de gravidez ou causa hormonal pituitária e placentar.

Caso: Uma mulher leucodérmica de 28 anos, primigesta, com história de obesidade, desenvolveu quadro de hipertensão no último mês de gravidez, não tratada; na semana antes do parto com edema os membros inferiores, ortopneia e dispneia para esforços. Entrou em trabalho de parto e já na maternidade evoluiu desfavoravelmente com pré-eclâmpsia. Por sofrimento fetal foi submetida a cesariana de emergência com recém nascido de baixo peso e Apgar 2-4-6. Nas 12h seguintes veio a necessitar de crescente de suplementação de O₂ sendo transferida para outro polo hospitalar, realização de Angio TC Tórax e assim exclusão de tromboembolismo pulmonar. Já na Imagiologia com o decubito, dessaturação e dispneia necessidade de incremento da terapia de oxigénio para máscara de alta concentração. Contactado o Serviço de Medicina Intensiva, apresentava-se TA 180/100mmHg, FC 120bpm e em gasimetria uma insuficiência respiratória tipo 1 com paO₂ de 73mmHg e Lactato 2,8mmol/L constatando-se na TC alterações

sugestivas de edema pulmonar cardiogénico. Neste contexto decidida admissão em cuidados intensivos.

Na avaliação inicial foi realizada ecoscopia cardíaca com uma fração de ejeção do VE de 30% com dilatação do mesmo e suspeitado o diagnóstico de PPCM, iniciou ventilação não invasiva e terapêutica com furosemida, carvedilol e captopril. Manteve perfusão de magnésio pela pré-eclâmpsia. Propôs-se terapêutica com bromocriptina que a doente recusou.

Ao 3º dia de internamento mantinha má função do VE e iniciou levosimendan com melhoria ligeira da função cardíaca. Posteriormente, foi transferida para o Serviço de Cardiologia para continuação de cuidados.

Conclusão: A PPCM é um diagnóstico de exclusão que tem de ser considerado por qualquer intensivista que aborde uma grávida ou puérpera em choque cardiogénico.

Apesar dos fatores de risco habituais apresentamos um caso de uma doente que, como factores de risco, apenas apresentava hipertensão e pré-eclâmpsia não se enquadrando na demografia habitual.

50% dos casos recupera até aos 6 meses não havendo fatores preditivos de recuperação.

O levosimendan é um fármaco ainda pouco estudado nesta população de doentes podendo vir a ter um papel importante na sua reabilitação.

PO 21

PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECI NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Teresa Miranda; João Fustiga; Inês Medeiros; David Nora; Pedro Póvoa
Hospital São Francisco Xavier

A pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* (PPJ) afeta doentes imunocomprometidos, particularmente aqueles sob fármacos moduladores da atividade das células T, como os corticóides. A incidência tem aumentado, e é maior em doentes HIV-negativos. A mortalidade

dade hospitalar é de 5-15%, e mais de 50% em doentes admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Doentes com doenças vasculares inflamatórias são mais suscetíveis à PPJ pela imunossupressão crónica.

Relatamos um caso de uma doente com diagnóstico recente de doença vascular inflamatória sob terapêutica imunossupressora admitida em UCI com o diagnóstico de PPJ.

Mulher, 86 anos, com história de Artrite de Células Gigantes sob metotrexato 12,5mg 5x/semana e prednisolona 20mg/dia.

Foi ao Serviço de Urgência (SU) por febre e dispneia há 3 dias. Nos meses prévios, refere ter feito antibioterapia por infeções respiratórias.

À admissão polipneica com SpO₂ 80% (FiO₂ 21%) e com febre (38.6°C). No SU teve síncope, fez AngioTC-Tórax, que excluiu embolia pulmonar, mas revelou extensas opacidades bilaterais em vidro despolido. Nos restantes exames: com linfopenia, PCR 7,3mg/dL e antígenúrias com pneumococcus positivo.

Assumida pneumonia adquirida na comunidade, e iniciou Piperacilina/Tazobactam. Por agravamento da hipoxémia e hipotensão de novo, foi admitida em UCI. À admissão iniciou oxigénio de alto fluxo, com melhoria inicial, e fluidos com resposta tensional. Fez lavado broncoalveolar (LBA) e lavado oral com deteção de *P. jirovecii* em ambas amostras e pedidas subpopulações linfocitárias com défice grave de células T (linfócitos 144 cel/uL, CD4+ 121 cel/uL, NK 0 cel/uL).

Ao 2º dia, iniciou Sulfametoxazol/Trimetoprim e foi ajustada dose de corticoterapia. Evoluiu com necessidade de ventilação mecânica invasiva, choque séptico refratário e lesão renal aguda sob técnica de substituição renal. Apesar do suporte, a doente faleceu ao 7º dia de UCI.

O diagnóstico de PPJ é feito pela clínica, achados imagiológicos e deteção do organismo em amostra microbiológica, através

de secreções ou LBA. O lavado oral, como alternativa ao LBA, permite um diagnóstico rápido e não invasivo, sendo que resultados positivos podem indicar elevada carga fúngica nas vias respiratórias inferiores, mas um resultado negativo não exclui infeção.

Um estudo recente mostrou que profilaxia antibiótica para PPJ tem pouco benefício em doentes sob imunossupressão, mas o atraso no início do tratamento e uso de corticoides como adjuvante em doentes não-HIV, tem maior mortalidade.

Neste caso, destaca-se depleção franca das células T desproporcional à dose baixa de corticoide, em doente não-HIV, tendo possivelmente atrasado o diagnóstico. Assim, no imunodeprimido, com quadro respiratório baixo, a PPJ deve ser considerada precocemente, sobretudo na ausência de resposta inicial ao tratamento. O diagnóstico e tratamento precoce são a base para melhorar o desfecho nesta população.

PO 22

CHOQUE CIRCULATÓRIO REFRATARIO POR INTOXICAÇÃO POR BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO

Adelaide Valente; Marcelo Gordinho; Bruno Banheiro; Maksym Dykyy
Hospital Portimao

Os bloqueadores dos canais de cálcio são fármacos amplamente utilizados, nomeadamente no tratamento da hipertensão, vasospasmo, arritmias, entre outras condições. O aumento do seu uso em ambulatório tem resultado num incremento das intoxicações associadas. A ausência de standardização no tratamento da sua toxicidade pode atrasar ou até impedir a implementação de terapêuticas que salvam vidas, o que pode culminar num desfecho fatal. O presente caso descreve um choque circulatório refratário ao suporte vasopressor (SVP), secundário a intoxicação medicamentosa voluntária (IMV) com um bloque-

ador dos canais de cálcio (amlodipina), que evoluiu favoravelmente após a administração de doses elevadas de gluconato de cálcio.

O doente era um homem de 77 anos, autônomo, hipertenso e com vários episódios prévios de IMV. Foi admitido na unidade de cuidados intensivos por intoxicação medicamentosa voluntária com benzodiazepinas e bloqueadores dos canais de cálcio, apresentando choque circulatório e disfunção neurológica. Foi necessária intubação orotraqueal (EOT) e suporte vasopressor. Nas primeiras duas horas, verificou-se uma evolução desfavorável, com a dose de noradrenalina a atingir 3 µg/kg/min. Após revisão da literatura relativa à intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio, decidiu-se pela implementação de uma perfusão contínua de gluconato de cálcio a 10%, numa dose de 1,2 ml/kg/h, correspondendo a 10 ampolas por hora (93 mg/h). A perfusão foi mantida durante três horas, totalizando a administração de 30 ampolas de gluconato de cálcio. O cálcio ionizado foi doseado em 2,1 mmol/L. Observou-se uma redução acentuada da necessidade de suporte vasopressor, com a dose de adrenalina reduzida para 0,9 µg/kg/min, e uma recuperação do estado de consciência, permitindo a extubação 12 horas após a admissão. O suporte vasopressor foi completamente suspenso nas 24 horas seguintes.

A ressuscitação inicial baseia-se em terapêuticas de suporte, com a hipotensão tratada com fluidoterapia e vasopressores, e a bradicardia com atropina ou isoprenalina. Contudo, apesar de medidas de suporte adequadas, a deterioração clínica pode persistir, sendo necessário implementar terapêuticas específicas. A administração de cálcio em doses elevadas, sob monitorização rigorosa, surge como uma estratégia potencialmente eficaz e segura. No entanto, os relatos de sucesso continuam a ser esporádicos, e esta abordagem pode não ser eficaz em todos os casos.

PO 23

FAIL MITRAL

Catarina Marques Dos Santos; Carla Araújo Costa; Bárbara Sucena Rodrigues; Filipa de Oliveira Nunes; Ângela Simas; Carlos Simões Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O flail mitral é uma das causas de regurgitação mitral aguda. Pode ocorrer por rotura do músculo papilar (etiologia isquémica) ou da corda tendinosa (por degeneração mixomatosa, endocardite, trauma torácico, valvulopatia reumática ou espontaneamente). Apresenta-se como uma insuficiência cardíaca aguda, com rápida progressão para edema pulmonar e choque cardiogénico. Perante o quadro de insuficiência respiratória aguda, outros diagnósticos mais frequentes (pneumonia, tromboembolismo pulmonar) são normalmente colocados primeiramente, atrasando o tratamento.

Descrição do caso: As autoras apresentam o caso de um homem de 30 anos, sem antecedentes de relevo, que recorre ao serviço de urgência por tosse produtiva, febre e dispneia há cinco dias. À admissão encontrava-se taquicárdico, polipneico, hipoxémico e febril, com as mucosas desidratadas e, à auscultação, com murmúrio vesicular rude bilateralmente e sopro sistólico panfocal.

Do estudo inicial, analiticamente, com subida dos parâmetros inflamatórios e, radiologicamente, com extensas consolidações e infiltrados bilaterais. Ecocardiograma transtorácico (ETT) à cabeceira sem alterações sugestivas de outra etiologia.

Assumida pneumonia da comunidade e iniciada antibioterapia empírica. Progressão para exaustão respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva no mesmo dia.

Melhoria franca clínica e imagiológica sob ventilação com pressão positiva em 24 horas, levantando a suspeita de etiologia cardiogénica. Repetido ETT, evidenciando mostrando

prolapso do folheto posterior da válvula mitral, com insuficiência valvular grave. O ecocardiograma transesofágico revelou flail de P2 por rotura de corda.

O doente foi extubado no segundo dia de internamento e transferido para realização de valvuloplastia mitral.

Conclusão: O reconhecimento precoce da regurgitação mitral aguda e do flail mitral é dificultado pela semelhança do quadro clínico com outras etiologias mais frequentes de insuficiência respiratória. Um alto grau de suspeição para esta entidade é necessário.

Este foi um caso de sucesso em que, apesar de inicialmente ter sido colocada outra hipótese diagnóstica, a identificação do flail foi relativamente precoce. O suporte adequado e a correção cirúrgica permitiram a recuperação total do doente.

PO 24

CHOQUE ANAFILÁTICO ASSOCIADO A TATUAGEM PIGMENTADA

Raquel Pascoal Nunes; Inês Hermenegildo; Marta Pinheiro; Joana Coelho; Carolina Alegria; Sónia Baldo; Marta Ramos; Ana Isabel Pedroso; Armindo Ramos
HPP Hospital de Cascais

Introdução: Anafilaxia corresponde a uma reação alérgica sistémica em resposta à exposição a um alérgénio, de início rápido, podendo apresentar-se com envolvimento de pele e mucosas, compromisso respiratório, cardiovascular e sintomas gastrointestinais. É uma patologia potencialmente fatal, podendo manifestar-se como choque anafilático, que necessita de tratamento o mais atempado possível.

Geralmente associada à exposição de alérgénios como alimentos, medicamentos ou picadas de insetos. Está raramente associado a pigmento de tatuagens, o que torna este caso clínico relevante.

Descrição do caso: Homem de 24 anos, sem

antecedentes pessoais de relevo mas com história familiar de anafilaxia em familiares de 1º grau.

Observado em meio pré-hospitalar por quadro de síncope após sensação de prurido na zona onde estaria a realizar uma tatuagem pigmentada.

Encontrava-se vigil e orientado, hipotenso (60/40 mmHg) e taquicárdico (110 bpm), tendo sido levado para meio hospitalar.

À admissão hospitalar mantinha-se hipotenso (84/62 mmHg), com hiperlactacidémia (4.4 mmol/L), apresentava edema da úvula e urticária generalizada, sem estridor ou hipoxemia. Admitido choque anafilático tendo sido administrados 0.5 mg de adrenalina intra-muscular e repetido após ausência de melhoria. Realizado concomitantemente hidrocortisona e clemastina.

Doente evoluiu com agravamento do quadro com estridor e manutenção de hipotensão pelo que é admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), submetido a entubação por videolaringoscopia para proteção da via aérea, iniciada perfusão contínua de adrenalina e fluidoterapia com posterior melhoria. Suspensa perfusão de adrenalina ao fim de 8h sem novos sintomas de anafilaxia. Extubado sem intercorrências 42h após admissão em UCI.

Através de anamnese, assumido como provável alérgénio o pigmento colorido de tatuagem, em doente sem história de administração de fármacos ou alimentos “de novo” e com tatuagem a preto realizada no passado. Da avaliação analítica a destacar doseamento de triptase às 3h, 24h e 72h após sintomatologia de 15.10, 6.37 e 5.80 mcg/L respetivamente.

Após discussão com Imunoalergologia decidido manutenção de corticoterapia com prednisona 0.5 mg/kg/dia com redução progressiva até 20mg/dia e bilastina 20mg bid.

Dado inviabilidade de excisão de pele onde

se encontrava a tatuagem optou-se por avaliação em consulta a curto prazo de Imunoalergologia para dessensibilização de alérgeno.

Conclusão: Anafilaxia é uma patologia potencialmente fatal que requer identificação e tratamento o mais precocemente possível, sendo necessário um elevado grau de suspeição na ausência de história prévia e ausência de alérgeno comumente associado.

PO 25

ANÁLISE DAS PCRIH E RELAÇÃO COM O NEWS: ESTUDO RETROSPECTIVO COMO PONTE PARA CRIAÇÃO DE PROTOCOLO

Adelaide Valente; Natacha Silveira; Marcelo Gordinho; Bruno Banheiro; Maksym Dykyy
Hospital Portimão

A incidência anual de paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar (PCRIH) na Europa varia entre 1,5 e 2,8 por 1000 admissões hospitalares. As taxas de sobrevivência aos 30 dias ou até à alta hospitalar situam-se entre 15% e 34%. Ao contrário da paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar, a intra-hospitalar caracteriza-se por uma deterioração fisiológica lenta e progressiva, com sinais de alerta, envolvendo na maioria dos casos hipoxemia e hipotensão.

Os hospitais devem utilizar sistemas de alerta precoce para a identificação atempada de doentes em estado crítico ou em risco de deterioração clínica. O *National Early Warning Score (NEWS)* é uma ferramenta desenvolvida para identificar doentes em risco de PCRIH. O NEWS classifica o risco clínico de doença crítica em três categorias: baixo, médio e elevado, fornecendo uma forma clinicamente útil de identificar os doentes com risco acrescido de sofrer uma PCRIH.

A presente casuística refere-se às PCRIH registadas no Hospital de Portimão ao longo de 23 meses (Maio de 2022 a Março de 2024), durante os quais foi ativada a equipa de emergência médica intra-hospitalar

(EEMIH). O objetivo deste estudo foi avaliar a percentagem de doentes que, nas 12 a 24 horas prévias à paragem, já apresentavam elevado risco clínico, permitindo uma ativação precoce da equipa de outreach do serviço de medicina intensiva, de modo a estabelecer um plano de ação para o doente, quer por via da admissão no SMI, quer pela implementação de uma indicação de não reanimação, possibilitando a instituição precoce de medidas de conforto, caso a terapêutica médica fosse ineficaz.

Durante o período em análise, a equipa foi ativada para 47 PCRIH, representando 10% das ativações da EEMIH. Foi realizada uma avaliação retrospectiva da escala NEWS de cada doente às 12 e às 24 horas antes da paragem. Embora o sistema informático hospitalar permita o cálculo do risco clínico de cada doente, em muitos casos esta informação não estava disponível devido a registos de enfermagem incompletos. Ao analisar os resultados da escala NEWS, verificou-se que 55% dos doentes apresentavam risco elevado às 24 horas antes da PCR, e 65% às 12 horas antes. Cerca de um terço destes doentes teriam sido candidatos a uma ordem de não reanimação, segundo a avaliação da equipa de medicina intensiva, sendo que os restantes dois terços (n=20) tinham indicação para uma eventual escalada de cuidados, se necessário. Destes, apenas quatro doentes foram reanimados com sucesso, e apenas um sobreviveu aos 30 dias.

Embora se trate de uma amostra limitada, este estudo sugere que mais de metade dos doentes que sofreram PCR poderiam ter sido avaliados pela equipa de medicina intensiva se houvesse um preenchimento rigoroso dos dados clínicos por parte da equipa de enfermagem, associado a um protocolo de avaliação conjunta entre a equipa médica assistente e a equipa de consultoria da medicina intensiva para doentes de elevado risco.

PO 26

SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: UMA RARA APRESENTAÇÃO PARANEOPLÁSICA

Diana Patrícia Martins Fernandes;
Lúcia Meireles Brandão; Guiomar Castro;
Marta Couto; Nuno Príncipe; José Artur Paiva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A encefalopatia posterior reversível (PRES) é um síndrome clínico neurorradiológico, de etiologia heterogênea e reversível. Os autores apresentam um caso raro de PRES secundário a hipercalcemia grave de etiologia paraneoplásica.

Descrição do caso: Sexo feminino, 64 anos, antecedentes de hipertensão arterial. Recorre ao Serviço de Urgência por vômitos. À admissão consciente e orientada, com pressão arterial de 170/85 mmHg. Analiticamente com LRA AKIN II (Creatinina 1.66 para basal 0.66 mg/dL) e hipercalcemia (Ca^{2+} 9.2 mEq/L Ca^{2+} i 5.38 meq/L) com PTH frenada (7.5 pg/mL). Eletrocardiograma com QT curto (QTc 331 ms). Iniciou fluidoterapia, calcitonina, ácido zolendrílico e metilprednisolona. Evolução nas primeiras horas com hipertensão arterial (200/103 mmHg) e afundamento do estado de consciência, a motivar entubação endotraqueal e admissão em Medicina Intensiva. TC-CE a revelar hipodensidades de predomínio subcortical parieto-occipitais. Eletroencefalograma com encefalopatia difusa mais acentuada nas áreas posteriores, sem atividade epileptiforme. Punção lombar sem alterações. RM CE revelou múltiplas lesões de hypersinal T2/FLAIR, cerebelosas e occipito-parietais bilaterais, com restrição na difusão sem significativa captação de contraste, a favor do diagnóstico de PRES. Apesar de controlo tensional e normalização da calcemia, a doente evoluiu de forma desfavorável, em estado de mal não convulsivo, com eletroencefalograma contínuo a documentar encefalopatia difusa grave e elevado potencial epileptogénico nos quadrantes posteriores, com necessidade de levetiracetam 500 mg 2id, lacosamida 200 mg 2id e perfusão de midazolam e propofol. Completado estudo com anticorpos anti-neuronais negativos e angio-RMN CE não sugestiva de quadro de encefalite auto-imune ou infecciosa. Na revisão por aparelhos e sistemas, identificada história de hemorragia uterina anómala, tendo realizado TC AP a revelar volumosa massa infiltrativa uterina. A colpocitologia revelou um carcinoma epidermóide uterino. No estadiamento oncológico identificadas múltiplas opacidades no parênquima pulmonar sugestivas de lesões secundárias.

Conclusão: A ocorrência de PRES associado a hipercalcemia é extremamente rara, e a hipercalcemia associada a malignidade ocorre tardiamente no curso da neoplasia. O mecanismo mais comum resulta da secreção pelo tumor de PTH related protein. A falência dos mecanismos de autorregulação cerebral e disfunção endotelial constituem potenciais mecanismos fisiopatológicos de PRES. O tratamento e prognóstico são determinados pela etiologia subjacente, cujo diagnóstico precoce é vital para o *outcome*.

PO 27

PO 27

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA: UM JOGO DE PROBABILIDADES

Bárbara Sucena Rodrigues; Filipa Ferreira;
Carlos Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: As Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemases do tipo NDM (Nova Deli Metallo-beta-lactamase) têm elevada prevalência na região da Índia e Paquistão, com prevalências intrahospitalares reportadas que chegam aos 27% e na comunidade aos 14%. Estas carbapenemases conferem resistência contra todos os beta-lactâmicos (excetuando o aztreonam), incluindo a ceftazidima-avibactam.

Descrição do caso: Mulher de 33 anos, natural

da Índia e a viver em Portugal desde há 8 meses, previamente colecistectomizada. Recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica e vômitos com 2 dias de evolução. À entrada com pressão arterial 90/50 mmHg, apirética e com abdómen inocente. Analiticamente com bilirrubina total 1.85 mg/dL, AST 565 U/L, ALT 373 U/L, FA 457 U/L e GGT 663 U/L. A TC abdómino-pélvica mostrou dilatação das vias biliares intrahepáticas sem dilatação da via biliar principal ou coledocolitíase aparente. Iniciou fluidos e piperacilina-tazobactam. 9h depois, entra em paragem cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso, revertida após 2 ciclos de suporte avançado de vida (SAV). À avaliação da Medicina Intensiva em GCS 13, pressão arterial imensurável com extremidades frias, anúria, hiperlactacidemia de 11mg/dL e acidemia metabólica grave. Transferida para a unidade de cuidados intensivos, com nova PCR à entrada, revertida após 3 ciclos de SAV. Nas primeiras horas evolui com choque séptico refratário com necessidade de suporte aminérgico em doses crescentes (noradrenalina 5 ug/kg/min, adrenalina e bólus de azul de metileno sem resposta). Iniciou técnica contínua de substituição da função renal, sem melhoria da acidemia metabólica. Sem isolamentos culturais, pelo que escalou empiricamente antibioterapia para meropenem, gentamicina e vancomicina. Por distensão abdominal marcada, com saída de sangue vivo pela sonda nasogástrica, foi submetida a laparotomia exploradora. No intra-operatório não se identificou aparente causa cirúrgica para o quadro e verificou-se uma evolução desfavorável que culminou em PCR não-revertida. A posteriori isolamento de *E. coli* produtora de ESBL em um par de hemoculturas e produtora de NDM no outro par (sensível aos aminoglicosídeos e colistina).

Conclusão: Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da sépsis e evidencia as dificuldades na escolha de

antibioterapia empírica em doentes críticos originários de países com elevada prevalência de Enterobacteriaceas multirresistentes.

PO 28

UMA INTOXICAÇÃO EXPLOSIVA

Bárbara Sucena Rodrigues; João Patrício; Andreia Barbosa; Ana Gonçalves; Carlos Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A intoxicação por hidrocarbonetos pode originar pneumonite química por aspiração, neurotoxicidade e disritmias por aumento da sensibilidade às catecolaminas, além de outras manifestações que variam consoante o tipo de hidrocarboneto. O diagnóstico é clínico, por impossibilidade de doseamento atempado destes tóxicos.

Descrição do caso: Homem de 51 anos, mecânico, com doença hepática crónica por consumos alcoólicos, hepatite C tratada e sob programa de metadona. Trazido pela VMER ao serviço de urgência após alteração do estado de consciência com crise convulsiva. No local, em GCS 10, pupilas mióticas e temperatura timpânica “high”. Sem resposta após naloxona, com necessidade de intubação orotraqueal. Na sala de reanimação hipotenso, lactatos 4.9 mmol/L, com acidose metabólica com rácio delta 0.5, anisocória e hipertermia. TC-CE sem alterações agudas, radiografia de tórax normal. Analiticamente com creatinina 1.78 mg/dl, sem aumento de parâmetros inflamatórios. Urina II com proteinúria e pesquisa de drogas de abuso negativa. Iniciou empiricamente ceftriaxona, ampicilina e aciclovir, e realizou punção lombar, com análise citoquímica do líquido normal.

Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos, onde foi necessário incrementar a dose de noradrenalina até um máximo de 4.2 ug/kg/min e adicionar adrenalina, bem como iniciar técnica de suporte renal. O doente apresentou hepatite isquémica grave com hipoglicemia e coagulopatia associadas

e posteriormente um episódio de taquicardia ventricular com necessidade de 3 cardioversões elétricas. Verificou-se um aumento do hiato aniônico, mantendo acidemia refratária apesar da técnica, bem como hipocaliemia de agravamento progressivo e rabdomiólise. Manteve-se com hipertermia refratária, apenas revertida após colocação em circuito extracorporeal, mantendo períodos de anisocória alternada com miose simétrica. Verificou-se uma evolução rápida para coagulação intravascular disseminada com discrasia hemorrágica mantida apesar do múltiplo suporte de hemoderivados. O doente evoluiu desfavoravelmente, com óbito em menos de 24h. Dada suspeita de intoxicação, foi feito o pedido de doseamento de substâncias voláteis para o Instituto de Medicina Legal, tendo sido detetado tolueno 31 ug/mL (superior à dose letal).

Conclusão: O tolueno é um hidrocarboneto aromático que entra na composição da gasolina, solventes de tinta e colas, e pode ser utilizado como droga de abuso pela via inalada. É um tóxico não-dialisável e cuja intoxicação é rara e de difícil diagnóstico. Este caso ilustra algumas das manifestações típicas desta intoxicação, evidenciado o padrão típico de acidose metabólica (a excreção urinária de ácido hipúrico presente na fase inicial foi posteriormente limitada pela lesão renal, com aumento do hiato aniônico). Ilustra ainda as dificuldades no diagnóstico diferencial e tratamento destes doentes.

PO 29

DOIS CASOS RAROS DE INFEÇÃO POR ENTEROCOCCUS RAFFINOSUS

Bárbara Sucena Rodrigues; Catarina Marques Dos Santos; Carla Costa; Rita Jorge; Carlos Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: as infeções por *Enterococcus* não-faecium e não-faecalis são cada vez mais frequentes. O *Enterococcus raffinosus* é uma das espécies mais raras e associa-se

a infeções com foco biliar em mais de 80% dos casos. 70% dos doentes afetados têm neoplasia, sobretudo as do trato gastrointestinal e hepatobiliopancreáticas. O padrão de resistência antimicrobiana baseia-se em escassa evidência de estudos não-europeus, que mostram que 50% das estirpes são resistentes à ampicilina e 2% à vancomicina. Descrevemos em seguida dois casos de infeção por *E. raffinosus* no espaço de 6 meses no nosso serviço de Medicina Intensiva.

Descrição dos casos: o primeiro caso trata-se de um homem de 68 anos hipertenso, com hábitos tabágicos e etanólicos, e com anemia ferropênica em estudo. Alguns dias após preparação para colonoscopia (que acabou por não realizar), iniciou quadro de astenia e febre. No serviço de urgência (SU) apresentou-se em choque séptico sem foco esclarecido, com necessidade de suporte aminérgico e ventilação mecânica invasiva a motivar internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI). Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico. 2 dias depois foi isolado *E. raffinosus* sensível à amoxicilina em 1 dos pares de hemoculturas colhidos à admissão, e resistente à amoxicilina mas sensível à vancomicina no outro par. Cumpriu 10 dias de vancomicina. Ao 7º dia de internamento em UCI foi identificada uma colecistite aguda como foco da infeção e o doente foi submetido a colecistectomia, com consequente evolução favorável.

O segundo caso trata-se de um homem de 74 anos com adenocarcinoma do pulmão sob quimioterapia. Recorreu ao SU por diarreia e febre com 2 dias de evolução. Ficou internado com diagnóstico de neutropenia febril e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Na enfermaria tem episódio de taquicardia ventricular associado a hipocaliemia grave e com necessidade de suporte aminérgico, a motivar transferência para a UCI. Realizou TC abdómino-pélvica para

investigação do foco infeccioso, que documentou colecistite aguda. Foi submetido a colecistostomia guiada por TC, com isolamento de *E. raffinosus* resistente à amoxicilina e sensível à vancomicina. As hemoculturas foram negativas e a antibioterapia foi alterada para vancomicina, que cumpriu durante 8 dias.

Conclusão: estes casos ilustram a existência de estirpes resistentes à amoxicilina em Portugal, o que poderá guiar a escolha de antibioterapia empírica e motivar a realização de estudos futuros para estimar a sua prevalência. O primeiro caso ilustra a importância de procurar precocemente focos biliares de infeção nos doentes com bacteriemia a *E. raffinosus* (o doente apresentava achados imagiológicos incipientes de colecistite aguda à admissão que não foram valorizados). O segundo caso ilustra a associação conhecida aos doentes neoplásicos, embora a uma tipologia de tumor menos frequente.

PO 30

O CHOQUE COMEU-TE A LÍNGUA?

Bárbara Sucena Rodrigues; João Patrício;
Catarina Marques Dos Santos; Andreia Barbosa;
Ângela Simas; Carlos Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: a língua é um órgão altamente vascularizado, com uma rede de colaterais constituída por ramos da carótida externa. A necrose da língua é, no entanto, uma complicação possível do choque. Trata-se de uma situação rara, com menos de 10 casos descritos na literatura.

Descrição do caso: mulher de 79 anos, hipertensa. Trazida ao serviço de urgência por prostração, vômitos e recusa alimentar com 3 dias de evolução. A TC abdómino-pélvica mostrou achados compatíveis com colecistite aguda. Por evolução para choque séptico, foi transferida para a unidade de cuidados intensivos. À admissão encontrava-se em GCS 11, anúrica e com mottling. Manteve hi-

perlactacidemia e acidose metabólica grave, apesar de fluidoterapia, suporte aminérgico e corticoterapia. Iniciou-se ventilação mecânica invasiva e suporte renal, porém com necessidade de incremento da dose de noradrenalina até um máximo de 2 ug/kg/min. Por miocardiopatia da sépsis houve necessidade de suporte inotrópico com adrenalina 0.1 ug/kg/min e posteriormente dobutamina 7.5 ug/kg/min. Manteve antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam (posteriormente descalada para amoxicilina-ácido clavulânico após isolamento de *E. coli* multissensível) e foi submetida a colecistectomia. Ao 2º dia objetivados sinais de isquemia dos dedos das mãos e pés, e ao 3º dia sinais de necrose da porção distal da língua. Apesar da possibilidade de suspensão do suporte aminérgico ao 8º dia, sem recuperação do estado neurológico e com lesão renal persistente, com consequente evolução desfavorável que culminou no óbito ao 12º dia.

Conclusão: a isquemia da língua é uma complicação rara do choque, e neste contexto afeta tipicamente a porção distal da língua ou é unilateral. Este caso clínico evidencia a interação complexa entre vários mecanismos fisiopatológicos subjacentes, nomeadamente o uso de vasopressores em alta dose, a hipovolemia e possibilidade de compressão mecânica pelo tubo orotraqueal. Além disso, poderá contribuir o desvio compensatório do fluxo da carótida externa para a carótida interna (onde a resistência é mais reduzida), como tentativa de manter a perfusão cerebral. A identificação precoce da necrose é importante, dado a sua associação a um prognóstico desfavorável mesmo em doentes com recuperação de outras disfunções de órgão. Sugerimos a realização de investigações futuras que avaliem o seu uso como indicador de mau prognóstico neurológico nos doentes em choque, dado a fisiopatologia subjacente e a evolução neurológica desfavorável no caso descrito.

PO 31

INTOXICAÇÃO POR METOTREXATO: CHOQUE CARDIOGÊNICO

Catarina G. Graveto

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE /
Hospital José Joaquim Fernandes

Mulher, 56 anos, com um frailty scale de 6 e antecedentes pessoais de lúpus eritematoso sistémico refratário, com nefrite lúpica grau 5, síndrome de anticorpo antifosfolípido, diabetes mellitus corticoinduzidos e monoparesia braquial direita e disartria na sequência de um acidente vascular cerebral isquémico. Dá entrada no serviço de urgência 24h após toma inaugural de 20mg de metotrexato subcutâneo. Inicialmente, apresenta equimose exuberante na região abdominal da injeção e anemia (5,3g/dL de hemoglobina), tendo sido transfundida com 2 unidades de concentrado eritrocitário e feito 2g de ácido tranexâmico e vitamina K.

5 dias após toma de metotrexato recorre novamente ao serviço de urgência por dispneia, tosse e hemoptises, apresentando uma pancitopenia grave (Hb: 7,3mg/dL; Leucócitos: $0,6 \times 10^3$; Plaquetas: 33×10^3). Iniciou tratamento empírico com piperacilina + tazobactam, transfusão de concentrado eritrocitário, pool de plaquetas e plasma fresco congelado. Tendo em conta o agravamento progressivo do quadro foi internada em choque na unidade de cuidados intensivos (UCI) 2 dias depois, altura em que se fez doseamento de metotrexato que apresentava valores 2x o limite superior aceitável ao fim de 72h de tratamento (elevada sobredosagem).

Na UCI foi identificado choque cardiogénico, tendo iniciado perfusão de noradrenalina e dobutamina com melhoria inicial do quadro. Iniciou ainda lenogastrim com parca resposta hematológica e isovorim. Manteve sempre necessidade de suporte funcional frequente. Iniciou hemodiafiltração.

Foi ainda identificada bacteriémia secundária a MSSA com ponto de partida provável em cateter de hemodiálise, tendo iniciado antibioterapia dirigida, sem melhoria significativa do seu quadro clínico.

Ao 6º dia de internamento e após agravamento do quadro clínico, foi identificada extensa isquémia do mesentérico. Tendo em conta o estado geral da doente, a baixa reserva funcional da mesma e as múltiplas falências orgânicas, opta-se pela não realização de tratamento cirúrgico, tendo a doente falecido ao 7º dia de internamento na UCI.

Conclusão: O metotrexato é um fármaco altamente eficaz, no entanto, não livre de toxicidade. Esta manifesta-se por aplasia medular, toxicidade pulmonar, nefrotoxicidade, elevado risco infeccioso e, em raros casos como este, cardiotoxicidade. Quando prescrito, o metotrexato deve ser iniciado na menor dose possível e, em doentes com doença renal crónica em estadió avançado os seus riscos benéficos devem ser ponderados, pois a sua excreção está comprometida. Infelizmente, este é um caso de insucesso pela intoxicação causada pelo metotrexato

PO 32

UM CASO DE SÍNDROME NEUROLÓGICO PÓS-MALÁRIA

Liliana Sousa Nanji¹; Mariana Couto Fernandes¹;
Madalena Nimi²; João Gouveia¹; Tiago Lobo Ferreira¹;
Antero Fernandes¹

¹Hospital Garcia de Orta; ²Angola

Introdução: O síndrome neurológico pós-malária é um síndrome raro que pode ocorrer até dois meses após a resolução de parasitemia em casos de malária grave, particularmente por *Plasmodium falciparum*. Caracteriza-se por um conjunto de manifestações neuropsiquiátricas, nomeadamente perturbações cognitivas, do humor, motoras e sensitivas. Pensa-se estar relacionada com uma resposta imunitária exacerbada em indivíduo

os com predisposição genética. O tratamento consiste em terapêutica sintomática e reabilitação. O caso clínico descrito evidencia uma situação de encefalopatia arrastada após infecção grave por malária.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino de 36 anos residente em Angola que recorreu ao hospital por um quadro com 2 dias de evolução de cefaleia, náuseas, vômitos, febre, prurido generalizado e hemorragia vaginal no contexto de uma gravidez de 10 semanas. Analiticamente, verificou-se trombocitopenia ($26000 \times 10^9/L$), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 7.20mg/dL , bilirrubina directa 3.70mg/dL) e infecção por vírus sincicial respiratório. No esfregaço de sangue periférico, verificou-se ligeira anisocitose eritrocitária, sem presença de esquizócitos ou outros eritrócitos dismórficos. Foi iniciada antibioterapia empírica, no entanto evoluiu em choque séptico com hiperlactacidemia de 9.1mmol/L e depressão do estado de consciência necessitando de intubação orotraqueal, sendo admitida no Serviço de Medicina Intensiva. Verificou-se também a ocorrência de aborto espontâneo. Realizou-se uma tomografia cranioencefálica, que não demonstrou alterações. Num segundo esfregaço de sangue periférico, e em líquido cefalorraquidiano, foi isolado *Plasmodium falciparum* com uma parasitemia de 2.3%, realizando-se o diagnóstico de malária grave com atingimento cerebral. A doente completou terapêutica durante 7 dias, inicialmente com artesunato e posteriormente com artemeter, e o último esfregaço não identificou parasitas. Evoluiu em insuficiência renal AKIN 3, com necessidade de técnica de substituição renal, e insuficiência hepática aguda. A observação oftalmológica excluiu alterações. Não obstante, a doente teve um desmame ventilatório prolongado com quadro de encefalopatia e espasticidade, sendo realizada traqueostomia e iniciado baclofeno. Foi realizada uma nova

tomografia, assim como uma ressonância magnética cranioencefálica, que sugeriram alterações consistentes com malária cerebral em resolução. O electroencefalograma não revelou actividade paroxística. Não se encontrando outra explicação, estabeleceu-se o diagnóstico presumptivo de síndrome neurológica pós-malária.

Conclusão: Este caso evidencia uma patologia provavelmente subdiagnosticada mas que é importante considerar, particularmente em doentes com disfunção neurológica persistente após resolução das alterações laboratoriais associadas à malária.

PO 33

ANEMIA HEMOLÍTICA – O QUE FALTA?

Liliana Sousa Nanji¹; Catarina Morgado²;
Cristiana Gonçalves²; Mariana Couto Fernandes¹;
Francisco D'orey¹; João Gouveia¹;
Tiago Lobo Ferreira¹; Antero Fernandes¹
¹Hospital Garcia de Orta; ²Hospital Prof. Doutor
Fernando Fonseca

Introdução: A vitamina B12 desempenha um papel crucial na maturação e diferenciação celular. A principal consequência da deficiência de vitamina B12 é a anemia megaloblástica, no entanto, em casos raros, está descrita pancitopenia com hemólise. Descrevemos o caso de uma doente que necessitou de admissão na nossa unidade de cuidados intensivos por défice grave de vitamina B12 e consequente anemia hemolítica grave e trombocitopenia.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino de 73 anos que recorre ao hospital com um quadro de dispneia súbita e petéquias difusas. Não apresentava sinais neurológicos focais. A avaliação analítica revelou uma hemoglobina de 44g/L , um volume corpuscular médio de 134fL e uma contagem de plaquetas de $16 \times 10^9/L$. O esfregaço de sangue periférico revelou anisocitose e esquizócitos. Verificou-se ainda uma bilirrubina total de

2,2mg/dL, LDH de 5097UI/L, haptoglobina inferior a 10mg/dL, testes de Coombs negativo, creatinina de 1,4mg/dL, INR de 1.72 e aPTT de 20.2s. A tomografia computadorizada abdominal revelou esplenomegalia ligeira. Esta apresentação numa doente do sexo feminino, com dispneia e petéquias, anemia hemolítica grave, trombocitopenia, esfregaço sanguíneo com esquizócitos e *score* PLASMIC 5 levou-nos a suspeitar de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT). Foi realizada plasmáferese e corticoterapia, tendo-se posteriormente verificado actividade de ADAMTS13 de 44%, pelo que a hipótese de PTT tornou-se mais improvável, embora uma atividade superior a 10% não pudesse excluir este diagnóstico. Numa investigação mais aprofundada, descobriu-se um nível de vitamina B12 de 62pg/mL, tornando-se então a hipótese de hemólise intramedular por défice grave de vitamina B12 mais provável. A pesquisa de anticorpos anti-factor intrínseco foi negativa. Foi feita correção endovenosa com cianocobalamina, tendo a doente melhorado rapidamente e sido transferido para a enfermaria de Medicina Interna. Após melhoria clínica, a doente revelou um quadro prolongado de depressão e anorexia. Actualmente, a doente não manifesta sequelas deste quadro nem recorrência do défice vitamínico.

Conclusão: A deficiência em vitamina B12 pode apresentar características clínicas inespecíficas. Este caso demonstra um cenário em que a anamnese é a chave para o correcto diagnóstico e tratamento. As perturbações mentais podem estar associadas a padrões alimentares alterados, resultando em deficiências nutricionais graves que levam a complicações potencialmente fatais.

PO 34

HEMOADSORÇÃO COMO TERAPIA ADJUVANTE NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO

Gonçalo Miranda; Vasco Pinto Neves; Ricardo Tjeng; Pedro Lito; Cristina Coxo; Vítor Branco; Miguel Castelo-Branco Sousa
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Introdução: Streptococcus do grupo A (SGA) é uma bactéria Gram positiva que geralmente causa doenças ligeiras, como amigdalite e faringite. Em casos raros, pode causar infeções graves, como fascíte necrotizante, bacteremia, artrite séptica, ou pneumonia. Aproximadamente um terço das doenças invasivas são complicadas pela síndrome do choque tóxico estreptocócico (SCTE). Esta resulta da disfunção endotelial e lesão tecidual resultantes da libertação de citocinas inflamatórias induzidas por toxinas estreptocócicas e apresenta uma taxa de mortalidade bastante elevada.

O tratamento da SCTE consiste no tratamento do choque séptico e complicações associadas, antibioterapia e administração de imunoglobulina intravenosa. A hemoadsorção tem vindo a ser utilizada como terapêutica adjuvante na sépsis e outros estados hiperinflamatórios.

Descrição de caso: Homem de 70 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, recorreu ao Serviço de Urgência por uma história com cinco dias de evolução caracterizado por tosse produtiva, astenia, mialgias e febre. Após avaliação, foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva por choque séptico com disfunção multiorgânica (cardiocirculatória, renal, hematológica e hepática) e com provável ponto de partida em pneumonia. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona e azitromicina, fluidoterapia, vasopressores e corticoterapia.

No primeiro dia de internamento proce-

deu-se a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva e aumento de cobertura antimicrobiana dado agravamento do choque. No segundo dia de internamento, foi identificada bacteremia a SGA, tendo-se assumido diagnóstico de SCTE. Decidiu-se associar clindamicina e iniciar terapêutica com imunoglobulina intravenosa. Dado manter choque com necessidade de vasopressores em doses elevadas (noradrenalina a 1mcg/kg/min e vasopressina a 0,03UI/h) e lesão renal aguda estadio KDIGO 3, iniciou-se ainda hemodiafiltração venovenosa contínua, tendo realizado hemoadsorção com filtro Jafron HA380.

Nos dias seguintes apresentou melhoria clínica a permitir desmame de vasopressores e suspensão da técnica de substituição da função renal ao quarto dia de internamento. Extubado ao oitavo dia de internamento após desmame de sedação.

Conclusão: A instituição de medidas de suporte de órgão atempadas e administração de antibioterapia e imunoglobulina intravenosa foram fundamentais para o desfecho favorável do caso. A hemoadsorção pode ter contribuído para a rápida resolução do choque, através da remoção de mediadores inflamatórios da circulação.

PO 35

DISCREPÂNCIA ENTRE O CHOQUE E A CLÍNICA: UM CASO DE PANHIPOBITUITARISMO

Inês de Gouveia Bonito¹; Iana Kliukó²; Madalena Nimi²; Catarina de Oliveira Paulo²; Vânia Brito²; Antero Fernandes²

¹Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; ²Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Quando uma insuficiência adrenal aguda é precipitada por um quadro infeccioso, pode mimetizar o choque distributivo do choque séptico que, na ausência de diagnóstico prévio de insuficiência suprarrenal,

pode constituir um desafio diagnóstico relativamente à etiologia clara do choque. A insuficiência suprarrenal pode representar uma insuficiência única, ou estar enquadrada num hipopituitarismo, com défice de múltiplos eixos hormonais. Apresenta-se um caso clínico de diagnóstico inaugural de insuficiência suprarrenal em doente admitido por choque distributivo.

Descrição de caso: Homem de 38 anos, natural do Nepal, a residir em Portugal há 5 anos, antecedentes pessoais de dislipidemia. Admitido no Serviço de Urgência por febre e edema da face, apresentando-se sonolento mas despertável, com edema da hemiface esquerda e dor à palpação da arcada dentária inferior, TA 76/53 mmHg, não respondedor a fluidos, lactatos < 1 mg/dL, normocárdico, sem insuficiência respiratória ou outras alterações. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrômica (Hb 8,8 g/dL), leucocitose 14.400 cél/L, PCR 11,05 mg/dL, PCT 0,32 ng/mL; TFG 67 ml/min/1.73 m², Na⁺ 129 mmol/L, K⁺ 3,8 mmol/L, Bil T 1,8 mg/dL, CK 1450 UI/L, LDH 434 UI/L, serologia VIH negativa. Foi então internado na UCI por choque de provável etiologia séptica. Do estudo etiológico destaca-se: ecocardiograma com compromisso ligeiro da função sistólica do VE, sem outras alterações de relevo, SvO₂ 75% e gapCO₂ 6 mmHg, TC de tórax com discretas consolidações pulmonares bibasais (natureza inflamatória/infecciosa) e TC da face onde se detectou sinusite odontogénica. Apesar de antibioterapia e parâmetros inflamatórios decrescentes, mantinha necessidade de noradrenalina com 7 mcg/min. Fez-se estudo analítico alargado, que revelou disfunção de todos os eixos hipofisários (panhipopituitarismo) - cortisol 0,22 ug/dL, IGF-1 < 15,0 ng/mL, prolactina 1,59 ng/mL, TSH 5,06 mUI/mL, T4L < 0,1 ng/dL, testosterona total < 3 ng/dL. Posteriormente iniciou hidrocortisona 100mg seguido de bólus 50mg q6h,

verificando-se progressiva melhoria do perfil tensional, desmame de suporte vasopressor e resolução do choque. Durante o internamento realizou RMN hipofisária, que demonstrou sela turca parcialmente vazia, com espessamento da haste hipofisária, sugestivo de processo de hipofisite.

Conclusão: O panhipopituitarismo consiste numa diminuição da produção hormonal de todos os eixos hipofisários e cujos sintomas são condicionados pelos seus défices. No caso apresentado, uma infecção odontogénica precipitou uma insuficiência suprarrenal aguda num doente com panhipopituitarismo não diagnosticado, manifestado com o quadro de choque distributivo. A insuficiência suprarrenal é uma das etiologias do choque distributivo, devendo ser considerada nos casos de refratariedade do choque, nomeadamente após melhoria do quadro infeccioso.

PO 36

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: ANTICOAGULAÇÃO E HEMORRAGIA – O ETERNO DILEMA

Ana Marisa Cunha; Joana Ramalho
ULS Santo António

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC) é uma forma rara de acidente vascular cerebral (AVC), responsável por cerca de 1% dos casos, sendo mais comum em jovens, sobretudo mulheres (76%). A apresentação clínica é variada, desde cefaleia, convulsão a défice neurológico focal, podendo cursar com hemorragia intracraniana em 30-40% dos casos. As guidelines recomendam a anticoagulação como tratamento, mesmo em caso de hemorragia. Todavia, a literatura expõe os desafios sentidos na prática clínica decorrentes deste aparente conflito terapêutico, sendo parcas as orientações neste cenário. Os autores exibem o caso de uma doente com TVC que apresentou agravamento neurológico e da hemorragia pós anticoagulação, e cuja de-

cisão foi a manutenção da mesma.

Descrição do caso: Feminino, 19 anos, obesa e sob anticoncepcionais orais. Recorreu ao hospital por cefaleia hemicraniana direita de intensidade crescente, refratária a analgesia, associada a vômitos, evoluída em 3 dias. Objetivamente, com hipostesia, hemiparesia grau 4 e quadrantanópsia homónima inferior esquerdas. A Veno-tomografia computadorizada (TC) mostrou trombose do seio longitudinal superior, laterais e veia jugular interna direita, associada a enfarte venoso parietal direito e cerebeloso, com hemorragia lobar parietal paramediana. Admitida no serviço de medicina intensiva por trombose extensa do sistema venoso superficial, sob perfusão de heparina não fracionada (HNF), analgesia e levetiracetam 2g/dia. A TC de reavaliação às 24h evidenciou franca expansão da hemorragia, assintomática. Às 48h, agravamento do estado de consciência e dos sinais de hipertensão intracraniana (HIC). Decidiu-se por sedação e ventilação mecânica invasiva (VMI), monitorização invasiva da pressão intracraniana e gestão médica da HIC. Mantida anticoagulação com HNF em dose terapêutica, sem agravamento da neuroimagem. Evolução favorável, extubada ao final de 10 dias de VMI e realizado switch para anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Teve alta para enfermaria com défices motores sobreponíveis, sob reabilitação.

Conclusão: As guidelines da TVC advogam a anticoagulação mesmo na presença de hemorragia. Contudo, são escassas as orientações perante o agravamento da hemorragia com deterioração clínica. A baixa qualidade da evidência a suportar as recomendações pode conferir insegurança na sua execução clínica, tornando as decisões árduas. Este caso ilustra esses desafios. À luz da melhor evidência, avaliando o risco-benefício individual, optou-se pela não interrupção da HNF em dose terapêutica, tendo ocorrido uma

evolução positiva da doente. Esta exposição reforça a necessidade de estudos robustos que colmatem lacunas de conhecimento e corroborem as recomendações em vigor.

PO 37

SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO – UM CAMINHO INSIDIOSO ATÉ AO SEU DIAGNÓSTICO

Michele Tomazini; David Ferra Sousa;
Ana Rita Barradas; Ricardo Carnevale; Ines Antunes;
Ana Gusmão Palmeiro; António Pais Martins
ULSLO

Introdução: A Síndrome do Choque Tóxico (SCT) é uma entidade rara e potencialmente fatal, caracterizada por um quadro agudo de choque e falência multiorgânica. É habitualmente associada a infeções por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* do grupo A, que libertam toxinas potentes e promovem uma exuberante resposta inflamatória que se associa à comum manifestação cutânea de eritema generalizado. A terapêutica passa pela instituição precoce de antibioterapia de largo espectro associado à clindamicina pela sua capacidade de inibição da síntese de toxinas.

Caso: Mulher, 64 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e diagnóstico recente de neoplasia do reto estágio T2N0M0, após realização de colonoscopia há cerca de 15 dias inicia quadro de dermatose aguda, pruriginosa, inicialmente cingida às fossas antecubitais com posterior generalização para o tórax, abdómen e membros inferiores, sem envolvimento de mucosas e acompanhada de febre e cansaço marcado que motivou observação no Serviço de Urgência. Na admissão, ao exame objetivo apresentava-se em GCS 15, com pressão arterial média (PAM) de 45mmHg, FC 100bpm em ritmo de fibrilhação auricular, febril 38,2°C e persistência das alterações cutâneas acima descritas. Analiticamente com hiperlactacidemia 3,1mmol/L, LRA AKIN

1 e elevação de parâmetros inflamatórios (Leucócitos 28700/μL, PCR 15,4mg/dL, PCT 0,92ng/mL). Realizada ressuscitação volêmica com persistência do quadro de hipotensão e iniciado suporte vasopressor com noradrenalina que se titulóu até dose máxima de 0,22mcg/kg/min. Iniciada ainda antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina após colheita de produtos para análise microbiológica. A doente foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos e observada pela Dermatologia que realizou biópsias cutâneas. Foi medicada com corticoterapia sistémica e manteve a antibioterapia já instituída. Dos exames realizados: IgE 103,0UI/mL (N <100UI/mL), Triptase 3,0mcg/mL (N <11,4mcg/mL), foi isolado *Streptococcus agalactiae* na urina asséptica e as biópsias cutâneas foram compatíveis com SCT. A doente cumpriu 14 dias de ceftriaxone e clindamicina e teve uma evolução clínica favorável, com suspensão de suporte vasopressor em 24h, melhoria gradual da LRA e das alterações cutâneas até normalização.

Conclusão: A antibioterapia eficaz é fundamental na abordagem de qualquer quadro infeccioso. A suspeição diagnóstica de SCT obriga a uma instituição rápida e adequada da terapêutica, pois se o tratamento dirigido não for iniciado nas primeiras horas, o resultado pode ser catastrófico, em consequência da falência multiorgânica. Neste caso a escolha da antibioterapia de largo espectro em associação com um fármaco antitoxina foi fundamental na prevenção da progressão da doença, com uma manifestação limitada de disfunção cardiovascular, renal e cutânea que reverteu após 24h de terapêutica.

PO 38

ENDOCARDITE INFECCIOSA DE DISPOSITIVO NUM CASO DE CHOQUE SÉPTICO REFRACTÁRIO

Michele Tomazini; Ines Antunes; Ana Rita Barradas; David Ferra Sousa; Marcio Madeira; Antonio Pais Martins
ULSLO

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) consiste em um processo infeccioso da superfície endotelial do coração, envolvendo preferencialmente as válvulas cardíacas, mas também podendo acometer regiões de defeito septal, cordas tendíneas e o endocárdio mural. Afeta maioritariamente doentes com alterações estruturais cardíacas, portadores de cateteres de longa duração ou dispositivos intracardíacos. Nos casos de EI por *Staphylococcus aureus*, ocorre progressão clínica mais rápida, com maior risco de sépsis e destruição da anatomia valvular com formação de abscessos peri-valvulares e embolias sépticas.

Relata-se o caso de um homem de 86 anos, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada de etiologia isquémica, portador de pacemaker desde 2014 por bradi-fibrilhação auricular e doença renal crónica estadio G3b, admitido no SU por quadro compatível com AVC isquémico da fossa posterior que foi internado no Serviço de Medicina Interna. Durante o internamento, evoluiu com febre e sinais inflamatórios do membro superior esquerdo sendo diagnosticado com flebite. Colhidas hemoculturas com isolamento de *S. aureus* meticilino sensível (MSSA), tendo iniciado flucloxacilina. Verificou-se evolução para choque séptico e foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Evolução na UCI pautada por choque séptico refratário, com disfunção multiorgânica. Por persistência de bacteriémia em hemoculturas subsequentes apesar da antibioterapia dirigida

e identificação de sopro sistólico não documentado previamente, realizou ecocardiograma trans torácico e posteriormente trans esofágico, sem identificação de focos de vegetação. Por manter elevada suspeição de endocardite infecciosa, atendendo à persistência de febre, bacteriémia e choque séptico, com exclusão de outros potenciais focos infecciosos, foi submetido a extração cirúrgica de sistema de pacemaker, com visualização de pús no trajeto do elétrodo no intra-operatório. No entanto, o exame cultural do mesmo foi negativo, porém a coleta foi realizada no D13 de antibioterapia dirigida.

Conclusão: Classicamente utilizamos os critérios de Duke modificados que tem por base critérios ecocardiográficos, clínicos e laboratoriais para classificar a EI em definitiva, possível ou excluída. No caso apresentado o doente não cumpria critérios para EI, contudo a persistência de choque séptico, na ausência de outra etiologia mais provável, em doente portador de dispositivo intracardíaco, levou à necessidade de exclusão desta hipótese. Salienta-se assim a necessidade de elevado índice de suspeita clínica para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da endocardite infecciosa relacionada a dispositivos cardíacos.

PO 39

PUMP THE SPINE

Ricardo Júnior; Ary Sousa; Ana Valente Santos; Raquel Avelãs Cavaco; Luís Nunes Bento
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Pneumorraquis é um termo utilizado para descrever ar no canal espinal. A incidência é rara, podendo ocorrer em 0,3% a 6% dos casos cirúrgicos. As causas mais comuns estão relacionadas com o trauma e a iatrogenia cirúrgica. A sua fisiopatologia não está completamente esclarecida e a apresentação clínica pode variar desde cefaleia ligeira até paraplegia. Descrevemos um caso de pneumorraquis após procedimento cirúrgico.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 57 anos de idade, autônomo, com antecedentes de cardiopatia isquêmica e neurofibromatose. Medicado habitualmente com ácido acetilsalicílico, Ticagrelor, Rosuvastatina/Ezetimiba, Tadalafil, Nebivolol e Pantoprazol. Recorreu ao SU em fevereiro de 2024 por redução do débito urinário e diminuição da força no membro inferior direito, com 2 semanas de evolução. Realizou TC da coluna que revelou alterações degenerativas descobertas, salientando debruns uncodiscartrosicos posteriores entre C3-C4 e C6-C7, que reduzem a permeabilidade do espaço subaracnoideu ventral, com conflito medular em C5-C6 e estenose foraminal marcada com conflito entre as raízes de C6 bilateralmente e C7 a esquerda. Encaminhado à consulta de Neurocirurgia apresentando tetraparésia de predomínio no hemicorpo esquerdo, mais acentuada na mão. Neste contexto, realizou RMN que revelou provável lesão tumoral cervical, sendo internado eletivamente, e sido submetido a laminotomia C3-D2 com exérese subtotal da lesão. Admitido na UUM no pós-operatório imediato, em GCS 15, com paresia e hipoestesia nos membros inferiores e hipoestesia no membro superior esquerdo, poupando o membro superior direito. Durante o internamento, evoluiu para nível neurológico C6 (classificação da ASIA) tendo realizado RMN que evidenciou alterações sugestivas de pneumorraquis em D1-D5 extramedular, intracanal, pelo que foi submetido a oxigenoterapia de alta concentração. No 4º dia de internamento realizou TC de reavaliação que revelou reabsorção parcial do aerocelo, tendo-se concomitantemente assistido a melhoria neurológica para nível C7 (ASIA) ao 7º dia de internamento.

Conclusão: Pneumorraquis é uma condição clínica rara. Embora o tratamento cirúrgico esteja descrito, a abordagem conservadora constitui uma alternativa com bons resultados.

Referências:

- Prabhakar H, Bithal PK, Ghosh I, et al. Pneumorrhachis presenting as quadriplegia following surgery in the prone position. *British Journal of Anaesthesia* 2006; 97: 901–3.
- Ozturk E, Kantarci M, Karaman K, et al. Diffuse pneumocephalus associated with infratentorial and supratentorial hemorrhages as a complication of spinal surgery. *Acta Radiologica* 2006; 47: 497–500.
- Dexter F, Reasoner DK. Theoretical assessment of normobaric oxygen therapy to treat pneumocephalus recommendations for dose and duration of treatment. *Anesthesiology* 1996; 84: 442–7.

PO 40

NOCARDIOSE DISSEMINADA NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Ana Tojal; Ana Rita Salgado; Inês Pinto Pereira; Teresa Mota; Diana Aguiar
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A nocardiose disseminada é uma infeção rara, mas grave, causada por um bacilo gram-positivo aeróbio do género *Nocardia* com aspeto filamentosos, presente no solo e em matéria orgânica. Afeta mais frequentemente indivíduos imunocomprometidos e pode manifestar-se de forma clínica variada dependendo dos órgãos atingidos, sendo por isso um diagnóstico particularmente difícil. Descreve-se um caso de nocardiose disseminada por *Nocardia pseudobrasiliensis*, que ilustra este desafio diagnóstico.

Descrição do caso: Um homem de 70 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e adenocarcinoma do reto (curado), foi admitido no serviço de urgência de um hospital terciário por dispneia progressiva. Foi diagnosticado com gripe A (por teste antigénico) com suspeita de sobreinfeção bacteriana e internado em enfermaria, sob levofloxacina. Nas primeiras 48 horas, evoluiu em choque séptico com disfunção multiorgânica, incluindo

do insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva e disfunção cardiovascular com necessidade de suporte vasopressor. Foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP), onde progrediu para Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda grave. A tomografia computadorizada torácica revelou achados compatíveis com pneumonia necrotizante e a ecocardiografia transtorácica foi sugestiva de endocardite infecciosa da válvula tricúspide, confirmada por ecocardiografia transesofágica. Sendo as hemoculturas da admissão negativas às 48h, foi alterada antibioterapia empírica para meropenem, linezolide e clindamicina, com colheita de novas hemoculturas. Equacionada hipótese de endocardite por microrganismo de crescimento lento por hemoculturas persistentemente negativas. No lavado broncoalveolar foi isolado *N. pseudobrasiliensis*, agente compatível com quadro clínico do doente. Ajustada a antibioterapia com base no antibiograma para linezolide e cotrimoxazol. Na avaliação oftalmológica foi, ainda, identificada endoftalmite, sendo excluídos outros locais de embolização séptica por ressonância magnética cerebral, punção lombar e tomografia corporal total. Apesar da gravidade da doença, o doente apresentou evolução favorável, ainda que lenta, tendo cumprido 5 semanas de antibioterapia com linezolide e 6 semanas de cotrimoxazol. Foi transferido para enfermaria após 49 dias no SMIP, permanecendo internado no hospital durante 100 dias.

Conclusão: A nocardiose disseminada é uma doença grave que exige elevado índice de suspeição e tratamento agressivo de longa duração, especialmente em doentes com comorbilidades ou imunossupressão. Este caso demonstra a importância da identificação precoce e da adaptação da antibioterapia com base no antibiograma, evidenciando que, apesar da complexidade da doença, é possível

alcançar uma recuperação clínica positiva após doença crítica prolongada.

PO 41

PNEUMATOCELO TRAUMÁTICO: UM CASO RARO DE TRAUMA TORÁCICO FECHADO

Ana Tojal; Sara Lopes Rodrigues; Inês Pinto Pereira; Raul Neto

ULS Gaia/Espinho

Introdução: Os pneumatoceolos são cavidades preenchidas por ar, geralmente observadas no parênquima pulmonar após infecção, trauma, doenças pulmonares quísticas ou ventilação com pressão positiva. Os pneumatoceolos traumáticos são uma complicação rara do trauma torácico fechado e a sua apresentação clínica varia, sendo os sintomas mais comuns dor torácica, dispneia, tosse e hemoptises. As radiografias de tórax são habitualmente utilizadas no rastreio de traumas torácicos, mas a tomografia computadorizada (TC) é mais sensível na deteção de lesões como esta. O diagnóstico diferencial inclui pseudoquistos pulmonares ou lesões pulmonares pré-existentes, como quistos pulmonares congénitos, lesões cavernosas de tuberculose ou abscessos pulmonares. O tratamento conservador é geralmente eficaz, mas a abordagem ideal para casos complexos permanece incerta devido ao número limitado de casos relatados. Descreve-se um caso raro de pneumatocelelo traumático após trauma torácico fechado.

Descrição do caso: Um homem de 18 anos foi admitido na sala de emergência após acidente de viação de alta cinética. Apresentava náuseas e dor no hemitórax direito. O exame objetivo demonstrou via aérea patente, polipneia e SpO₂ de 94% com oxigénio suplementar por cânula nasal a 2L/min. A auscultação pulmonar e percussão torácica não tinham alterações e apresentava dor à palpação da grade costal direita. A gasimetria arterial evidenciou a acidose respiratória com acidemia

(FiO_2 28%: pH 7.34, pCO_2 46.8mmHg, pO_2 80mmHg, HCO_3^- 24.6mmol/L, ratio pO_2/FiO_2 286), encontrava-se hemodinamicamente estável, Escala de Coma de Glasgow 15 e sem aparentes lesões externas. A TC torácica revelou áreas de contusão pulmonar e um pneumatocelelo com nível hidroaéreo na região lateral do lobo superior direito, além de fraturas das costelas 5^a a 7^a, pneumotórax e hemotórax de pequeno volume ipsilateral – Figura 1. Foi internado Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, onde se optou por tratamento conservador após discussão do caso com a Cirurgia Torácica. Recorreu-se a estratégia de analgesia multimodal de forma a manter controlo algico, o que permitiu manter uma dinâmica ventilatória adequada e melhoria da insuficiência respiratória. Foi iniciada terapêutica antibiótica profilática. Nos três dias de internamento o doente apresentou evolução clínica favorável, com desmame de oxigenoterapia e sem intercorrências, tendo sido transferido para a enfermaria de Cirurgia Geral. Ao fim de dois meses, a TC de controlo mostrou regressão parcial da cavidade e ausência de complicações – Figura 2.

Conclusão: A abordagem do pneumatocelelo traumático é habitualmente conservadora, o que inclui monitorização, tratamento de suporte e de lesões associadas e complicações. Geralmente o prognóstico é favorável, com resolução clínica e imagiológica, entre algumas semanas a alguns anos.

PO 42

HIPONATRÉMIA PÓS PREPARAÇÃO INTESTINAL: CAUSA ATÍPICA DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO SUPER REFRACTÁRIO

Inês Carqueja; Henrique Varejão; Sara França; Luís Miguel Afonso

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: O estado de mal epiléptico super refratário (EMESR) caracteriza-se por crises epiléticas que persistem por mais de 24 horas de tratamento com anestésicos gerais. As causas mais comuns incluem patologia cerebral aguda, como infeção, eventos vasculares, trauma, doenças autoimunes e distúrbios metabólicos. O tratamento do EMESR consiste em anestésicos com o objetivo de causar ciclos de surto-supressão (SS), associados a fármacos anti-crise epilética (FACE), não existindo consenso sobre a estratégia em casos refratários. A preparação intestinal para colonoscopia pode originar distúrbios hidroeletrólíticos significativos por perdas gastrointestinais.

Descrição do caso: Uma doente de 63 anos com história de depressão foi trazida ao serviço de urgência após ter sido encontrada arreativa com movimentos involuntários. Vista bem cerca de 24 horas antes, sem sinais de consumo de tóxicos. Estaria sob preparação intestinal com solução de picossulfato de sódio, óxido de magnésio e ácido cítrico há 72 horas. À admissão, objetivadas crises convulsivas sem recuperação de consciência, com diagnóstico de estado de mal epiléptico refratário a duas classes de FACE. A TC cerebral excluiu alterações agudas. O estudo analítico revelou hiponatremia grave (115 mEq/L) e rabdomiólise (CK 3000U/L), sem outras alterações. Foi admitida em Medicina Intensiva sob suporte ventilatório para otimização metabólica e início de SS, tendo a correção da hiponatremia ocorrido nas primeiras horas após admissão.

Evolução para EMESR, mantendo atividade epiléptica sob terapêutica com várias classes de FACE, tendo realizado quatro períodos de SS com duração 24-48h, com propofol e midazolam (1º, 2º e 3º SS), quetamina (3º e 4º SS) e tiopental (4º SS). Iniciou dieta cetogénica durante o 4º SS, realizou ciclo de corticoterapia em alta dose e imunoglobulina endovenosa. Ocorreu evolução eletroencefalográfica favorável após o quarto SS, com recuperação gradual da vigília a permitir desmame de FACE e dieta cetogénica.

O estudo etiológico incluiu estudo imune, RM cerebral e punção lombar, não se identificando etiologia alternativa, assumindo-se como precipitante a hiponatremia aguda grave, admitindo-se a possibilidade de existir patologia de base predisponente ainda não identificada.

Conclusão: O EMESR está associado a elevada morbidade e mortalidade. Os distúrbios metabólicos são causa de crises convulsivas, incluindo em indivíduos sem história de epilepsia. A preparação intestinal acarreta risco de distúrbios iónicos, sendo essencial a consciencialização do prescritor para os possíveis efeitos adversos e a sensibilização dos doentes para sinais de alarme.

Este caso reporta um EMESR devido a hiponatremia em contexto de preparação intestinal, com internamento prolongado em Cuidados Intensivos e morbidade significativa, alertando para a potencial iatrogenia associada a procedimentos de rotina.

PO 43

ANALGESIA MULTIMODAL NO POLITRAUMA: BLOQUEIO ECOGUIADO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA

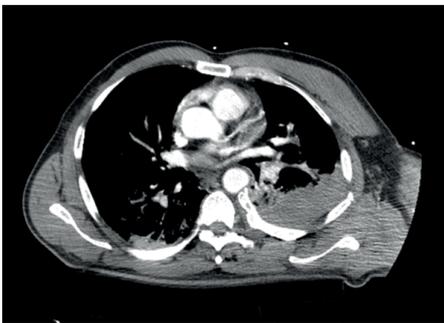
Maria Beatriz Dias Vieira; Joana Nogueira; Ana Reigota; Sara Oliveira; Ana Afonso; Ana Rafaela Araújo; Eduardo Santos Ribeiro; Marco Melo; Olga Gomes; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A abordagem multimodal da dor em politrauma no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), está associada a uma redução da stress response neuroendócrina e da cascata hiper-inflamatória. A incorporação de técnicas de analgesia locorregional, como é exemplo o bloqueio do plano eretor da espinha (BPPE), parece reduzir o consumo de opioides sistémicos e os riscos associados às suas perfusões prolongadas.

Descrição do caso: Homem, 58 anos, autónomo, saudável, foi admitido no SMI após atropelamento por trator, do qual resultaram: trauma torácico fechado, com fraturas do 2º ao 9º arcos esquerdos e fragmentos do 2º ao 6º arcos costais a moldar a parede da aorta descendente, para tratamento conservador, hemopneumotórax esquerdo, com colocação de dreno torácico, e contusão pulmonar bilateral, a condicionar insuficiência respiratória tipo 2 grave, com necessidade de entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória; trauma abdominal fechado submetido a esplenectomia emergente por laceração esplénica extensa; e trauma vertebromedular com fratura das apófises transversas D1 e D2 esquerdas, para tratamento conservador. Durante a permanência no SMI, o doente apresentou necessidades crescentes de analgesia, além de bólus recorrentes e perfusões transitórias de bloqueio neuromuscular, para garantir sincronia ventilatória. A dia (D) 17, encontrava-se ainda sob perfusão de Propofol, Midazolam, Cetamina, Dextreme-

detomidina e Fentanil, além de Paracetamol e Gabapentina, tendo-se contactada a Unidade de Dor Aguda (UDA), que realizou BPEE esquerdo single-shot ecoguiado com 20mL de Ropivacaína 0.2%. A D18 foi submetido a traqueostomia cirúrgica, dado o desmame ventilatório prolongado. A analgesia foi sendo reduzida lentamente, com possibilidade de iniciar períodos de ventilação de suporte a D23. A D24 colocado cateter perineural ecoguiado para BPEE esquerdo contínuo com bólus de 20 mL de Ropivacaína 0.2% de 4/4 horas, pela UDA. Com a redução progressiva e suspensão das perfusões de anestésicos gerais e opióide, pela dor controlada e progressiva tolerância a períodos de ventilação espontânea, o cateter perineural foi retirado a D30. O doente foi descanulado a D38 e teve alta do SMI a D45, com dor controlada sob Paracetamol e Gabapentina e a progredir favoravelmente na reabilitação funcional.

Conclusão: A associação de métodos locoregionais tem sido cada vez mais validada como parte integrante da abordagem multimodal da dor, em contexto de SMI. No caso particular do trauma torácico, o uso do BPEE parece reduzir a necessidade inicial de ventilação mecânica invasiva, e acelerar os processos de desmame ventilatório e de reabilitação funcional. Salienta-se a sua realização ecoguiada, que torna estes procedimentos mais seguros e eficazes, especialmente em doentes críticos.



PO 44

INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS: COMO EVITAR A NEUROTOXICIDADE?

Grace Staring¹; João Ananias²; Henrique Sousa²; Luzia Bismarck²; Wildemar Costa²

¹Hospital Cascais; ²Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Introdução: Os organofosforados são inseticidas agrícolas altamente tóxicos que inativam a enzima acetilcolinesterase presente nas sinapses colinérgicas, responsável pela hidrólise da acetilcolina em colina e ácido acético. Os organofosforados, inibindo irreversivelmente esta enzima, induzem a acumulação de acetilcolina nas sinapses muscarínicas causando manifestações como salivação, lacrimejo, diarreia, vômitos, broncorreia, broncospasmo, bradicardia, miose e nicotínicas, como fasciculações e fraqueza/paralisia muscular incluindo diafragmática. Para além dos casos de intoxicação acidental decorrente do manuseamento deste tóxico como inseticida agrícola (absorção cutânea e/ou respiratória), estes também são utilizados como intuito suicida (ingestão oral e absorção intestinal). O clorpirifos (Ciclone® 48) é um organofosforado pertencente ao grupo dos altamente tóxicos. Os efeitos da sua intoxicação aguda podem manifestar-se em 3 diferentes fases: crise colinérgica aguda, síndrome intermédio e polineuropatia tardia induzida pelos organofosforados (2 a 4 semanas após intoxicação).

Caso clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 81 anos, autónoma nas atividades de vida diária (AVD), encontrada pelo filho, deitada na cama, horas após a ingestão voluntária de 250mL clorpirifos. Acompanhada pela equipa de emergência pré-hospitalar, deu entrada no serviço de urgência em Glasgow Coma Scale (GCS) 15, pupilas mióticas não reativas. Doseamento de acetilcolinesterases abaixo de 100 UI/L (referência 3000-12000

UI/L) e eritrocitária inexistente (referência >23.6). Cerca de 24 horas após admissão, evolui para insuficiência respiratória associada a broncorreia intensa com necessidade de incremento de oxigenoterapia, revertida após atropinização. Apresentou posteriormente, fasciculações. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Especiais (nível II), para monitorização adequada, e após atropinização completa, realizou terapêutica com perfusão de Obidoxima a 0.5 mg/Kg/h durante 5 dias, sem evidência de toxicidade hepática e registando-se aumento sustentado de níveis de acetilcolinesterases plasmática e eritrocitária e franca melhoria clínica motora. Iniciou Fisio e Cinesiterapia assim como acompanhamento psicológico e psiquiátrico e foi transferida para a enfermaria para continuação de cuidados.

Conclusão: As intoxicações por pesticidas organofosforados são cada vez menos frequentes em Portugal, mas constituem uma causa importante de morbimortalidade em todo o mundo. A sua gravidade depende da dose, via de administração e do tipo de organofosforado utilizado. Necessitam na sua maioria de tratamento adequado em ambiente de cuidados intermédios/intensivos para o melhor *outcome* possível.

PO 45

PNEUMONIA NECROTIZANTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO EM PORTUGAL

Maria Beatriz Dias Vieira; Ana Rafaela Araújo; Elsa Rocha; Joel Pinto; Vera Pinto Ferreira; Mário Pires; Eduardo Santos Ribeiro; Anabela Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), com elevada morbimortalidade e que se caracteriza pela rápida progressão das áreas de consolidação para necrose, com

destruição do parênquima.

O objetivo deste resumo é o de dar a conhecer os contornos clínicos de doentes com PN, internados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) num hospital periférico em Portugal, e compará-los com a literatura existente. Realizou-se uma revisão da literatura, com posterior análise retrospectiva e estatística descritiva, de doentes com PAC que desenvolveram PN enquanto internados no SMI, entre 1 de julho de 2022 e 30 de junho de 2024, recorrendo a dados dos processos eletrónicos.

Incluíram-se 3 doentes, 2 dos quais mulheres, e cuja idade média era de 48.3 ± 8.7 anos. As comorbidades mais relevantes eram hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo ativo e alcoolismo crónico. Todos os doentes foram admitidos por insuficiência respiratória grave, com necessidade de entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória, por PAC bilateral (PCR média 40.5 ± 8.1 mg/dL), a *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (n=1), *Streptococcus pneumoniae* (n=1) e *Klebsiella pneumoniae* (n=1), com bacteriemia pelos mesmos agentes. À admissão, apresentavam disfunção cardiovascular (66.7%) com necessidade de suporte vasopressor com Noradrenalina (dose média 0.4 ± 0.2 mcg/kg/min), disfunção hepática (100%) com coagulopatia (INR médio 1.56 ± 0.29), e disfunção renal (100%) com creatinina média de 1.58 ± 0.30 mg/dL, tendo 1 iniciado CV-VHDF com cartucho de hemoperfusão HA380 (Jafron Biomedical Co., Ldt.) por rabdomiólise grave e acidose metabólica mantida. O APACHE II médio era de 15.3 ± 2.3 pontos. Apenas 1 iniciou antibioterapia empírica na primeira hora, tendo todos iniciado antibioterapia dirigida por TSA nas primeiras 24 horas no SMI. Após agravamento clínico, o diagnóstico de PN foi através de TC de tórax, ao 6º (66.7%) e ao 11º dias (33.3%), no SMI. Em todos havia atingimento pulmonar bilateral,

com áreas de necrose e cavitação. Relativamente ao *outcome*, 2 doentes foram transferidos para hospital terciário para ECMO VV por insuficiência respiratória hipoxêmica refratária, tendo o doente com diagnóstico mais tardio e com mais comorbilidades falecido no dia do diagnóstico, por choque refratário com evolução para assistolia. Registou-se assim uma duração média de internamento de 9.3 ± 2.3 dias.

Apesar de se tratar de uma amostra pequena, os casos descritos foram ao encontro da literatura, no que toca a fatores de risco para PN, à evolução clínica e aos agentes mais comuns. Neste contexto, a PN permanece uma entidade que carece de recomendações específicas de abordagem e tratamento. A suspeita e identificação precoce em casos de PAC com evolução desfavorável, a instituição de terapêutica médica otimizada e a definição do *timing* para a eventual abordagem cirúrgica, são essenciais.



PO 47

PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR HIPERTRIGLICERIDÉMIA: UMA ETIOLOGIA, DUAS ABORDAGENS

Maria Inês Lopes; Gonçalo Magalhães;
Maria Inês Ferreira; Maria Carolina Paulino;
António Messias
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A hipertrigliceridémia é a terceira causa mais comum de pancreatite aguda (PA-HTGC), o risco aumenta exponencialmente para valores $TGC > 1000 \text{mg/dL}$. Para além do tratamento de suporte, devem ser consideradas medidas de redução de TGC, como perfusão de insulina e/ou plasmaferese. Devido à alta mortalidade, o objetivo é reduzir os níveis de TGC para valores $< 500 \text{mg/dL}$. Seguem-se dois casos de PA-HTGC com gravidade e abordagens diferentes.

Descrição do casos:

Caso 1: Homem de 36 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, colecistite aguda e asma, recorreu ao SU por náuseas, vômitos e dor abdominal intensa (9/10). À admissão, encontrava-se consciente, eupneico, taquicárdico mas normotenso, com dor epigástrica sem defesa. Laboratorialmente destacava-se $TGC 3814 \text{mg/dL}$, amilase 261U/L , lipase 1428U/L e PCR $176,7 \text{mg/dL}$. A TC-AP revelou pâncreas com captação homogênea e líquido peripancreático. Assumida PA-HTGC moderada (APACHE II 2pt), foi internado no SMI, iniciou bezafibrato e perfusão de insulina ($0,1 \text{mg/kg/h}$), com descida de TGC para 572mg/dL em 72h. Evolução favorável, transferido para enfermaria ao 5º dia. Teve alta ao 15º dia com $TGC 533 \text{mg/dL}$. No *follow-up* aos 3 meses, encontrava-se assintomático com TGC de 189mg/dL .

Caso 2: Mulher de 43 anos, com história de PA, diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia. Recorreu ao SU por dor epigástrica intensa (10/10) e febre há 48h. À chegada febril,

polipneia e hipotensa, com dor à palpação na região epigástrica. Analiticamente, a salientar cetoacidose diabética grave, TGC 12844mg/dL, amilase 963U/L, lipase 515U/L, PCR 25mg/dL. TC-AP com globosidade da cabeça do pâncreas em continuidade com duodeno. Evolução rápida para choque refratário com disfunção respiratória e renal. Assumida PA-HTGC grave (APACHE II 20pt), foi transferida para o SMI sob ventilação mecânica invasiva. Realizou plasmaferese com albumina e iniciou bezafibrato, com descida TGC para 873mg/dL (final 1ª sessão) e 374mg/dL (após 2ª sessão). Por LRA KDIGO 3 anúrica necessitou HDFVVC. Extubada ao 22º dia após intercorrências infecciosas. Transferida para a enfermaria ao 24º dia, com TGC 62mg/dL à data da alta.

Conclusão: De facto, a plasmaferese é uma técnica eficaz reduzindo os TGC até 80%, bem como citocinas inflamatórias associadas ao processo PA. A utilização de plasmaferese precoce (<36h), parece ser benéfica em casos mais graves (APACHE II > 8). Contudo, até à data nenhum estudo comprovou superioridade da plasmaferese em comparação com a insulina em perfusão, em relação a mortalidade ou taxa de complicações. A decisão terapêutica continua a ser individualizada, como explícito nos casos descritos.

PO 48

INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS É COISA DO PASSADO?

Maria Beatriz Dias Vieira; Catarina Amarante Dias; Ana Rafaela Araújo; Joel Pinto; Elsa Rocha; Anabela Oliveira; Eduardo Santos Ribeiro
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Os organofosforados são substâncias tóxicas, encontradas em pesticidas agrícolas. Por inativarem a enzima acetilcolinesterase, responsável pela hidrólise de acetilcolina em colina e ácido acético, originam uma acumulação de acetilcolina nas sinapses neuronais

e junções neuromusculares, muscarínicas e nicotínicas. A gravidade do quadro dependerá da dose, via de administração, tempo de exposição e tipo de organofosforado.

Homem, 77 anos, autónomo, hipertenso, trazido ao Serviço de Urgência após ter sido encontrado caído em casa, envolto em vômito e com discurso lentificado. Na admissão, com agitação psicomotora e sialorreia, tendo sido abordado na Sala de Emergência, onde se objetivou broncorreia com secreções espumosas, diaforese com odor fétido, nistagmo horizontal e rápida evolução para coma (GCS 3), sendo submetido a entubação orotraqueal sequencial rápida e conexão a prótese ventilatória. Analiticamente, com acidose metabólica (pH 7.33 e HCO₃- 16.4mmol/L) e diminuição sérica das colinesterases (6500U/L [7000-19000]). Após contacto, a família disse ter encontrado um frasco aberto de Clorfos 48 e que o doente teria vindo a apresentar pensamentos autodestrutivos e humor depressivo. O Centro de Informação Antivenenos confirmou tratar-se de um inseticida com organofosforado (clorpirifós), de ação alargada e com potencial para desenvolvimento tardio de pancreatite. Para reversão da ativação colinérgica, administrou-se bolus de atropina e iniciou perfusão de obidoxima. Admitido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) para suporte e monitorização. A dia (D) 2 iniciou perfusão de atropina, por bradicardia sustentada e refratária, com necessidade de associar perfusão de adrenalina. Por acidemia metabólica mantida, iniciou hemodiafiltração venovenosa contínua, que manteve até D4. Fez-se o desmame de adrenalina e atropina, segundo resolução da clínica colinérgica, e da obidoxima, conforme níveis séricos de colinesterases. Manteve-se vigilância clínica e analítica de potencial desenvolvimento de pancreatite, que não se verificou. Extubado a D14, após redução progressiva da analgo-sedação e desmame ventilatório. A D17, e dado

a provável tentativa de suicídio, foi transferido para a Psiquiatria, para seguimento e otimização terapêutica. Evoluiu positivamente na reabilitação física pós-internamento em SMI, sem alterações grosseiras da força muscular ou sensibilidade, tendo tido alta hospitalar a D38.

Apesar do seu uso ter diminuído nas últimas décadas, a intoxicação acidental ou voluntária por organofosforados ainda motiva admissões em SMI, sobretudo em meios mais rurais. Mesmo não sendo aparente pela história clínica, sempre que a semiologia o sugira, essa hipótese deverá ser excluída através do doseamento sérico das colinesterases. A falência respiratória permanece a principal causa de morte, sendo essencial assegurar a segurança da via aérea, precocemente.

PO 49

MENINGITE COM ISQUÉMIA E TROMBOSE DE VASOS, UM CASO RARO DE MUCORMICOSE

Miguel G. Pereira¹; Sónia Baldo²; Raquel Cavaco³; Luís Bento³

¹ULS da Guarda; ²Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ³CHLC -UUM

Introdução: A mucormicose é uma infeção fúngica rara, grave, causada por fungos da ordem Mucorales, que acomete predominantemente indivíduos imunocomprometidos. Caracteriza-se por uma rápida invasão tecidual e elevada mortalidade, especialmente quando o diagnóstico e tratamento são tardios. Este trabalho procura exemplificar algumas complicações associadas, destacando a importância de uma abordagem diagnóstica precoce e realçando a complexidade clínica desta patologia.

Descrição do caso: Masculino, 53 anos, autónomo, com história de doença renal crónica terminal, transplantado em 2013 sob esquema de imunossupressão. Com antecedentes de Diabetes mellitus, hipertensão

arterial e tuberculose pulmonar em 2013. Diagnóstico de vasculite MPO-ANCA com envolvimento renal e pulmonar, tendo realizado 2 ciclos de rituximab.

Internado no serviço de infecologia por celulite orbitária esquerda com extensão intracraniana, em provável contexto de polissinopatia ipsilateral. Durante o internamento, evolução para estado de coma associada a hemiparesia direita com necessidade de entubação e ventilação mecânica invasiva. Em TC crânio-encefálica, revelado evento isquémico agudo extenso, com afetação do território das artérias cerebral anterior e da divisão superior da cerebral média esquerda, com desvio esquerdo das estruturas da linha média. À admissão em unidade de cuidados intensivos, submetido a uma punção lombar que revelou líquido turvo xantocrômico, 247 células polimorfonucleares, hiperproteinorráquia, glicose >40% glicémia capilar. Assumido diagnóstico de meningite, iniciou Vancomicina, Meropenem e Aciclovir, associando-se Anfotericina B dado contexto de imunossupressão.

Dado exuberância radiológica e clínica, após discussão multidisciplinar, envolvendo Otorrinolaringologia e Cirurgia Maxilofacial, decidida intervenção cirúrgica ao 1º dia de internamento em UCI.

Ao 4º dia de internamento hospitalar, isola-se *Rhizopus microsporus complex* e *Finogoldia magna* em amostras colhidas no intraoperatório, corroborando hipótese diagnóstica de mucormicose invasiva. Evolução desfavorável com hidrocefalia aguda, sem indicação para abordagem por Neurocirurgia, dado o mau prognóstico associado. Faleceu ao 5º dia de internamento.

Conclusão: O caso clínico apresentado ilustra a gravidade da mucormicose, especialmente em doentes imunocomprometidos. O diagnóstico precoce e o tratamento agressivo são essenciais para melhorar o prognóstico. Mesmo assim, está associada a elevada mortali-

dade. Estes doentes são por isso considerados um desafio constante para a Medicina Intensiva, não só na discussão multidisciplinar sobre eventual indicação cirúrgica, como também quanto à terapêutica farmacológica a instituir.

PO 50

EPIGLOTITE AGUDA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ricardo Júnior; Ana Valente Santos; Luís Nunes Bento
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A epiglotite aguda é uma doença inflamatória que acomete a epiglote e estruturas adjacentes podendo resultar em obstrução da via aérea. Na população adulta, a epiglotite afeta, em sua maioria, indivíduos do sexo masculino entre 42 e 48 anos de idade. Os microorganismos mais comumente envolvidos são *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus* e *Stafilococcus*, embora também possa ser causada por outras etiologias como vírus, fungos e até casos de autoimunidade. A apresentação clínica geralmente é composta por odinofagia, febre, disfonia e dispneia, por vezes com evolução para insuficiência respiratória decorrente da obstrução da via aérea. O diagnóstico é baseado na apresentação clínica. O tratamento é composto por antibioterapia podendo ou não estar associada a corticoterapia. A avaliação do risco de obstrução da via aérea deve ser realizada de modo atempado para se evitar complicações catastróficas.

Objetivos: Descrever a casuística de um ano relacionada aos casos de epiglotite aguda com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos.

Material e métodos: Revisão bibliográfica e de processos clínicos.

Resultados: Durante um ano, 5 doentes necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, sendo 4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 35 anos e 56 anos de

idade. A sintomatologia mais comumente observada foi febre, odinofagia e dispneia. A necessidade de intubação nasotraqueal, para proteção da via aérea, verificou-se em 4 casos. Com relação a etiologia, foi identificado agente causador apenas em um caso (*Streptococcus pyogenes*). Todos os doentes, exceto um, foram tratados com antibioterapia em associação com corticoterapia e todos apresentaram evolução favorável.

Conclusão: A epiglotite aguda é uma doença primariamente encontrada em crianças, com evidência escassa na população adulta com necessidade de intubação traqueal. A sua apresentação clínica é variável e pode ser facilmente desvalorizada. De modo geral os doentes apresentam evolução benigna, mas em alguns casos pode haver risco de obstrução da via aérea, com recomendação para intubação traqueal. A percepção atempada desta necessidade pode ter impacto substancial no prognóstico.

Referências:

- Chroboczek T, Cour M, Hernu R, Baudry T, Bohé J, Piriou V, et al. (2015) Long-Term Outcome of Critically Ill Adult Patients with Acute Epiglottitis. *PLoS ONE* 10(5): e0125736. doi:10.1371/journal.pone.0125736.
- Hugosson S, Olcén P, Ekedahl C. Acute epiglottitis--aetiology, epidemiology and outcome in a population before large-scale *Haemophilus influenzae* type b vaccination. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1994 Oct;19(5):441-5. doi: 10.1111/j.1365-2273.1994.tb01265.x. PMID: 7834888.

PO 51

OS DESAFIOS DA MALÁRIA GRAVE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Andreia Fonseca Barbosa¹; Bruno Pepe²; Rita Jorge¹; Catarina Marques Dos Santos¹; Bárbara Sucena Rodrigues¹; Carla Araújo Costa¹; João Patrício¹; Carlos Simões Pereira¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²ULS Lisboa Ocidental

Introdução: A malária é a 3ª causa de morte a nível mundial por doença infecciosa, responsável por 605000 mortes anualmente. A malária grave, principalmente causada pelo *Plasmodium falciparum*, requer muitas vezes internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por disfunção multiorgânica (DMO). Associa-se a uma mortalidade elevada (5-29%) apesar da terapêutica, em particular nos casos importados que representam a principal causa de infeção grave nas áreas não endémicas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 23 anos, natural de Angola mas residente em Portugal. Sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleia, febre, prostração e confusão, com 5 dias de evolução. Regresso há 10 dias de viagem a Angola. Do exame objetivo à admissão: prostrado, discurso confuso e com temperatura 40°C, a evoluir com deterioração do estado de consciência (GCS 8) e instabilidade hemodinâmica. Admitido neste contexto na UCI, com necessidade de entubação orotraqueal para proteção da via aérea e início de suporte vasopressor.

Da avaliação complementar, com disfunção hematológica (Hb 11.5g/dL, plaquetas $27 \times 10^9/L$, haptoglobina indetectável), hiperbilirrubinemia conjugada (8.7 mg/dL), e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 253 mg/L e PCT 2.23 ng/mL), lesão renal aguda (LRA) com Ureia 70 ng/dL, creatinina 2.37 mg/dL, identificando-se no esfregaço de

sangue periférico parasitemia *Plasmodium* >5% e Ag *Plasmodium falciparum* positivo. Serologias virais e hemoculturas negativas. Realizou AngioTC-CE sem alterações descritas; Admitido diagnóstico de malária grave com envolvimento cerebral, associada a DMO: disfunção neurológica presente à admissão, respiratória com desenvolvimento de ARDS grave (P/F 90), cardiovascular com choque distributivo e hipovolémico (avaliação hemodinâmica por termodiluição transpulmonar), e ainda hematológica e renal admitidas no contexto de microangiopatia trombótica (anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia) a condicionar LRA KDIGO 3 oligúrica com necessidade de terapêutica substitutiva de função renal (TSFR).

Iniciou terapêutica com artesunato, com negatização da parasitemia às 48h, otimizada volémia, suporte vasopressor e ajuste da ventilação/PEEP recorrendo a balão esofágico. Ao 12º dia, após evolução favorável, foi transferido para a enfermaria para continuação de cuidados, mantendo ainda necessidade de TSFR. À data da alta, com recuperação total.

Conclusão: O reconhecimento precoce, a administração adequada em UCI e a introdução do artesunato como antimalárico de 1ª linha melhorou os *outcomes* dos doentes com malária grave, mantendo-se, no entanto, significativa a mortalidade nos casos importados. Este caso exemplifica os desafios da abordagem, em particular a rápida evolução em DMO, com necessidade de suporte de órgão, pelo que em todos os casos deve ser discutida a admissão em UCI.

PO 52

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA ATRAUMÁTICA: CASUÍSTICA 2022/2023 DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS NEUROCRÍTICOS

Miguel Serôdio¹; Sara Machado²; Vanessa Pires²;
Bruno Maia²

¹ULS Lisboa Ocidental; ²ULS São José

Introdução: A hemorragia subaracnoideia (HSA) aneurismática representa 2-5% dos acidentes vasculares cerebrais, condicionando uma mortalidade global de 30,9%. A re-hemorragia, a lesão cerebral precoce e a isquémia cerebral tardia são as complicações com mais impacto no prognóstico funcional.

Objetivos: Caracterizar a casuística da HSA numa UCI, num período de 2 anos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional unicêntrico. Recolha de variáveis demográficas, clínicas e imagiológicas por consulta do processo eletrónico de todos os doentes adultos com o diagnóstico de HSA não traumática durante os anos de 2022 e 2023. Análise estatística descritiva e inferencial com SPSS Statistics v27.

Resultados: Foram admitidos na UCI 137 doentes (84 em 2022 e 53 em 2023), com idade média 60,0 anos, 87 (63,5%) do sexo feminino. Setenta e nove (57,7%) das HSA foram classificadas com mFisher 4; 17 (12,4%) foram classificadas como HSA perimesencefálicas; 85 (62,0%) foram submetidas a embolização e 23 (16,8%) submetidas a clippagem cirúrgica.

Ocorreu re-hemorragia em quatro (2,9%) doentes. Foi identificado vasospasmo ultrassonográfico em 67 (49,6%) e angiográfico em 57 (49,9%) doentes. Foi identificada isquémia cerebral tardia (ICT) em 27 (19,7%) doentes. A mortalidade na unidade foi de 30 (21,9%). A milrinona foi usada em 52 (38,0%) doentes, com duração mediana de 8,0 (IQ 4,0-12,0) dias.

Dez doentes (7,3%) foram submetidos a monitorização invasiva da pressão intracraniana (PIC) – em todos objetivou-se hipertensão intracraniana (HIC), com necessidade de tratamento.

As escalas de classificação imagiológica (mFisher) e clínica (Hunt&Hess) associaram-se ao desenvolvimento de hidrocefalia, pior prognóstico na alta, maior mortalidade e também vasospasmo ultrassonográfico.

Em relação à opção terapêutica, os doentes submetidos a cirurgia apresentavam melhor prognóstico na alta ($p=0,032$), mas também mais vasospasmo ultrassonográfico ($p=0,033$).

As HSA perimesencefálicas associaram-se a melhor prognóstico na alta ($p=0,016$) e menos vasospasmo ultrassonográfico ($p=0,005$), embora este seja superior a zero.

Conclusões: O conhecimento da população de doentes de uma UCI é fundamental no planeamento terapêutico. Esta análise sugere-nos aumentar a monitorização da PIC em doentes com HSA, utilizar as escalas de classificação de forma sistemática e manter a vigilância ultrassonográfica de vasospasmo nas HSA perimesencefálicas.

PO 53

BACILLUS CEREUS, UM AGENTE IMPROVÁVEL DE INFEÇÃO INVASIVA

Valériya Zaruba; João Tavares; Filipa Silva;
Mafalda Figueira; Alexei Bucur; Manuel Sousa
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 60 anos com história pessoal de doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada e obesidade, trazida ao Serviço de Urgência por hemoptises. Ao exame objetivo a destacar obnubilação, cansaço fácil, hipoxemia e auscultação pulmonar com muitos ruídos de transmissão. Gasimetricamente sob oxigenoterapia com hipoxemia, hipercapnia e

hiperlactacidemia. Realizou tomografia computadorizada de tórax que revelou um extenso tromboembolismo pulmonar envolvendo estruturas lobares inferiores à direita bem como infiltrado extenso a envolver o lobo inferior direito. Analiticamente a destacar leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína c-reativa, antigenúrias para Legionella e Pneumococos negativas. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina. Evoluiu com polipneia, agravamento da hipoxemia e afundamento do estado de consciência e foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva neste contexto. Foi submetida a entubação orotraqueal e posterior broncofibroscopia que revelou hemorragia abundante e ativa do lobo inferior direito de difícil controlo com necessidade de entubação seletiva. Foi adicionada clindamicina ao regime terapêutico. A situação clínica foi discutida com Cirurgia Torácica e equipa PERT, foi decidido que a doente não reunia condições para intervenção cirúrgica ou trombectomia. Após repetição de broncofibroscopia pela Pneumologia e discussão do caso com revisão de exames imagiológicos foi assumida pneumonia necrotizante com tromboembolismo extenso concomitante, sendo a hemorragia observada localizada à região do trombo e do processo infeccioso, tendo-se optado por iniciar anti-coagulação terapêutica. Radiologicamente evoluiu com redução da lesão trombótica na artéria pulmonar direita e diminuição volumétrica da condensação no lobo inferior direito mas com aspeto multicavitado. Ao 7º dia de internamento foi isolado Bacillus cereus em múltiplas hemoculturas e culturas de lavado brônquico e bronco-alveolar, alterando-se antibioterapia para vancomicina que cumpriu durante 12 dias e que foi suspensa já com exames culturais negativos. Clinicamente a doente evoluiu com melhoria respiratória paulatina com possibilidade de extubação para oxigenoterapia de alto fluxo e posteriormente

para oxigenoterapia por máscara facial.

O Bacillus cereus é um bacilo Gram-positivo produtor de esporos que se encontra largamente distribuído no meio ambiente. Enquanto agente patogénico está maioritariamente associado a quadros gastrointestinais autolimitados, sendo outros focos raros e descritos principalmente em doentes imunodeprimidos. A sua identificação em hemoculturas é frequentemente interpretada como contaminante o que pode condicionar um atraso no início do tratamento adequado, sendo importante a contextualização clínica dos resultados culturais.

PO 54

UM CASO DE MENINGITE MENINGOCÓCICA ABORDADO DE FORMA DIFERENTE

David Ferra de Sousa; Michele Tomazin; Martim Henriques; Angélica Lopes; Margarida Fonseca; Ana Rita Barradas; Ricardo Sousa; Gabriela Almeida; Isabel Simões; António Pais Martins
ULS Lisboa Ocidental

A meningite meningocócica, nomeadamente a apresentação com púrpura fulminante é rara, estima-se que se desenvolva em 25% dos casos atingindo, em algumas séries, mortalidade de 70%.

O aparecimento de novas armas de suporte e terapêutica pode mudar o prognóstico e complicações destes doentes não havendo, até ao momento, evidência científica forte que as sustente.

Caso: Homem de 49 anos, saudável, dirigiu-se ao serviço de urgência por vômitos e diarreia com 24h de evolução com agravamento nas horas precedentes com febre e prostração, bem como exantema petequeial generalizado de novo. No SU encontrava-se prostrado, febril TT 38,7°C, TA 71/42mmHg e FC 120bpm. Analiticamente com lactato 2,4mmol/L e Leucocitose 17900/µL Plaquetas 112000/µL INR 1.5 Bilirrubina total 4,42mg/dL PCR 19,9mg/dL

PCT >100ng/mL.

Perante a suspeita clínica de sépsis meningocócica, fez-se PL e iniciou empiricamente Ceftriaxone e Vancomicina tendo sido transferido para a UCI.

Evoluiu com afundamento do estado de consciência e coalescência das petéquias em lesões purpúricas dispersas. Paralelamente com insuficiência respiratória e disfunção cardiovascular com hipotensão e lactato > 8mmol/L pelo que foi ventilado e iniciou suporte vasopressor. Com agravamento sustentado com acidemia metabólica grave (FiO2 80%) com pH 7,16 pCO2 37mmHg pO2 102mmHg Lactato 7,3mmol/L tendo iniciado TSFR associando-se filtro de adsorção de citocinas. Em 24h suspendeu noradrenalina (max 1,7mcg/Kg/min), vasopressina ficou a 0,01U/Kg/h (max 0,04U/Kg/h) e verificou-se descida de de lactato (3.8mmol/L) e de aporte de O2 (FiO2 30%) Suspendeu suporte vasopressor às 72h, identificando-se nesta altura cianose reversível da falange distal dos 2º ao 5º dedos de ambas as mãos e do 1º ao 4º de ambos os pés. O resultado de PCR no LCR foi positivo para N. meningitidis tendo sido alterada antibioterapia para Penicilina ao 3º dia após resultado de TSA. A cianose das falanges progrediu para todos os dedos ao fim de 7 dias. Realizou 5 sessões de câmara hiperbárica com melhoria das lesões ficando apenas com necrose seca do 3º dedo do pé direito. Foi suspenso suporte dialítico ao 7º dia e suporte ventilatório ao 8º dia.

Teve alta de UCI ao 14º dia de internamento. Na reavaliação em consulta de *Follow-up* 3 meses após o internamento, sem défices neurológicos mantendo apenas seguimento por cirurgia geral pela necrose digital referida.

Conclusões: O início de antibioterapia eficaz aquando da suspeita diagnóstica terá sido fundamental na evolução favorável do doente. Ainda sem evidência científica robusta, a utilização de filtros de adsorção de citocinas em estados hiperinflamatórios tem benefício

no controlo da resposta inflamatória sistémica e na redução de dose total de fármacos aminérgicos administrados.

Apresentamos um caso de sucesso no qual a utilização do filtro de citocinas e a medicina hiperbárica se associaram a redução significativa de morbidade após a doença.

PO 55

MASSA MEDIASTÍNICA DE GRANDE DIMENSÃO

Mafalda Gama; Laura Santos; Philip Fortuna
Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: Os tumores neuroendócrinos do tórax são raros e representam 5% das massas do mediastino anterior. São mais frequentes em homens, entre os 40 e os 60 anos e em fumadores. Sinais e sintomas de compressão e invasão de estruturas do mediastino podem ser a forma de apresentação da doença. O prognóstico é mau, mas dependente do sub-tipo, diferenciação e ressecabilidade da lesão - factores que definem o tipo de tratamento a oferecer. Frequentemente está associado à síndrome de MEN-1, agravando o prognóstico.

Descrição do caso: Homem de 54 anos, fumador, com massa mediastínica de grande dimensão em estudo e medicado empiricamente com corticoíde. Recorreu ao SU com toracalgia e dispneia com 1 dia de evolução. Tomografia computadorizada (TC) torácica a mostrar, face a exame prévio recente, aumento dimensional da massa mediastínica com restrição pulmonar, agravamento da compressão da veia cava superior e do derrame pleural bilateral. Clinicamente com edema e ingurgitamento venoso da cabeça, pescoço e membros superiores e circulação colateral com telangiectasias torácicas. Agravamento rapidamente progressivo da insuficiência respiratória hipoxémica com necessidade de intubação orotraqueal. Perante suspeita de doença linfoproliferativa, e por agrava-

mento da hipoxemia realizou dexametasona 40mg. Foi realizada precocemente biópsia transtorácica guiada por TC com diagnóstico histológico de carcinoma neuroendócrino do timo, em estadio cT4N3M1. A síndrome da veia cava foi resolvido com colocação de stent vascular. Conjuntamente com espoliação hídrica e drenagem unilateral do derrame pleural foi extubado para alto fluxo. O derrame pleural revelou características de exsudado e citologia negativa. Pela irrissecabilidade da lesão foi proposto para quimioterapia paliativa, da qual obteve resposta parcial, mas com possibilidade de suspensão de oxigenioterapia; posteriormente sob terapêutica de manutenção com análogo da somatostatina com estabilidade de doença. A aguardar estudo genético para MEN-1.

Conclusão: Este caso representa uma célere abordagem diagnóstico-terapêutica das massas mediastínicas anteriores de grande dimensão com complicações pulmonares e vasculares, possibilitando o tratamento dirigido o mais precocemente possível. Sendo o linfoma o diagnóstico mais provável foi iniciada terapêutica com corticóide com intuito de controlo de doença. No entanto, a histologia revelou um carcinoma neuroendócrino do timo. Assim, assumiu-se que a melhoria da insuficiência respiratória, antes do início de terapêutica sistêmica, deveu-se à boa gestão das complicações causadas pela massa, tais como a colocação do stent com permeabilização da veia cava superior, a gestão hídrica e a drenagem do derrame pleural. Dada a agressividade desta neoplasia, e de acordo com as poucas coortes de doentes na literatura, a sobrevida aos 5 anos desta doença varia entre os 24 e os 79%.

PO 56

A DESCIDA SILENCIOSA: O DESVENDAR DE UM ENIGMA NEUROLÓGICO DE PROGRESSÃO RÁPIDA

Ary de Sousa; Ana Cysneiros; Luís Bento
Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: Nos últimos anos, a frequência de linfoma primário do sistema nervoso central (LPSNC) tem aumentado, mesmo em doentes imunocompetentes. É uma forma rara e agressiva de linfoma não-Hodgkin extranodal, que representa menos de 2% de todos os linfomas. A apresentação clínica e imagiológica é frequentemente inespecífica, dificultando o diagnóstico precoce, especialmente em casos de envolvimento multifocal que podem mimetizar doenças desmielinizantes como a esclerose múltipla e a encefalomielite aguda disseminada (ADEM).

Descrição do caso: Mulher de 50 anos com antecedentes de tiroidite com hipotiroidismo, anemia perniciosa e cirurgia bariátrica (sleeve gástrico) em 2019, apresentou fadiga e dificuldade progressiva na marcha, episódio transitório de parestesias no membro superior esquerdo e dormência persistente nos membros inferiores. A evolução subaguda incluiu lentificação psicomotora, hipofonia, náuseas, vômitos e perda ponderal significativa, culminando em perda da capacidade para a marcha. RM do neuroeixo revelou lesões multifocais hiperintensas em TR longo, localizadas nos tálamos, pedúnculos cerebrais e medula espinhal, com realce pós-gadolinéio das lesões medulares. O citoquímico do LCR evidenciou pleocitose mononuclear (66 células) e hiperproteinorraquia (77,4 mg/dL), e a imunofixação sérica e no LCR sem alterações. A biópsia cutânea não revelou achados sugestivos de linfoma intravascular de células B. Foi considerada a hipótese de ADEM, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina humana intravenosa

(IGIV), com discreta melhoria imagiológica. Devido a epistáxis com obstrução transitória da via aérea, foi admitida na UCI para vigilância. Apesar da terapêutica, evoluiu para mutismo acinético, com flutuação do estado de consciência e necessidade de ventilação mecânica. Após falência terapêutica com metilprednisolona, IGIV e plasmaferese, e por impossibilidade de biópsia cerebral urgente, foi administrado rituximab sem resposta clínica. O PET revelou hipometabolismo cerebral difuso e hipermetabolismo ligeiro na medula cervical, sem evidência de malignidade noutras localizações. A biópsia cerebral realizada posteriormente confirmou o diagnóstico de LPSNC. A doente manteve-se com agravamento neurológico, apresentando GCS 4. Decisão de não tratamento com quimioterapia por ausência de benefício nesta fase, tendo falecido após 105 dias de internamento hospitalar.

Conclusão: Este caso sublinha a importância de um diagnóstico diferencial cuidadoso em casos de lesões multifocais do SNC e a necessidade de considerar o LPSNC, mesmo em cenários de suspeita inicial de ADEM. Destaca ainda papel crucial da biópsia cerebral na confirmação de condições raras. O diagnóstico precoce e o tratamento direcionado podem melhorar os resultados em casos de LPSNC, embora o prognóstico continue a ser reservado.

PO 57

SOB A SOMBRA DO EBV: UMA JORNADA NEUROLÓGICA NO LIMITE

Ary de Sousa; João Oliveira; Marta Gonçalves; Bruno Maia; Luís Bento

Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: O vírus Epstein-Barr (EBV) pode causar vários distúrbios imunológicos, como mononucleose infecciosa e linfoma, e pode evoluir para uma infeção crónica ativa (CAEBV). A CAEBV é caracterizada por sintomas persistentes semelhantes aos da mono-

nucleose e, em casos graves, pode complicar com síndrome hemofagocítica (HLH), uma condição hiperinflamatória rara e potencialmente fatal, muitas vezes subdiagnosticada ou identificada apenas na autópsia.

Descrição do caso: Mulher de 23 anos, filha de pais consanguíneos, com antecedentes de transtorno do comportamento alimentar, apresentou febre, dor lombar e fraqueza muscular progressiva nos quatro membros, que evoluiu com incapacidade para a marcha em 10 dias. Nos cinco meses anteriores, apresentava astenia e mialgia difusa, sendo diagnosticada com fibromialgia. Ao exame físico observou-se hepatomegalia palpável, e no exame neurológico rigidez da nuca e tetraparésia hipotónica hiperreflexiva. TC-TAP com hepatoesplenomegalia e adenopatias abdominais. A RM-CE mostrou lesões edematosas ao nível de ambos os hemisférios cerebelosos e da substância branca hemisférica direita, com hidrocefalia associada. Iniciou tratamento empírico com aciclovir, ceftriaxone, ampicilina e vancomicina por suspeita de infeção do SNC, mas o quadro agrava rapidamente com afundamento do estado de consciência, necessidade de ventilação mecânica e necessidade de derivação ventricular externa. Foi internada em UCI. Analiticamente apresentava pancitopenia e ligeira citólise hepática (< 2x LSN). Testes serológicos para EBV foram positivos (VCA IgG, EA IgG e EBNA IgG), e a biópsia de medula óssea confirmou proliferação linfóide secundária a EBV (EBER+). A doente progride com critérios de HLH – febre, esplenomegalia, pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia e CD25 solúvel 15.150 pg/mL. Estabelecido o diagnóstico de HLH secundária a infeção CAEBV. O tratamento incluiu dexametasona, imunoglobulina humana IgG intravenosa, ciclosporina, etoposido e anakinra, com alguma melhoria. Contudo, no contexto de imunossupressão, complica com choque

séptico refratário e faleceu após dois meses de internamento. O estudo genético das imunodeficiências primárias revelou uma variante em homozigotia com possível impacto fenotípico.

Conclusão: Este caso ilustra as complicações graves associadas à infecção por EBV e a sua relação com HLH. De notar o extenso envolvimento do sistema nervoso central, lembrando a importância da pesquisa do EBV em quadros de encefalite. O quadro ilustra também a importância de considerar HLH em quadros atípicos, permitindo o reconhecimento precoce, embora o prognóstico seja frequentemente reservado.

PO 58

IF THE LIVER DOESN'T FIT? – LARGE FOR SIZE LIVER TRANSPLANT

Mariana Mourão; Rita Captivo; Tiago Duarte; Nuno Germano; Hugo Pinto Marques
ULS Sao jose

Introduction: *The allocation of a liver graft is based mainly on scores of severity of liver disease and not specifically in anthropometric features. Important discrepancies between donor and recipient could result in a large-for-size liver transplant (LFS LT), affecting liver perfusion and causing poor hemodynamic tolerance, kinking of vessels and direct mechanical abdominal compression. Ultimately, the ischemic hepatocyte injury caused could lead to allograft dysfunction and affect graft and recipient survival. Although several definitions have been proposed, there is no universal one accepted.*

Case Report: *A 55-year-old women (A Positive, weight 67kg, height 150 cm, BMI 29.8 kg/m²) with previous personal history of primary biliary cirrhosis with worsening cholestasis and pruritus and positive antimitochondrial antibodies was submitted to elective hepatic transplant. The only relevant known comorbidity was severe asthma. The donor was a group match, 73-year-old male who died due to a hemorrhagic stroke. Intra-operatively*

with the need for arterial re-anastomosis due to kinking of the hepatic artery.

The patient was immediately admitted in the Intensive care unit following the surgery. Early doppler ultrasound showed an enlarge liver with decreased supra-hepatic vein flow. First post-operative week complicated by intra-abdominal hypertension, difficulty in the mechanical ventilation and need for renal substitution therapy. The 10-day post-operative CT-scan evidenced a large liver with areas of ischemia in the right lobe. Through supportive medical care, there was an overall improvement, with decrease in the intra-abdominal pressure, improvement in the hepatic function and decrease of organ support. Given this positive evolution, no surgical solution was attempted. However, at the 25th post-op day, the patient evolved into septic shock, with multi-organic failure, non-responsive to all the measures implemented, succumbing the next day.

Conclusion: *The Large for size transplant syndrome, although a rare and ill-defined entity, has important medical and surgical implications. The medical transplant teams should be aware of its risk factors, clinical presentation and management strategies.*

PO 59

ILUDIDOS PELO AR – PNEUMOCEFALO HIPERTENSIVO REICIDIVANTE

Pedro José Oliveira; Andreia Gonçalves; Susana Afonso; Luís Bento
Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

Introdução: O pneumocefalo, pneumocefalo ou aerocelo intracraniano consiste na presença de ar no espaço epidural, subaracnoideu, intraparenquimatoso ou intraventricular. Apesar da principal etiologia ser o trauma cranioencefálico, dever-se-á considerar outras causas, como iatrogenia, infecção do SNC ou neoplasia. Pode ser simples ou hipertensivo, sendo o último frequentemente

acompanhado por sintomatologia que pode culminar em coma e envolvendo a sua abordagem, na maioria dos casos, tratamento cirúrgico e admissão na UCI.

Caso: Trata-se de uma doente de 66 anos do sexo feminino, com história pregressa relevante de coagulopatia por fator V de Leiden complicada com episódios de acidente vascular cerebral isquémicos sequelares (diplopia). Seguida noutra instituição hospitalar por meningioma parasagital do terço anterior, motivo pelo qual foi submetida a craniotomia e extração do tumor. Alta para domicílio com GCS 15. Nos 15 dias posteriores cirúrgica com múltiplos episódios de queda, o último acompanhado com prostração e disartria, motivando ida à Urgência. À admissão, GCS 13, evoluindo em horas com afundamento do estado de consciência até um *score* 8, a mobilizar os quatro membros e com pupilas midriáticas (4+), simétricas e apenas reativa à direita. Em estudo TC constata-se, em local de abordagem cirúrgica, área gasosa frontal superior direita, medindo cerca de 4,3 cm de diâmetro máximo transversal e hipodensidade parenquimal frontal, corpo caloso e da cápsula externa direita a sugerir edema, condicionando desvio da linha média (DLM) esquerdo em cerca de 14 mm, sem sinais de hidrocefalia. Fez medidas anti-edema e foi submetida a descompressão de aerocelo frontal direito. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos, onde realizou TC pós-operatória sem complicações imediatas, o que permitiu a suspensão progressiva da sedação e extubação em 48 horas, sendo transferida para a enfermaria com GCS 14. Neste Serviço, em 72 horas com progressivo afundamento do estado de consciência até um *score* GCS 12. Em reavaliação imagiológica, novo reaparecimento de aerocelo, agora extra-axial a condicionar importante desvio da linha média. Por pneumocefalo reicidivante com hipertensão intracraniana, submetida a ciru-

rgia emergente de reabertura de craniotomia, constatando-se a presença de fístula com o seio frontal que foi encerrada. Na Unidade, tem uma evolução favorável com possibilidade de suspensão da sedação e extubação em 24 horas. Transferida para o Serviço de Neurocirurgia, tendo alta hospitalar em GCS 15, sem défices neurológicos.

Conclusão: O pneumocefalo de tensão é uma complicação rara, mas pode ser causa de coma e hipertensão intracraniana e, após a sua correção, persiste a necessidade de vigilância pela possibilidade de recidiva. Neste caso, o diagnóstico célere com rápida intervenção e gestão em serviço de Medicina Intensiva permitiu evitando sequelas neurológicas.

PO 60

O PAPEL DA PLASMAFERESE NA SÍNDROME PULMÃO-RIM: UM CASO CLÍNICO

Laura Ferraz Santos; Rita Leite Cruz; Mafalda Gama; Simão Rodeia; Pedro Eduardo Silva; Philip Fortuna; Luís Bento
ULSS: José

Introdução: A síndrome pulmão-rim surge da combinação de hemorragia alveolar difusa com glomerulonefrite rapidamente progressiva. O diagnóstico diferencial inclui a síndrome de Goodpasture, a granulomatose com poliangeíte (GPA) e a granulomatose eosinofílica com poliangeíte. A GPA é uma vasculite de pequenos-médios vasos, associada aos ANCA (anticorpos anti-citoplasma neutrofilico), com envolvimento dominante das vias respiratórias superiores, pulmões e rins. A abordagem terapêutica da síndrome pulmão-rim na GPA passa pela corticoterapia associada a ciclofosfamida ou rituximab, sendo a plasmaferese uma terapêutica de resgate.

Descreve-se um caso de síndrome pulmão-rim por GPA tratado com ciclofosfamida, corticóide e plasmaferese, com evolução favorável.

Descrição do caso: Homem, 56 anos, autónomo, com história de tiroidite de Hashimoto,

hipertensão arterial essencial e tuberculose óssea na adolescência. Acompanhado em consulta de Pneumologia por tosse com expectoração hemoptóica, com 4 meses de evolução, sem outros sinais ou sintomas. A tomografia computadorizada (TC) de tórax inicial apresenta várias zonas com vidro despolido. Os exames culturais foram negativos, tendo cumprido 2 ciclos de antibioterapia empírica e ácido aminocapróico.

Foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por insuficiência respiratória hipoxémica grave por hemoptise. A TC torácica era sugestiva de hemorragia alveolar difusa. Analiticamente tinha velocidade de sedimentação elevada, sem eosinofilia, lesão renal aguda KDIGO 3 e sedimento urinário com eritrócituria e proteinúria não nefrótica. Iniciou corticoterapia em pulso e ciclofosfamida (15mg/kg). Posteriormente, do estudo de autoimunidade destacam-se ANCA(PR3) positivo e anti-GBM negativo, levando à hipótese diagnóstica de GPA.

Manteve agravamento respiratório com necessidade de ventilação mecânica invasiva, acompanhado de deterioração da função renal (creatinina máxima 4.1 mg/dL). Decidiu-se ao 4º dia de internamento por plasmaférese diária, que cumpriu por 8 dias. Verificou-se resposta favorável permitindo a extubação e redução progressiva da oxigenoterapia suplementar até à sua suspensão. Necessitou apenas de 2 sessões de slow low efficiency dialysis, com posterior melhoria da função renal. Durante o internamento na UCI não se registaram intercorrências infecciosas

O doente teve alta hospitalar ao 47º dia de internamento, mantendo seguimento em consulta de doenças auto-imunes., com recuperação parcial da função renal e sem novos episódios de hemoptise.

Conclusão: A síndrome pulmão-rim, pela mortalidade e morbidade associadas, representa um desafio diagnóstico que carece de

terapêutica dirigida emergente.

Apesar da evidência limitada do impacto da plasmaférese na sobrevida destes doentes, a sua utilização em doentes selecionados poderá ter benefícios, nomeadamente no doente crítico.

PO 61

CHOQUE SEPTICO COM PONTO DE PARTIDA NUMA CAUSA RARA-UM FITOBEZOAR

Sónia Baldo¹; Gonçalves Pereira, M., Sousa, D., Valente Santos, A., Bento, L.²

¹Hospital de Cascais; ²Hospital de São José

Introdução: Bezoares são conglomerados intraluminais de substâncias não digeridas que se formam e acumulam no trato gastrointestinal, cuja apresentação clínica pode variar, dentro do espectro de gravidade, desde a ausência de sintomas a quadros potencialmente fatais, dependendo do local de impactação.

Podem ser classificados em 3 sub-tipos específicos, tricobezoares, farmacobezoares e fitobezoares de acordo com a matéria envolvida, nomeadamente pêlos/cabelos, fármacos e fibras vegetais ou frutas, respetivamente, sendo este último, apesar de raro, o mais frequente.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de um doente do sexo masculino, 65 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência por dor epigástrica com horas de evolução, que progride desfavoravelmente. Após extensa investigação etiológica, analítica e imagiológica, o doente é submetido a laparotomia exploradora, onde são identificados e removidos dois bezoares, um volumoso a nível do íleo distal e um segundo de menores dimensões no íleo proximal, com conseqüente oclusão.

Conclusão: O presente trabalho tem como objetivo sensibilizar a comunidade médica para esta rara, mas possível causa de obstrução intestinal mecânica que, de difícil diagnóstico, é responsável por cerca de 3% da totalidade de casos.

PO 62

O QUE HÁ A SABER SOBRE O GAP CO2?

Sónia Baldo¹; Coelho, J., Staring, G., Cavaco, R., Bento, L.²

¹Hospital de Cascais; ²Hospital de São José

O choque, classicamente tem sido descrito como um estado de hipoperfusão/hipoxia tecidual grave, com comprometimento da entrega/utilização de O₂ a nível celular, associado a uma significativa taxa de mortalidade. Na abordagem do choque, são vários os parâmetros que suportam este défice de oxigenação e que servem tanto na avaliação como na monitorização da resposta aos tratamentos instituídos. O GAP CO₂ surge na literatura, inicialmente como um parâmetro de hipoperfusão que visava colmatar as falhas dos já existentes, nomeadamente os sinais clínicos, o lactato e a saturação venosa de O₂. Contudo, e à luz da extensa investigação nesta área, surge a questão: estará a sua utilização a ser generalizada e interpretação adulterada?

Assim, e para responder a estas questões, torna-se imperativo o conhecimento da fisiopatologia que sustenta o GAP CO₂, nomeadamente a sua produção, transporte e eliminação, de forma a se poder atribuir um adequado significado ao valor obtido.

PO 63

SULPROSTONA, UMA CAUSA RARA DE HIPERTERMIA E ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Sónia Baldo¹; Catarina Pires²; Luisa Valente²; Luis Bento²

¹Hospital de Cascais; ²Hospital de São José

Introdução: A hemorragia pós-parto, apesar de todo o avanço da ciência, ainda confere uma importante emergência obstétrica, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade materna, responsável por 27% de casos em todo o mundo, variando de 8 a 32% nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, respetivamente. Dentro das várias cau-

sas associadas, a atonia uterina configura a mais comum, com uma prevalência descrita que atinge os 80%, estando a multiparidade e gestação múltipla apresentadas como os principais fatores de risco.

A abordagem médica inicial centra-se no uso de agentes uterotonicos, com a ocitocina indicada como fármaco de 1^a linha, estando a sulprostona, um análogo da prostaglandina E₂ reservada aos casos refratários

Caso clínico: Puérpera de 30 anos de idade com quadro de início agudo de hipertermia e alteração do estado de consciência após a administração de sulprostona como medida de reversão de atonia uterina pós-cesariana que, após extensa investigação, se assume ligação de causalidade, com recuperação após suspensão do mesmo.

Conclusão: O presente trabalho tem como objetivo sensibilizar a comunidade médica para a iatrogenia farmacológica como uma etiologia a considerar nos quadros de alteração de estado de consciência.

PO 64

CAUSA RARA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Carolina Alegria¹; Sónia Baldo¹; Taia Cysneiros²; Inês Antunes²; Nuno Germano²; Luis Bento²

¹Hospital de Cascais; ²Hospital de São José

Introdução: As doenças hipertensivas da gravidez, nomeadamente a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a síndrome de HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas), estão associados a riscos significativos de desfechos maternos graves. A síndrome de HELLP, reconhecida como uma variante grave da pré-eclâmpsia, ocorre em aproximadamente 0,1% a 1% das gravidezes. Uma complicação rara, mas severa, da síndrome de HELLP é a formação de um hematoma subcapsular hepático, que pode levar à ruptura espontânea, deterioração clínica rápida e aumento acentuado na mortalidade materna. Esse cenário constitui uma emergência médi-

ca, exigindo diagnóstico e intervenção imediata para mitigar o alto risco de desfechos fatais. **Caso clínico:** Relatamos o caso de uma puérpera, 40 anos de idade, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos após uma cesariana complicada de síndrome de HELLP com ruptura hepática. O quadro progrediu rapidamente para choque hemorrágico, coagulopatia grave e insuficiência hepática fulminante, necessitando de transplante hepático urgente, resultando num desfecho favorável, com recuperação completa, incluindo a resolução das disfunções de órgão.

Conclusão: Este caso destaca o transplante hepático como uma intervenção de resgate importante nos casos não responsivos aos tratamentos convencionais. Apesar de relatos semelhantes nos últimos anos, a decisão pelo transplante hepático de emergência ainda permanece individualizada.

PO 65

DOENÇA ESTREPTOCÓCICA INVASIVA A CONDICIONAR CHOQUE TÓXICO – UM CASO DE SUCESSO!

Miguel G. Pereira¹; Isa Cordeiro²; Rita Francisco³;
Luís Bento³

¹ULS da Guarda; ²Hospital São Camilo - Portimão;

³CHLC -UUM

Introdução: A síndrome de choque tóxico (SCT) é uma condição clínica rara e potencialmente fatal, caracterizada por uma resposta inflamatória sistémica desencadeada por toxinas. O marcador desta entidade é a gravidade de apresentação, pelo que urge o diagnóstico e tratamento atempados.

Descrição do caso: Feminino, 35 anos, autónoma, com antecedentes de perturbação generalizada de ansiedade e surto psicótico pós parto, sem medicação habitual.

Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de odinofagia, febre, mialgias, cansaço, cefaleias e vômitos alimentares com 2 dias de evolução. Objetivamente, apresentava edema

e dor à palpação das regio~es submandibular e submentoniana, halitose, edema da úvula e palato mole. No SU, iniciou amoxicilina/ácido clavulânico 2.2 g, clindamicina 600mg e hidrocortisona 200mg, tendo evoluído desfavoravelmente com dessaturacã~o e estridor inspiratório. Foi entubada e ventilada invasivamente. Analiticamente a destacar disfunção hematológica e renal aguda e aumento dos parâmetros inflamatórios. TC cervical com edema difuso da nasofaringe, faringe e da laringe; adenomegalias submandibulares, jugulodigastricas e das cadeias jugulares internas. Evolução para choque refratário, com necessidade de dois vasopressores e monitorização PiCCO. Em D3 internamento, isolamento de *Streptococcus pyogenes* em hemoculturas. Assumida assim doença estreptocócica invasiva com choque tóxico refratário. Realizada descalação antibiótica para Penicilina sódica/potássica, manteve Clindamicina. Realizou ainda 5 sessões de imunoglobulina humana.

Em reunião de discussão multidisciplinar, por ausência de melhoria clínica e imagiológica, realizada drenagem cirúrgica abscessos cervical e periamigdalino direito, pela equipa de ORL em D13 internamento.

Durante o internamento, como intercorrências, a destacar PAV cavitada a *E. coli* e bacteriémia a *E. coli* ESBL, tendo-se realizado descalação antibiótica para Meropenem. A doente foi transferida ao D20 de internamento.

Conclusão: O caso clínico apresentado ilustra como a doença estreptocócica invasiva e a SCT podem estar associadas a complicações graves. O diagnóstico precoce, controlo de foco e a antibioterapia adequada são essenciais para melhorar o prognóstico. Estes doentes são por isso considerados um desafio constante para a Medicina Intensiva, pela elevada mortalidade associada, e pela gestão multidisciplinar necessária, incluindo eventual benefício em controlo de foco cirúrgico e realização de terapêutica com imunoglobulina humana.

PO 66

NEUROCISTICERCOSE – QUANDO A CURA PODE SER PIOR QUE O SONETO

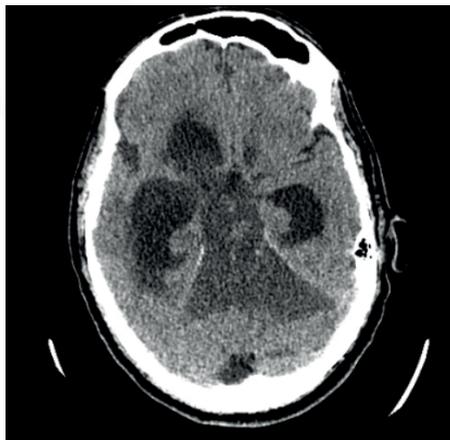
Pedro José Oliveira; Maria Eduarda Batista;
Tiago Duarte; Sofia Cardoso; Nuno Germano
Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: A neurocisticercose é uma infecção parasitária, causada pela forma larval da *Taenia solium*, que pode afetar o sistema nervoso central, olhos, pele, entre outros. Comumente associada a complicações vasculares cerebrais, nomeadamente, vasculite, que se pode apresentar por défices neurológicos focais a coma. O tratamento com anti-parasitários pode libertar, de forma massiva, antígenos parasitários e culminar num agravamento da reação vasculítica presente previamente.

Caso: Trata-se de um doente de 38 anos de idade, género masculino, natural do Paquistão mas residente em Portugal há 11 meses, com história pregressa de uma eventual criptococose invasiva diagnosticado na China tendo feito tratamento prolongado com 5-Flucitosina e fluconazol. Quadro de cefaleia e alterações visuais, que motiva seguimento em ambulatório pela Infeciologia por meningite crónica de etiologia a esclarecer, tendo-se identificado como positiva a PCR de *Taenia solium* no LCR. Por esse motivo, foi convocado para internamento para iniciar tratamento com albendazole 15 mg/Kg/dia, praziquantel 50 mg/Kg/dia e dexametasona 0,1 mg/Kg/dia. Após 6 dias de tratamento, agravamento do quadro neurológico com discalculia, dificuldade em nomear, desorientação temporal e sonolência. Realizou TAC cranioencefálica (CE) que revelou uma hipodensidade focal na vertente anterior do tálamo esquerdo e ressonância CE que revelou aumento da extensão do processo leptomeníngeo difuso nos andares supra e infratentoriais, com maior expressão nas cisternas que envolvem o tronco cerebral, cisterna supra-selar e vala silvi-

ca direita e envolvimento difuso vascular em provável contexto vasculítico. Apesar de suspensão de tratamento com albendazole e manutenção de dexametasona, ao longo de 15 dias manteve agravamento neurológico e imagiológico, com o estudo RM-CE a evidenciar novas lesões isquémicas na protuberância, mesencéfalo e na superfície ântero-lateral do hemisfério cerebeloso esquerdo. Evolução para coma (GCS 7), pelo que se procedeu a estabelecimento de via aérea definitiva, neuroprotecção cerebral e admissão na Unidade de Cuidados Intensivos. Face a ravamento fulminante com isquémia difusa do SNC em contexto de vasculite, realizou pulso de metilprednisolona 1g/dia durante 3 dias. Com o levante da sedação, doente em GCS 3 e com estudo TC-CE a constatar extensa isquémia recente do território vertebrobasilar com afecção do tronco cerebral, tálamos e cerebelo e ainda herniação transtentorial ascendente pro hidrocefalia obstrutiva. O doente acaba por falecer 2 dias após o levante da sedação.

Conclusão: O caso demonstra que a dificuldade do tratamento da neurocisticercose, mesmo com a introdução de corticoterapia profilática. Apesar de raro, o tratamento anti-parasitário poderá ser deletério, pelo que o timing da sua introdução deve ser cuidadosamente ponderado.



PO 67

DESAFIOS DA TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA NUM DOENTE HEMATOLÓGICO – CASO CLÍNICO

Pedro José Oliveira; Miguel Barbosa; Tiago Duarte; Sofia Cardoso; Nuno Germano
Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: A doença veno-oclusiva hepática (DVO) ou síndrome de obstrução sinusoidal hepática (SOS) consiste numa complicação rara e severa do transplante de células hematopoiéticas, associada a alta mortalidade. O único fármaco aprovado para o tratamento desta condição é o defibrotido, que mostrou elevada probabilidade de sobrevivência se introduzido de forma precoce. Em caso de falência deste fármaco, poucas opções terapêuticas estão disponíveis.

Caso: Trata-se de um jovem de 19 anos de idade, género masculino, com história progressiva de neurofibromatose tipo I e obesidade. Diagnosticado recentemente com leucemia linfoblástica aguda B, tendo realizado previamente 2 esquemas de quimioterapia e com indicação para alotransplante de medula óssea, pelo que foi internado eletivamente numa Unidade Hospitalar. Após o alotransplante, início de quadro de ascite, hepatomegalia dolorosa e hiperbilirrubinemia, com evolução para falência hepática aguda por doença veno-oclusiva pós alo-transplante de medula óssea, pelo que iniciou terapêutica com defibrotido 2g/dia e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. À admissão na Unidade, GCS 13 com flapping e encefalopatia grau I/II, polipneico em ar ambiente, acidémia metabólica grave (com pH 7,20, paCO₂ 23 mmH₂O, paO₂ 85 mmHg, HCO₃⁻ 9 mEq/L), lesão renal aguda AKIN III com baixo débito urinário (inferior a 0,5 mL/kg/h) apesar de estímulo diurético, hiperlactacidémia 20, hiperbilirrubinémia 7,8 mg/dL, anemia com Hb 5,2 g/dL, trombocitopenia 28000 e fator

V 10%. Iniciou suporte ventilatório, técnica de substituição renal (TSFR), paracentese evacuadora e suporte transfusional diário. A biópsia hepática confirmou a hipótese diagnóstica de DVO, pelo que manteve terapêutica com defibrotido e foi proposto para transplante hepático. Ao terceiro dia de internamento, foi submetido a transplante hepático com duração estimada de 6 horas (tempo de isquémia fria 7h10min, isquémia quente 36 min), com perdas estimadas na ordem dos 3000 mL. Pós-transplante complicado por discrasia hemorrágica com saída de conteúdo hemático pelos drenos, hemorragia no local de inserção de catéteres e repasse frequente dos pensos de ferida cirúrgica, mantendo necessidade diária de suporte transfusional e isolamento a Parvovirus B19, tendo realizado imunoglobulina e, de seguida, ganciclovir. Também ainda dependente de TSFR e suporte vasopressor com noradrenalina e terlipressina. Todavia, evolução para melhoria progressiva, com aumento do fator V e possibilidade de suspensão do suporte ventilatório, renal e vasopressor ao sexto dia de internamento e alta para a enfermaria subsequente.

Conclusão: O caso demonstra uma rara complicação associada à transplantação medular e onde o defibrotido não permitiu evitar a falência hepática. Apesar das adversidades inerentes à doença hematológica, a transplantação hepática mostrou-se uma solução segura e eficaz.

PO 68

PERFURAÇÃO DA VEIA JUGULAR INTERNA POR INGESTÃO DE ESPINHA DE PEIXE: RELATO DE CASO

João Fustiga; Inês Carolino; Inês Medeiros; Marta Maio Herculano; Rita Ivo; David Nora; Pais Martins
ULS Lisboa Ocidental

Introdução: A presença de corpo estranho no trato gastrointestinal ocorre maioritariamente por ingestão inadvertida, sendo que em 80-

90% dos casos se resolve espontaneamente. As espinhas de peixe são causa frequente em adultos, podendo estas causar perfuração esofágica, uma patologia rara e associada a uma elevada taxa de morbidade e mortalidade. O reconhecimento deste diagnóstico como causa possível de dor abdominal no serviço de urgência (SU) é fundamental para a prevenção de complicações. Neste resumo, apresenta-se um caso de perfuração vascular por ingestão de espinha de peixe.

Descrição de caso: Homem de 44 anos com antecedentes pessoais de infeção crónica por VIH-1 recorreu ao SU por disfagia e sensação de corpo estranho cervical após a ingestão de peixe na refeição anterior. O exame objetivo revelou tumefação puntiforme cervical, ao nível da cartilagem cricoideia, dolorosa à palpação, sem outras alterações. A ecografia à cabeceira do doente evidenciou objeto punctiforme, trespassando a veia jugular interna esquerda (VJIE), sem afeção da artéria carotídea (Imagem 1). O achado foi confirmado por tomografia computacional que identificou também pequeno pneumomediastino.

O doente foi submetido a exploração cirúrgica da VJIE, com remoção da espinha, sem necessidade de rafia vascular e realização de controlo hemostático (Imagem 2). No pós-operatório permaneceu em pausa alimentar até realização de trânsito esofágico, que não revelou anómala retenção do contraste ao nível da hipofaringe, nem extravasamento do mesmo, apresentando esvaziamento esofágico completo. Iniciou dieta oral sem intercorrências. A presença de pneumomediastino levantou a hipótese de mediastinite, tendo cumprido 9 dias de antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Após 9 dias, o doente teve alta com recuperação completa. Na consulta de reavaliação após 1 mês, apresentava correta cicatrização da lesão, sem demais intercorrências.

Conclusão: As complicações mais frequentes

da ingestão de espinha de peixe são abscesso retrofaringeo, perfuração esofágica com mediastinite e perfuração gástrica. Para além disso, as espinhas podem ainda migrar e penetrar estruturas vasculares maior. Antibioterapia empírica de largo espectro deve ser iniciada precocemente com duração de 7 a 10 dias. O caso reportado descreve uma perfuração esofágica por espinha de peixe complicada com perfuração da veia jugular interna, com identificação e abordagem cirúrgica precoce que permitiu uma evolução clínica favorável.

PO 69

TRAUMA PÉLVICO – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Sérgio Serra Carvalho
Vila Real

Introdução: O trauma pélvico (TP) é um dos tipos de trauma mais graves e potencialmente fatais. As suas consequências poderão ser devastadoras, resultando numa elevada morbidade e mortalidade.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar e caracterizar os doentes (TP) admitidos no serviço de emergência (SE) de um centro de trauma.

Métodos: Estudo retrospectivo unicentrico de todos os doentes traumatizados +18 anos admitidos no SE com TP entre janeiro/2020 e dezembro/2023. Dados epidemiológicos relevantes foram coletados de registos clínicos e as fraturas do anel pélvico foram classificadas com recurso a visualização de radiografias e TC.

Resultados: Foram admitidos neste período 112 doentes PT, maioritariamente do sexo masculino (75%), com uma mediana de idade de 47 anos (+- 18 anos). O mecanismo de lesão mais comum foi a queda (41,1%) seguida dos acidentes de viação por motociclo (20,5%) e atropelamentos (14,3%). A mediana do *Injury Severity Score* (ISS) foi de 27,7: 35,6 nos acidentes de viação e de

31,9 nos atropelamentos. Para além das extremidades (60%), os traumatismos associados mais frequentes foram o traumatismo cranioencefálico (38,4%) e o traumatismo torácico (34,8%). A instabilidade hemodinâmica (frequência cardíaca inferior a 100 bpm e/ou pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg) estava presente em 35% dos doentes à admissão. Embora a hemoglobina mediana fosse de 12,5 g/dl (IQR), 29,5% necessitaram de suporte transfusional (UGV) (mediana de 2,51 unidades/doente) e em 39,2% deles foi utilizado ácido tranexâmico. Segundo a classificação de Young Burges, as fraturas LC 1 foram as mais comuns (56,3%), seguidas da LC 2 (13,5%), APC 2 (8,9%), LC 3 (7,1%) e VS. Os doentes com classificação APC 3, APC 1 e LC 2 apresentaram maior ISS à admissão. Os grupos que necessitaram de maior suporte transfusional foram o VS (2,5 unidades de glóbulos vermelhos/doente) e o LC 2 (1,5 unidades de glóbulos vermelhos/doente). A maioria dos doentes (86%) teve tratamento inicialmente não operatório (TNO), mas 14,2% necessitaram de cirurgia para controlo de danos (11,5% foram submetidos a fixação externa, 2,7% a tamponamento pélvico) e 1,8% a embolização radiológica. O grupo LC 2 apresentou o maior tempo de internamento hospitalar (mediana de 41 dias), mas o grupo LC 3 apresentou o maior tempo de internamento no serviço de Medicina Intensiva (mediana de 15,4 dias). A mortalidade hospitalar foi superior no grupo LC 1.

Conclusões: Este estudo mostrou que, apesar das fraturas LC 1 serem mais comuns, os doentes com fraturas LC 2 apresentavam maior gravidade à admissão, com maior *score* ISS, maior instabilidade hemodinâmica e maior necessidade de transfusão de glóbulos vermelhos, resultando num tempo de internamento hospitalar mais longo, mas sem impacto na mortalidade do grupo. O método mais comum para o controlo da hemorragia

foi o TNO, no entanto não se relacionou com maiores *scores* de mortalidade.

PO 70

TRAUMA PÉLVICO – MECANISMO DE LESÃO

Sérgio Serra Carvalho
Vila Real

Introdução: A principal causa de mortalidade em pacientes traumatizados com fraturas pélvicas é o choque hipovolémico.

Objetivo: Analisámos a associação entre mecanismo de lesão, tipo de fratura, necessidade de controlo do foco hemorrágico e os parâmetros clínicos (PAS e FC).

Material e métodos: Este é um estudo retrospectivo descritivo envolvendo doentes traumatizados maiores de 18 anos, com necessidade de internamento de pelo menos 24h em unidade de cuidados intensivos, com fraturas pélvicas e instabilidade hemodinâmica. Instabilidade hemodinâmica foi definida como PAS < 90 mmHg e/ou FC > 100 batimentos/min. A fratura pélvica foi definida pela classificação de Young Burges.

Resultados e conclusões: Um total de 112 doentes traumatizados tiveram fratura pélvica durante o período de 2020 - 2023. Foram incluídos 57 doentes, todos hemodinamicamente instáveis. O sexo predominante foi o masculino em 75,4%, com idade média de 45 +- 21 anos. O mecanismo de lesão mais frequentemente verificado foi acidentes rodoviários em 43,8%, seguido de queda em 31,6%. Apenas 13 doentes necessitaram de abordagem não conservadora (a maioria com necessidade de fixadores externos, 69,2%, e 15,4% dos doentes com necessidade de packing pélvico e angioembolização). Em relação ao mecanismo de lesão, o atropelamento apresentou maior necessidade de controlo cirúrgico (37,5%) comparativamente aos restantes: acidente rodoviários em 16,0% e queda em 22,2%. Estes doentes

apresentavam maior gravidade corroborado pelos parâmetros clínicos (FC média 122 +- 22, PAS 84 +- 38 e lactato 3,1 +- 2,8). Em relação ao tipo de fratura, a instabilidade mecânica esteve presente em 66,7% dos doentes com mecanismo por queda, 50% em atropelamentos e 20% em acidentes rodoviários. O mecanismo de lesão poderá constituir um importante indicador da necessidade de maior estabilização do doente e intervenção cirúrgica precoce. Ao analisarmos o mecanismo da lesão, observamos que é preditivo da necessidade de controlo de foco hemorrágico e estabilização da fratura e, portanto, devem ser considerados em conjunto com dados clínicos (PAS e FC) na abordagem inicial, apesar de não apresentar relevância estatisticamente significativa.

PO 71

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE DE ETIOLOGIA RARA E COM COMPLICAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Marta Magno; Rita Santos Martins;
Cátia Ribeiro Santos; Luís Pereira
ULS Leiria

Introdução: A Pneumonia adquirida na Comunidade é mais comumente causada por *S.Pneumoniae* ou *H.Influenza*.

Em casos raros, *S.Pyogenes* pode originar quadros pneumónicos, com complicações potencialmente fatais.

Descrição do caso: Mulher, 58 anos. Fumadora. Sem patologia respiratória conhecida.

Recorre ao SU por quadro de dispneia, dor pleurítica à direita e febre. À admissão hipotensa, com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica. Elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiologicamente com exuberantes densificações alveolares bilaterais. Inicia empiricamente ceftriaxone e azitromicina. Deterioração clínica com agravamento de IR e falência a VNI, com necessidade de EOT. Admitida no SMI por choque séptico por

Pneumonia multilobar adquirida na Comunidade. Hemoculturas e estudo bacteriológico da expectoração colhidos à admissão com isolamento de *S.Pyogenes* multissensível, fez switch de azitromicina para clindamicina. Ao 4º dia de SMI, pneumonia complicada com pneumotórax espontâneo à direita, apesar de ventilação protetora. Colocado dreno torácico em aspiração ativa, com objetivação de diferencial persistente entre o volume expirado e inspirado, assumindo-se a presença de fistula bronco-pleural. Apesar do aumento progressivo da pressão de aspiração verificou-se agravamento da IR pelo que foi suspensa a aspiração e colocado 2º dreno torácico que se manteve funcionante.

Realizada discussão multidisciplinar, procedendo-se a tentativa de ventilação seletiva do pulmão esquerdo (tubo de duplo lúmen) não tolerada pelo doente por instabilidade hemodinâmica. Foram ajustados os parâmetros ventilatórios com objetivo de ventilação ultraprotetora e minimizar fugas.

Apesar das medidas instituídas, manteve fuga de ar exuberante. O 1º dreno torácico deixou de estar funcionante, pelo que se retirou e foi colocado um 3º dreno em posição mais anterior que se manteve com fuga apenas em fase inspiratória com melhoria ventilatória.

Plano de desmame ventilatório, foi traqueostomizada, com otimização e reforço de reabilitação.

Ao 22º de internamento a apresentar melhoria do quadro infeccioso, com melhoria analítica e melhoria da insuficiência respiratória.

Conclusão: Destaque para a evolução clínica desta doente, marcada por uma complicação grave do quadro inicial e que levou a uma gestão tanto ventilatória como hemodinâmica complexa, alerta para a potencial gravidade da pneumonia por *S. pyogenes*. A discussão multidisciplinar e um plano terapêutico adequado levaram a um melhor *outcome* apesar da gravidade do quadro.

PO 72

METEMOGLOBINEMIA INDUZIDA POR PRIMAQUINA – RELATO DE CASO

Rita Leite Cruz¹; César Vieira²; Pedro Silva¹; Rui Pereira²; Nuno Germano²

¹Hospital de São José; ²Hospital Curry Cabral - ULS São José

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PJP) é uma infeção fúngica que afeta principalmente indivíduos imunocomprometidos, cujos sintomas incluem febre, tosse, dispneia e hipoxia. O diagnóstico baseia-se na apresentação clínica, imagiologia com infiltrados intersticiais bilaterais e confirmação por PCR ou microscopia de amostras respiratórias. O tratamento envolve antimicrobianos como trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) ou pentamidina, e cuidados de suporte. A metahemoglobinemia é um efeito secundário com risco de vida associado a vários fármacos, entre os quais a primaquina. Quando os mecanismos endógenos de contração do stress oxidativo são ultrapassados, a hemoglobina é oxidada a metahemoglobina (MetHb). Este processo resulta em hipoxia tecidual, apesar de trocas gasosas alveolares adequadas, devido à maior afinidade do oxigénio pela MetHb. Um dos principais fatores de risco é o défice de glucose-6-fosfato desidrogenase (G6PD).

Descrição do caso: Um homem de 47 anos, sob imunossupressão com tacrolímus, ácido micofenólico e prednisolona, foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por suspeita de pneumonia por PJP, tendo iniciado tratamento empírico. Após a admissão na UCI, o tratamento com TMP-SMX foi alterado para primaquina devido a toxicidade hematológica. Progressivamente, a oximetria de pulso (SpO₂) diminuiu, apesar de níveis normais de PaO₂. A co-oximetria revelou que a fração de oxihemoglobina (FO₂Hb) diminuiu enquanto que a de MetHb aumentou, sugerindo que a

primaquina poderia ser a responsável pela metahemoglobinemia. O tratamento foi alterado para pentamidina e foi administrado ácido ascórbico. Os níveis de MetHb diminuíram subsequentemente, com normalização da SpO₂ e da FO₂Hb. A atividade da G6PD encontrava-se dentro do intervalo normal. A pentamidina foi mantida por um total de 21 dias, enquanto o paciente recuperava lentamente.

Conclusão: A metahemoglobinemia é uma complicação rara do tratamento com primaquina. A sua gravidade depende do tempo entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento. Uma diferença entre FO₂Hb e a SpO₂ pode indicar esse diagnóstico. O medicamento causador deve ser suspenso, e o tratamento específico é indicado para níveis de MetHb acima de 20%. Recomenda-se verificar a atividade da enzima G6PD antes de iniciar o tratamento com medicamentos de alto risco, como a primaquina.

PO 73

VASCULITES ANCA NA UCI – O DESAFIO DA HETEROGENEIDADE

Ana Cláudia Cunha; Claudia Diogo; Ana L. Albuquerque; Patrícia Fernandes; Joana Monteiro; Odete Gomes; Luís Pereira
ULS Região de Leiria

As vasculites ANCA são doenças raras, com prevalência de menos de 200 casos por milhão de pessoas. São um conjunto de doenças auto-imunes sistémicas caracterizada pela presença de anticorpos contra a serina-proteínase 3 (PR3) ou mieloperoxidase (MPO), com clínica heterogénea e gravidade variável. No espectro de maior gravidade podem manifestar-se com lesão de órgão alvo severa, com necessidade de suporte orgânico. Os autores descrevem 3 casos de doentes com clínica aguda de vasculite ANCA, sem diagnóstico prévio à admissão hospitalar.

Caso 1: Mulher de 30 anos, diagnosticada com vasculite ANCA MPO, com envolvimen-

to renal. Admissão hospitalar por queixas de dispneia aguda em doente asmática, sendo encaminhada para a sala de emergência por acidemia metabólica grave. Destacavam-se ainda no quadro de admissão anemia grave, infiltrados pulmonares bilaterais algodonosos (sem hemorragia alveolar em broncofibroscopia) e oligo-anúria com lesão renal exuberante (creatinina 18mg/dL). É admitida em UCI para suporte renal, e é no estudo daí decorrente que é feito o diagnóstico. Foi transferida para centro de referência, onde foi tratada com rituximab, sem que contudo tenha recuperado a função renal. Está atualmente a aguardar transplante renal.

Caso 2: Homem de 47 anos, que recorre ao SU em contexto de astenia, dispneia e tosse com expectoração sanguinolenta, e noção de diminuição da diurese desde há 5 dias. Desde a admissão com disfunção renal e respiratória, destacando-se infiltrados bilaterais pulmonares (com hemorragia alveolar posteriormente confirmada), acidemia metabólica e creatinina de 8.5mg/dL, e anemia com necessidade transfusional. Este quadro levantou suspeição clínica, que veio a confirmar-se como vasculite ANCA MPO. O doente foi admitido em UCI, onde fez plasmaferese sendo depois transferido para centro de referência, de onde teve alta para programa de hemodiálise.

Caso 3: Mulher de 49 anos, internada em contexto de pneumonia cavitada com insuficiência respiratória ligeira, sem outras disfunções. Durante o internamento evolui com neuropatia periférica, agravamento rápido da função renal e episclerite, que levantam a suspeição clínica de vasculite, que vem a confirmar-se - ANCA PR3. Apesar da terapêutica com ciclofosfamida, há agravamento de disfunção respiratória, tendo sido admitida em UCI onde fez rituximab, suporte orgânico e plasmaferese. Houve ainda compromisso do sistema nervoso central, que evoluiu para hidrocefalia, com necessidade de apoio neuro-

cirúrgico. A evolução clínica foi favorável, tendo a doente tido alta hospitalar para unidade de reabilitação.

As vasculites ANCA são raras e podem ter evolução rápida e compromisso multissistémico. É necessário conhecimento do potencial quadro sindrômico para que haja suspeição clínica, marcha diagnóstica e tratamento assertivo e atempado, com impacto sobre o prognóstico.

PO 74

NEM TUDO É CHOQUE SÉPTICO

Joana Pires Coelho¹; Sérgio Cabaço²;
Marta Gonçalves²; Luísa Valente²; Armando Graça²;
Luís Bento²

¹Hospital de Cascais; ²ULS São José - Hospital de São José

O choque é um processo agudo e dinâmico que ocorre quando existe uma entrega ou consumo inadequado de oxigénio pelos tecidos. Por se tratar de uma emergência médica o reconhecimento precoce é essencial, bem como a sua etiologia.

Apresentamos um caso de uma doente de 83 anos com antecedentes de insuficiência cardíaca hipertensiva e fibrilhação auricular que recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 3 dias de evolução de astenia, dispneia e dor restroesternal. À admissão hipertensa, taquicárdica em ritmo de fibrilhação auricular, à auscultação pulmonar com ferveres bilaterais, edema dos membros inferiores e dor abdominal no hipogastro e hipocôndrio direitos. Analiticamente a destacar PCR 17.1 mg/L. É solicitada TC-TAP com contraste que revela ligeira ascite com líquido perivesicular e hiper-realce da mucosa da vesícula biliar.

Evolução com hipotensão, com hiperlactacidemia 6 mmol/L, extremidades frias, taquipneia, oligúria e acidemia metabólica. Analiticamente a destacar padrão citocolestático com AST 1443 UI/L, AST 1217 UI/L, LDH 1389 UI/L, bilirrubina total 1.66 mg/dL

e elevação de INR. Assumido choque séptico com ponto de partida em colecistite aguda, pelo que é pedida avaliação por Cirurgia Geral que colocou indicação cirúrgica. No intraoperatório realizada colecistectomia, no entanto sem achados compatíveis com colecistite.

Transferida para a unidade de cuidados intensivos sob ventilação mecânica invasiva. Extubada em D1 de internamento, normotensa, com resolução da acidemia metabólica e hiperlactacidemia. Ecocardiograma transtóxico revelar insuficiência tricúspide moderada-grave, com dilatação biauricular, fração de ejeção diminuída e dilatação da veia cava inferior. Estudo de hepatites e doseamento de acetaminofeno negativos. Assumida insuficiência cardíaca descompensada em doente com cardiopatia valvular e sinais de sobrecarga direita com hepatopatia congestiva. Iniciou terapêutica com amiodarona e furosemida. Verificada melhoria das disfunções de órgão, nomeadamente hepática.

Transferida para unidade de intermédios mantendo evolução favorável ao longo de todo o internamento.

O presente caso clínico reflete o desafio que existe por vezes na distinção entre choque séptico com ponto de partida abdominal e choque cardiogénico com insuficiência cardíaca e sobrecarga direitas a condicionar hepatopatia congestiva.

PO 75

A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Marta Pinheiro; Claudia Raquel Pratas
CHULC

Introdução: Numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) são prestados cuidados de saúde a doentes que necessitam de suporte técnico e monitorização contínua, mas que ainda não são candidatos a suporte ou substituição de órgão, não reunindo, portanto, critérios para internamento numa Unidade de Cuidados

Intensivos (UCI). Em 2022, a UCIM onde incide o estudo integrava 5 camas e era assegurada por uma equipa de Medicina Interna.

Objetivo: O presente estudo analisa a população de doentes internados na UCIM durante o ano de 2022, e tem como objetivo analisar o contexto de admissão, evolução clínica e *outcomes* como a mortalidade e perda de autonomia.

Material e métodos: Este estudo foi realizado a partir de dados clínicos dos doentes internados na UCIM no ano de 2022. A análise estatística dos dados colhidos foi efetuada utilizando o software SPSS V.27.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 255 doentes, com uma média de 71,9 anos de idade, dos quais 38,0% eram do sexo feminino e 62,0% do sexo masculino. A maioria dos doentes deu entrada proveniente do serviço de urgência (32,9%), do internamento de Medicina Interna (32,9%) ou de uma UCI polivalente (18,8%). A maioria das admissões foi num contexto de disfunção orgânica (67,8%), sendo a disfunção respiratória a mais comum (34,1%). Os restantes foram admitidos em contexto de descalamento de cuidados (15,3%) ou apenas por necessidade de monitorização (16,9%). Cerca de 71,4% foram posteriormente para nível I, e 8,6% necessitaram de escalar cuidados para UCI. A taxa de mortalidade na UCIM foi de 14,5%, sendo a mortalidade hospitalar de 33,0%. Diversos fatores demonstraram relação com a taxa de mortalidade, como os dias de internamento prévio, presença e número de disfunções de órgão, necessidade de vasopressores e de uso de oxigenoterapia de alto fluxo ($p < 0,05$). Dos que tiveram alta, a realçar, ainda, que houve uma perda significativa de autonomia ($p < 0,05$). Constatou-se que apenas 38,0% dos doentes tinham registo explícito quanto à existência de limitação terapêutica e não foram utilizados *scores* de gravidade. Numa UCIM, a variabilidade diagnóstica e a

complexidade clínica realçam a importância de prestar cuidados de alta qualidade e de forma eficiente. Assim, consideramos essencial estabelecer precocemente os objetivos, plano e limites terapêuticos para cada doente de forma individualizada e baseada em evidência científica.

PO 76

SÍNDROME DE WEIL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Paulo Fernandes; João Oliveira; Paulo César; Filipe Almeida; José Vaz
ULS Baixo Alentejo

A leptospirose é uma zoonose transmitida aos seres-humanos por contacto mucocutâneo com urina, solo ou água contaminada. Geralmente manifesta-se como doença ligeira a moderada, contudo em cerca de 5-10% dos casos pode evoluir com icterícia (síndrome de Weil) e ser potencialmente fatal, atingindo uma taxa de mortalidade de 40% para pacientes com >60 anos de idade. As manifestações clínicas são frequentemente inespecíficas, mas os casos mais graves podem cursar com a tríade clássica de hemorragia, icterícia e Lesão Renal Aguda (LRA). O tratamento do Síndrome de Weil é baseado em terapêutica de suporte e antibioterapia dirigida.

Relatamos o caso de um doente de 61 anos de idade do sexo masculino, trabalhador agrícola, admitido no Serviço de Urgência por um quadro com 2 dias de evolução de diarreia, febre e lombalgia bilateral. À admissão apresentava-se com bom estado geral, hemodinamicamente estável, sem sinais de desidratação e sem evidência clínica de pielonefrite. Analiticamente destacava-se trombocitopenia grave, aumento de parâmetros inflamatórios, LRA estadio KDIGO 1, leucocitúria e proteinúria. O doente foi admitido para investigação etiológica sob antibioterapia empírica com Piperacilina / Tazobactam. Verificou-se uma rápida deterioração da função

hepática com hiperbilirrubinémia >20mg/dL, disfunção renal com necessidade de iniciar Técnica de Substituição Renal (TSR) e disfunção hematológica com trombocitopenia <20.000/uL, motivo pelo qual foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos ao 2º dia de internamento hospitalar. Pela presunção infeção por *Leptospira* iniciou Doxiciclina, confirmado-se o diagnóstico com identificação de Ac IgM positivo para *Leptospira* (com IgG negativo). Assistiu-se posteriormente a uma melhoria clínica progressiva com regressão das disfunções de órgão, à exceção da disfunção renal, mantendo necessidade de TSR, motivo pelo qual foi transferido para o serviço de Nefrologia do Hospital de referência após 11 dias de internamento. O doente acabou por recuperar função renal e estado funcional prévio ao internamento. Apesar de ser uma patologia incomum, deve fazer parte do diagnóstico diferencial de um doente com quadro séptico de origem desconhecida e com contexto epidemiológico compatível. A suspeição clínica permite iniciar antibioterapia dirigida precocemente, o que influencia positivamente o prognóstico.

PO 77

CASO DE INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS NUM JOVEM

Marta Costa Pinheiro; Carolina Alegria; Marta Ramos; Joana Coelho; Sónia Baldo; Raquel Nunes; Inês Hermenegildo; Carina Carvalho; Armindo Ramos
Hospital de Cascais

Introdução: A intoxicação por organofosforados é uma entidade grave que obriga a monitorização e intervenções terapêuticas precoces. Apesar de cada vez menos frequentes, continuam a registar-se casos de intoxicações por organofosforados, não só em meios rurais, mas também em localidades urbanas.

Descrição: Jovem de 28 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, foi trazido ao

Serviço de Urgência (SU) após ter ingerido voluntariamente cerca de 10-20mL de inseticida contendo organofosforados na sua composição, referindo ter apresentado um episódio de vômito pouco tempo após a sua ingestão. À admissão no SU apresentava-se hemodinamicamente estável e sem evidência de sintomas muscarínicos ou nicotínicos, tendo sido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para vigilância. Apesar de inicialmente se ter mantido estável e assintomático, cerca de 16h após admissão em UCI iniciou subitamente quadro de náuseas, fasciculações e fraqueza muscular generalizadas e dificuldade respiratória. Concomitantemente, apresentou episódio de bradicardia com frequência cardíaca mínima de 35 bpm que reverteu após administração de um total de 2mg de atropina. Atendendo ao rápido agravamento clínico, foi necessário proceder-se a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI), bem como ao início de perfusão de atropina e cloreto de obidoxima. Do ponto de vista analítico, a salientar doseamento inicial de colinesterase de 440 U/L, que desceu para valores indoseáveis após 24h.

Durante o internamento em UCI, manteve perfusão de obidoxima durante 4 dias, tendo sido necessário prolongar a perfusão de atropina até às duas semanas.

Do ponto de vista respiratório, a destacar difícil autonomização ventilatória por fraqueza muscular e broncorreia abundante, tendo sido possível proceder-se a extubação ao fim de 12 dias de VMI. A salientar também desenvolvimento de lesão renal AKIN III – creatinina máxima 4.07 mg/dL –, em contexto de nefrotoxicidade associada a organofosforados, resolvida sem necessidade de iniciar técnica de substituição da função renal.

Conclusão: O presente caso pretende alertar para a importância da monitorização apertada e tratamento precoce dos doentes com intox-

icações por organofosforados, uma entidade cada vez menos frequente. Mesmo em casos de ingestão de reduzida quantidade deste tipo de compostos, o agravamento clínico pode ser súbito e, apesar de intervenções terapêuticas atempadas, a duração de VMI e o internamento em UCI podem ser prolongados.

PO 78

IMAGEM EM MEDICINA INTENSIVA: FRATURA IN EXTREMIS

Inês Sousa Quinteiro¹; Mafalda Leal²; Grace Staring³; Michele Costa¹; Luís Bento¹

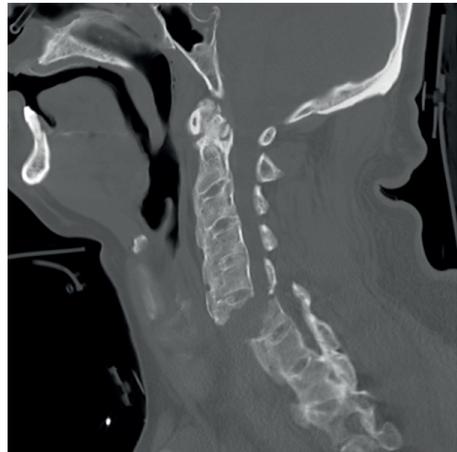
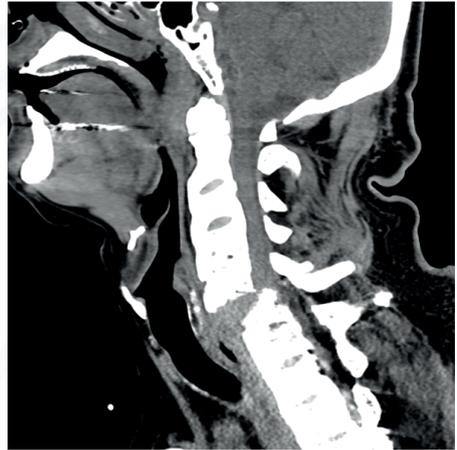
¹Unidade de Urgência Médica - Unidade Local de Saúde de São José; ²Serviço de Medicina 2.1 - Unidade Local de Saúde de São José; ³Hospital de Cascais

Introdução: O trauma vértebro-medular (TVM) é, na sua maior parte, resultante de traumatologia de alta energia. A lesão medular cervical ocorre em 50% dos doentes com fraturas vertebrais da coluna cervical, sendo que C5 é o nível mais frequentemente afetado. Os mecanismos fisiopatológicos da TVM dividem-se em lesão primária e lesão secundária, que ocorre devido a inflamação, instabilidade hemodinâmica e mobilização inapropriada.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um homem de 49 anos, sem antecedentes de relevo, helitransportado na sequência de tentativa de suicídio por enforcamento em ponte, com queda subsequente de 10 metros e embate em pilar de betão. À admissão encontrava-se em Glasgow Coma Scale (GCS) de 14, com défice sensitivo bilateral até ao nível da região mamilar (T1/T2), défice de motor abaixo de C5 e toque retal com esfíncter hipotónico. Realizou tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical que mostrou fratura-luxação de C5-C6, com marcada diástase dos topos fraturários (11 mm), a condicionar marcada deformação e redução do calibre central do canal raquidiano. Foi admitido na UCI para vigilância neurológica e

submetido a artrodese anterior com placa e parafusos. Realizou ressonância magnética (RM) cervical de controlo com persistência de luxação posterior de C5 e compressão medular, com indicação para 2.º tempo operatório pela estabilidade precária com fixação anterior. Manteve-se ventilado invasivamente por fraqueza dos músculos respiratórios e tosse ineficaz, tendo sido posteriormente traqueostomizado. Após retirada do dreno cervical anterior, verifica-se agravamento da lesão neurológica com subida do nível de défices motores (de C5 para C4) associado a sintomas disautonómicos de novo, tais como hipotensão, bradicardia e priapismo. Neste sentido, fez RM crânioencefálica que demonstrou compressão medular de C5 e edema desde a transição bulbomedular até T2, com prováveis componentes hemáticos intramedulares. Devido a úlcera de pressão da região occipital, foi protelada a fixação posterior da coluna cervical. Manteve lesão medular ASIA A. Teve alta ao 25º dia para uma Unidade de Cuidados Intermédios, após a qual foi submetido a fixação C4-C6 por via posterior e a ulceroectomia occipital, bem como reabilitação motora e terapia da fala.

Conclusão: O TVM é uma causa importante de mortalidade e morbilidade no adulto jovem, resultando em incapacidade funcional a longo prazo, internamentos prolongados e numa multiplicidade de complicações, além de necessitar de reabilitação intensiva e demorada. Neste contexto, apresentamos o caso e a imagem de TC de um doente com lesão medular alta traumática a condicionar insuficiência respiratória, com agravamento dos défices por lesão secundária, e múltiplas complicações infecciosas e disautonómicas no decorrer do internamento.



PO 79

QUANDO A SUSPEIÇÃO FAZ A DIFERENÇA: UM CASO DE TROMBOSE VENOSA CEREBRAL

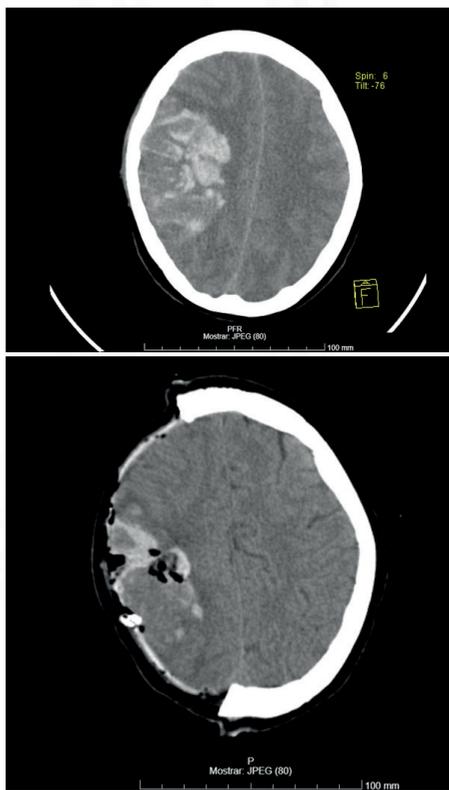
Rita Dos Santos Almeida; Bárbara Quental;
Patrícia Carrão; Catarina Ferros;
Andreia Ferreira Moreira Lopes; Joana Cunha;
Inês Barros; Carla Santos; Henrique Santos;
Ana Albuquerque
ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução: Dentro dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), a trombose venosa cerebral é o menos comum e o diagnóstico pode ser mais desafiante. Este tipo de AVC está associado a fatores de risco como o puerpério, a gravidez e a toma de contraceptivos orais (ACO), ocorrendo de forma mais frequente em mulheres.

Descrição do caso: Mulher, 21 anos, fumadora, sem antecedentes pessoais, sob ACO como única medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência (SU) por cefaleia hemcraniana direita como início 12 horas antes. À admissão no SU: hemiplegia esquerda, disartria, paresia facial central esquerda, Glasgow 14. Na angio-TC cerebral da admissão com hemorragia corticosubcortical frontoparietal direita com efeito de massa. Após 6 horas apresentou agravamento clínico (Glasgow 8) e imagiológico (aumento do hematoma com desvio da linha média de 16 mm) tendo sido submetida a uma craniectomia frontotemporo-parietal direita e drenagem do hematoma emergente. Admitida no pos-operatório imediato no serviço de medicina intensiva (SMI) para continuação de cuidados. Durante o tempo de internamento no SMI, foi completada a marcha diagnóstica, tendo feito RMN-CE e VenóTC. Em conjunto com o serviço de neurocirurgia, neurorradiologia e unidade de AVC e, após cruzar as imagens dos vários meios complementares diagnósticos, a etiologia mais provável para a hemorragia intracerebral espontânea (HIC) seria trombose venosa cerebral de veia cortical, tendo indi-

cação para iniciar enoxaparina terapêutica. Ponderado risco-benefício de início de hipocoagulação em dose terapêutica, tendo em conta o diagnóstico e a neurocirurgia recente, e após discussão multidisciplinar foi decidido iniciar enoxaparina 0,5 mg/Kg 12/12h. A doente esteve internada no SMI durante 15 dias onde apresentou evolução favorável. Apresentava, à data de transferência, disartria, paresia facial central esquerda menor, hemiparesia esquerda, Glasgow 15. Transferida para a unidade de AVC para continuação de cuidados e reabilitação.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico da trombose venosa cerebral, entidade pouco comum mas responsável por elevada morbidade, sendo necessária uma elevada suspeição diagnóstica. De ressaltar ainda a importância de uma equipa multidisciplinar em prol do melhor *outcome*.



AND STILL I RISE!

Joana R. Luis¹; Isa Cordeiro²; Dr. Ary Sousa³;
Dra. Ana Taia Cysneiros³; Prof Dr. Luis Bento³

¹Hospital de Vila Franca de Xira; ²Hospital Portimao;

³UUM

Introdução: A obesidade afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo. A principal causa de admissão de doentes super-obesos na UCI é a patologia pulmonar com insuficiência respiratória. Estes doentes são desafiadores não só na prestação de cuidados assim como no estabelecimento dos limites terapêuticos em caso de falência do tratamento.

Descrição do caso: Mulher de 56 anos, trazida ao serviço de urgência por dispneia, tosse e febre com três dias de evolução. Dos antecedentes pessoais a ressaltar obesidade grau III (IMC 102), síndrome apneia obstrutiva do sono, ex-fumadora. À admissão no serviço de urgência encontrava-se sonolenta, dispneica, auscultação pulmonar de difícil avaliação. Dos exames complementares de diagnóstico destacava-se acidémia respiratória não compensada com insuficiência respiratória global. Iniciou anti-bioterapia empírica e ventilação não invasiva assumindo pneumonia grave, adquirida na comunidade. Admitida na UCI para otimização da ventilação tendo evoluído desfavoravelmente com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Durante o internamento apresentou complicações como pneumonia associada à ventilação, bacteriémia com ponto de partida cutâneo, delírium misto e miopatia. Efetuou tentativa de extubação após 20 dias de ventilação invasiva para máscara de Venturi, com falência e necessidade de re-intubação por exaustão respiratória. Perante todas estas complicações o que fazer? Otimização ventilatória e nova tentativa de extubação? Limitação de cuida-

dos? Após discussão multidisciplinar decisão de limitação do suporte de vida pela condição clínica do doente, não se perspetivando benefício em nova re-intubação. Intensificou reabilitação, até otimização do seu estado físico e mental. Ao atingir parâmetros ventilatórios considerados adequados (PEEP 8, PS 6, FiO2 25%), procedeu-se à extubação para ventilação não invasiva em modalidade BIPAP, com sucesso. Após 59 dias de internamento hospitalar, apresentou condições clínicas para alta para domicílio. Seis meses após a alta hospitalar, a doente encontra-se melhorada, recuperou capacidade de deambular no domicílio, a tolerar VNI noturno, sem oxigénio suplementar. **Conclusão:** O caso apresentado vai de encontro à bibliografia consultada que mostra que os doentes super obesos (IMC > 50Kg/m²) são mais comumente admitidos na UCI por diagnósticos do foro respiratório e estão associados a tempos de internamento mais longos. As particularidades fisiológicas dos doentes obesos acarretam maior probabilidade de complicações pulmonares e na necessidade de ventilação invasiva, está recomendada a aplicação de ventilação não invasiva após a extubação, como demonstrou De Jong, et al (2017). Os estudos verificaram também que a superobesidade não estava associada a aumento de mortalidade da Unidade de Cuidados intensivos, mantendo a pertinência de investimento clínico nestes doentes.

PO 82

UM SORRISO NEM SEMPRE É O MELHOR REMÉDIO: UM CASO CLÍNICO DE UM EMPIEMA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Ana Catarina Pina Pereira; Mafalda Leal;
Mariana Gaspar; Armando Graça; Luís Bento
CHULC

Introdução: O empiema subdural consiste numa coleção de pus no espaço subdural intracraniano, habitualmente associada a uma infeção anatomicamente contígua. É uma patologia incomum, sendo a precocidade do seu diagnóstico e tratamento fulcral para evitar desfechos desfavoráveis. Os microrganismos mais frequentemente associados são bactérias anaeróbias como *Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Haemophilus influenzae*. Todavia, devido à natureza encapsulada da infeção, é desafiante o isolamento microbiológico destes agentes causadores de doença.

Descrição do caso: Mulher de 28 anos com história médica de diabetes mellitus gestacional e síndrome depressivo não medicado. Admitida por cefaleia associada a alteração do estado de consciência, crise tónico-clónica generalizada e febre, em doente com história recente de abscesso dentário. À admissão hospitalar com GCS 6T (01VTM5) e sinal de Babinski à esquerda, sem meningismo, com necessidade de suporte ventilatório e sem necessidade de suporte vasopressor. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, doseamento de tóxicos negativo. TC-CE sem alterações, punção lombar com discreta pleocitose no líquido cefalorraquidiano com glicorraquia de 112mg/dl e proteinorraquia de 36mg/dl com cultural estéril. Tendo em conta a clínica, iniciou terapêutica empírica para infeção do SNC com ceftriaxone, vancomicina, ampicilina e aciclovir, optando-se pelo internamento em unidade de cuidados intensivos para continuação de

cuidados e estudo complementar. Realizou RM-CE com evidência de sinusite complicada de empiema subdural frontal anterior direito e EEG com encefalopatia moderada com disfunção do hemisfério direito. Pela história de abscesso dentário, foi observada por Estomatologia com extração de peça dentária tendo sido assumido este como foco infeccioso primário, colocando-se assim a hipótese diagnóstica de abscesso dentário complicado com sinusite e empiema subdural frontal direito por contiguidade com isolamento de *Streptococcus constellatus* e *Staphylococcus lugdunensis* no exsudado dos seios perinasais, previamente colhido. Apresentou evolução clínica favorável sob terapêutica dirigida.

Conclusão: Os autores pretendem mostrar um caso singular de empiema do SNC com ponto de partida em abscesso dentário com sinusite complicada. Trata-se de uma patologia infrequente, mas cujo diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais na prevenção de complicações associadas, como as convulsões, abscessos cerebrais ou déficits neurológicos permanentes, associadas a maior morbimortalidade.

PO 83

ENTRE NÁUSEAS E ANÁLISES: DESVENDANDO A SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA

Rita Dos Santos Almeida¹; Bárbara Quental¹;
Patrícia Carrão¹; Mariana Trigo Miranda¹; João Faia²;
Inês Barros¹; Filipa Almeida¹; Carla Santos¹;
Ana Albuquerque¹

¹ULS Viseu Dão-Lafões; ²ULS Região de Aveiro

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) representa uma emergência oncológica. Tem a sua génese numa lise celular maciça que cursa com libertação para a circulação sistémica de grandes quantidades de potássio, fosfato e ácidos nucleicos (hiperuricemia). Na maioria das vezes ocorre após início de terapia citotóxica, podendo, contudo, ocorrer de forma espontânea.

Descrição do caso: Homem, 80 anos sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao serviço de urgência (SU) por anorexia, náuseas e vômitos com uma semana de evolução, acompanhados de desconforto na região peri-umbilical. Ao exame objetivo, de relevo, escleras ictericas e dor à palpação abdominal, sem organomegalias nem adenopatias palpáveis. Do estudo analítico: trombocitopenia, lesão renal aguda KDIGO 3, hiperbilirrubinemia à custa da direta, elevação da LDH (1817 UI/L) e da fosfatase alcalina, elevação dos parâmetros inflamatórios e acidose metabólica com hiperlactacidemia. A ecografia abdominal revelou volumosa esplenomegalia (baço ~20 cm), hepatomegalia, adenopatias no hilo hepático e região epigástrica. O doente foi admitido na Sala de Observações (SO) do SU com evolução desfavorável após 4 dias: hipovolémico, com diminuição do perfil tensional e do débito urinário, agravamento da função renal, acidemia metabólica. Analiticamente com hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperuricemia (13.3 mg/dL) assumiu-se SLT espontânea secundária a doença linfoproliferativa que foi confirmada pela realização de imunofenotipagem de sangue periférico que revelou a presença de células B clonais lambda de tamanho intermédio e tamanho grande, com fenótipo compatível com linfoma da zona marginal com transformação para linfoma B difuso de grandes células. Por necessidade de início de diálise e, dada a instabilidade hemodinâmica, admitido no serviço de medicina intensiva (SMI) para início de técnica de substituição da função renal (TSFR) contínua. Durante a permanência no SMI, iniciou TSFR com hemodiafiltraçãoovenovenosa contínua (inicialmente com dose de diálise 30 ml/Kg/h, sem hipocoagulação regional, sem remoção) e terapêutica com rasburicase (7.5 mg id) e prednisolona (1mg/Kg/dia). Realizada biópsia da medula óssea que mostrou um padrão compatível com envolvimento por linfoma

da zona marginal tipo esplênico. Verificou-se evolução favorável, com melhoria do perfil hemodinâmico e analítico, e em D6 de SMI foi transferido para a enfermaria de hematologia com apoio da nefrologia por manter necessidade de TSFR.

Conclusão: Apesar de menos comum, a SLT pode ocorrer de forma espontânea, principalmente em doenças com elevado turnover celular. Este caso alerta-nos para a necessidade de alta suspeição diagnóstica e de implementação precoce de medidas, incluindo TSFR precoce, de modo a evitar as elevadas morbidade e mortalidade associadas ao SLT.

PO 84

HERNIAÇÃO ABDOMINO-TORÁCICA EM DOENTE POLITRAUMATIZADA: A GESTÃO DE UM CASO

Stanislav Tsisar; Catarina Pereira; Mariana Gaspar; Joana Coelho; Carolina Alegria; Armando Graça; Luís Bento
Hospital de São José

Introdução: O trauma grave constitui um vasto leque de patologias obrigando a uma abordagem multidisciplinar. A hérnia diafragmática pós-traumática é uma dessas patologias, tendo origem em traumatismos com aumento da pressão intra-abdominal. É uma condição rara, mas com elevado risco de vida associado.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma doente de 42 anos, sexo feminino, vítima de atropelamento com traumatismo craneoencefálico, trauma vertebro-medular, trauma da bacia, trauma torácico e abdominal com extensa rotura diafragmática esquerda e com volumosa hérnia intratorácica do estômago e ansas intestinais, condicionando atelectasia completa do pulmão esquerdo com compromisso ventilatório e necessidade de suporte ventilatório. Apresentou ainda concomitante secção mesentérica parcial com isquémia irreversível do intestino delgado. O tratamento cirúrgico emergente foi decidido tendo sido

realizada ressecção intestinal e rafia diafragmática por laparotomia, que decorreu sem intercorrências. O tratamento cirúrgico dos restantes traumas foi realizado a posteriori, verificando-se evolução clínica favorável.

Conclusão: Os autores pretendem alertar para a importância do reconhecimento e do tratamento precoces da laceração diafragmática pós traumática, tratando-se de uma condição rara, mas com complicações graves, apresentando, para tal, um caso de politraumatismo por atropelamento com laceração diafragmática extensa associada a disfunção ventilatória e a isquémia intestinal.

PO 86

PERIGO INVISÍVEL: EMBOLIA GASOSA VENOSA RETRÓGRADA COMO COMPLICAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

João Serras Almeida Nunes¹; Professor Luis Bento²; Ana Margarida Fernandes¹; Luis Maia Morais¹

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro;

²Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital de São José

A embolia gasosa é um evento clínico de causa maioritariamente iatrogénica e que pode resultar em consequências sérias de morbidade e até morte. (1) A embolia gasosa pode ser arterial ou venosa, distinguindo-se pelo mecanismo de entrada do gás e do local final onde este se aloja. Na embolia venosa o gás é transportado até às artérias pulmonares causando interferência nas trocas gasosas, arritmias cardíacas, hipertensão pulmonar, sobrecarga do ventrículo direito e na forma mais grave, paragem cardio-respiratória. Na embolia arterial o gás entra nas veias pulmonares ou diretamente nas artérias da circulação sistémica (barotrauma por decompressão ou embolia paradoxal). [s1] Há ainda um terceiro mecanismo fisiopatológico de embolia venosa que se comporta como embolia arterial, é o caso da embolia gaso-

sa venosa, retrógrada que ocorre quando a pressão venosa central é inferior à pressão atmosférica. Estes alojam-se no cérebro.

Este póster descreve o caso clínico de um homem de 59 anos com internamento prolongado em UCI e enfermaria após cirurgia eletiva de obstrução intestinal em contexto de doença de Crohn. Em D38 de internamento, é-lhe removido o CVC JD, ocorrendo uma alteração subida do estado de consciência (GCS 4) e desvio conjugado do olhar para esquerda. O TC-CE revelou densidades gasosas nos sulcos corticais dispersas no espaço subaracnoideu das convexidades hemisféricas cerebrais. Pela coincidência temporal e achados imagiológicos considerou-se AVC embólico de etiologia gasosa secundário a remoção do CVC. Evolui com Estado de Mal não convulsivo que prolonga necessidade de sedação e VMI. Este póster ilustra uma complicação rara, mas com elevado grau de morbidade, associada aos acessos venosos centrais. O clínico está normalmente atento às complicações aquando da colocação (ex: hemorragia, pneumotórax, etc) e da manutenção (sobretudo no controlo de infeção) mas não tanto daquelas que ocorrem no momento da sua remoção[s4]. Este caso serve também para rever a *legis artis* da remoção dos acessos venosos centrais (posição em Trendelenburg, remoção em apneia ou expiração forçada, massagem do percurso subcutâneo do CVC e penso hermético) e da gestão das suas complicações. Desta intercorrência resultou uma encefalopatia hipóxico-isquémica e uma epilepsia secundária. O doente em questão mantém-se internado, do ponto de vista neurológico mantém-se vígil, afásico a dirigir o olhar inconsistentemente e tetraparético.

1 - Murphy BP, Harford FJ, Cramer FS. Cerebral air embolism resulting from invasive medical procedures. *Ann Surg* 1985;201:242-5.

PO 87

UMA COMBINAÇÃO FATAL

Valériya Zaruba; Filipa Silva; João Tavares;
Mafalda Figueira; João Carvalho; Alexei Bucur;
Manuel Sousa

*Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São
Bernardo*

Os autores apresentam o caso de um homem de 40 anos, natural e residente em Angola, já com história pessoal conhecida de vários episódios de malária em Angola, um dos quais com envolvimento cerebral, sem outras patologias conhecidas. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com cinco dias de evolução de febre, cefaleia e calafrio e agravamento nas últimas 48 horas com aparecimento de lentificação psicomotora e episódios de confusão mental. À observação no SU encontrava-se febril, orientado mas muito lentificado, com discurso pobre e olhar vago, taquicárdico mas normotenso, sem outras alterações de relevo. Analiticamente a destacar anemia, trombocitopenia, lesão renal aguda, hiperbilirrubinémia à custa da bilirrubina direta com restantes parâmetros hepáticos apenas ligeiramente aumentados e elevação da proteína c-reativa. A gasimetria em ar ambiente revelava acidémia metabólica por hiperlactacidémia e hipocapnia. A pesquisa de hematozoários foi positiva com parasitémia de 9%. Foi assumida malária grave, iniciou artesunato e foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Análises na admissão no serviço revelaram HIV-1 inaugural com carga viral elevada e contagem CD4+ 31 células/mm³. Apresentou agravamento progressivo da função renal com necessidade de iniciar técnica de substituição renal ao 2º dia de internamento. Apesar de adequado preenchimento vascular evoluiu com necessidade de iniciar suporte vasopressor e que se manteve em escalada com necessidade de iniciar vasopressina. Apresentou uma evolução des-

favorável com quadro de choque e acidémia metabólica grave e hipercaliémia refratárias à terapêutica instituída, evoluindo para paragem cardiorrespiratória. As múltiplas hemoculturas colhidas durante o internamento revelaram *Salmonella enterica enterica* serotipo Typhi.

A infeção por HIV aumenta o risco e gravidade da infeção por malária, sendo uma importante preocupação de saúde pública em zonas endémicas como a África Subsaariana. A infeção por HIV e malária são também fatores de risco para a febre tifoide e para uma maior gravidade da mesma. A identificação de um primeiro agente infeccioso pode comprometer a pesquisa de outros agentes em caso de co-infeção e pode atrasar o início do tratamento dirigido, sendo importante a experiência clínica dos profissionais para um diagnóstico diferencial mais amplo.

PO 88

QUANDO O IMPROVÁVEL ACONTECE: LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Maria Eduarda Batista; André Martins; Inês Cordeiro;
Sofia Dias; Susana Afonso

Hospital de São José

Introdução: O linfoma primário do sistema nervoso central (LPSNC) é uma neoplasia rara. Inclui na sua maioria linfoma de células B e representa 4% de todos os tumores cerebrais e 1% dos linfomas não-Hodgkin. É mais comum em doentes imunodeprimidos, especialmente com infeção por HIV. Reportamos um caso de LPSNC numa doente jovem, imunocompetente, salientando a importância de um diagnóstico precoce para melhorar o prognóstico.

Descrição do caso: Puérpera de 30 anos, parto eutócico 3 dias antes do internamento, sem história médica relevante, exceto dificuldade na nomeação com um ano de evolução, que não valorizava. Inicia crise tónico-clónico generalizada, com evolução para estado de

mal epilético não convulsivo (EMENC). Manteve-se sob sedação e terapêutica epilética múltipla, ajustada de acordo com eletroencefalogramas (EEG) seriados com melhoria clínica. Realiza ressonância magnética (RM) que evidencia edema vasogénio na substância branca cerebral bilateral, não se podendo excluir causa infecciosa ou auto-imune, e punção lombar que revelou citoquímico inocente, pesquisa de vírus neurotrópicos, imunoglobulinas e bacteriológico negativos. Do estudo auto-imune, realça-se anti-NMDA duvidoso. Perante a suspeita de encefalite auto-imune, iniciou pulsos de metilprednisolona, seguido de prednisolona 60mg/dia e imunoglobulina. Foi excluída neoplasia oculta com recurso a TC e PET de corpo e cerebral. Por novo afundamento do estado de consciência repetido EEG a revelar EMENC com padrão ponta-onda fronto-temporal direito, incrementando-se novamente a estratégia anti- crise epilética e de sedação. Repetição da RM com aumento das dimensões das lesões envolvendo o esplénio da comissura calosa, a região têmporo-parietal direita, o centro semioval e região lenticulo-capsular esquerda e lesão de novo no tectum e tegmen mesencefálicos à direita. Por suspeita de encefalite autoimune refratária, iniciou rituximab e novo ciclo de Imunoglobulina. A doente mantém agravamento imagiológico, pelo que realiza ciclofosfamida e biópsia cerebral (65º dia de internamento). O exame extemporâneo revela linfoma de alto grau, tendo realizado quimioterapia com rituximab e metotrexato. Mantém evolução clínica desfavorável, em coma, instituem-se medidas de suporte de vida e neuromonitorização com sensor de pressão intracraniana, que demonstra valores elevados. Submetida a medidas médicas de tratamento da hipertensão intracraniana com indução de coma barbitúrico. Ao 72º dia, apresenta hipertensão intracraniana refratária e evolui para morte cerebral.

Conclusão: O LPSNC pode manifestar-se de forma insidiosa e inespecífica, tornando o diagnóstico um desafio. Uma suspeição clínica elevada e uma abordagem multidisciplinar, Neurologia, Medicina Intensiva e Neurocirurgia, são importantes para o diagnóstico célere de forma a otimizar o tratamento e potencialmente melhorar a sobrevida dos doentes.

PO 89

SÍNDROME DE WERNICKE APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Carolina Rodrigues Cerca¹; Isa Cordeiro²;

Ary Sousa¹; Luís Bento¹

¹ULS São José; ²ULS Algarve-Hospital de Faro

Introdução: A encefalopatia de Wernicke é um distúrbio neurológico causado pela deficiência de tiamina (vitamina B1) que requer atenção imediata para prevenir morbidade neurológica permanente e mortalidade. A tríade clássica inclui confusão mental, oftalmoplegia e ataxia da marcha. A causa mais comum está relacionada com o abuso de álcool crónico, no entanto pode ocorrer devido a outras condições, nomeadamente distúrbios gastrointestinais.

Descrição do caso clínico: Mulher, de 26 anos, submetida a gastrectomia laparoscópica complicada de fístula esofágica, que motivou um internamento prolongado do qual teve alta com fraqueza muscular generalizada. Melhoria inicial significativa com reabilitação física com recuperação da autonomia nas atividades de vida diária. Meses depois, no contexto da persistência de intolerância oral, com vômitos frequentes, inicia quadro de deterioração progressiva, caracterizada por fraqueza muscular progressiva, dor neuropática nas extremidades, seguido de alterações neuropsiquiátricas com confusão mental e alucinações visuais. Transportada ao Serviço de Urgência por prostração. Analiticamente destacava-se concentração elevada de benzodiazepinas, elevação dos parâmetros

de citólise hepática, com hiperbilirrubinemia e hipocalcemia. Internada em UCI por agravamento da prostração, sem resposta ao flumazenil. No exame físico inicial destacam-se alterações da oculomotricidade, nistagmo horizontal, tetraparésia flácida hiporreflexica e hipostesia em meia alta. Admitiu-se a hipótese de encefalopatia de Wernicke, tendo iniciado suplementação com tiamina IV, bem como multivitamínicos e oligoelementos. O estudo de causas infecciosas e autoimunes foi negativo. Documentou-se adicionalmente défice de folato. A RM-CE foi normal. A eletromiografia compatível com polineuropatia axonal grave a nível dos membros inferiores. A doente evolui favoravelmente com melhoria gradual do estado de consciência e funções neurológicas.

Conclusão: O diagnóstico de Síndrome de Wernicke é difícil de confirmar, sendo maioritariamente clínico, e embora alguns exames complementares de diagnóstico possam ser úteis, estes não devem atrasar o tratamento. O diagnóstico e tratamento precoce é importante uma vez que a progressão desta síndrome pode passar pelo coma e até culminar em morte. O défice de folato pode desempenhar um papel adicional no desenvolvimento de encefalopatia aguda ou subaguda, seja direta ou indiretamente, reduzindo a absorção de tiamina.

PO 90

LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL DIAGNOSTICADO POR BIÓPSIA CEREBRAL – CASUÍSTICA DE 4 ANOS

André Martins; Maria Eduarda Batista; Pedro Branco; Sofia Dias; Susana Afonso
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: O linfoma primário do sistema nervoso central (LPSNC) é uma neoplasia rara, com elevada mortalidade, mais frequente em doentes imunodeprimidos com infecção HIV. Inclui na

sua maioria linfomas de células B, e representa cerca de 4% de todos os tumores cerebrais.

Objetivo: Caracterizar os doentes com diagnóstico de LPSNC por biópsia cerebral admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos e analisar a sobrevida a um ano.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo descritivo dos doentes com diagnóstico de LPSNC, admitidos entre janeiro 2020 e dezembro de 2023. Análise estatística via Excel.

Resultados: Neste período foram diagnosticados 23 casos de LPSNC, 47,8% do género feminino (n=11), mediana de idade de 71 anos (mínima 40, máxima 86 anos). Destes, 47% eram imunodeprimidos (n=11). O tempo até ao diagnóstico foi, em média, 15,9 dias. Quanto à localização do linfoma: 91% supratentorial (n=21), 4,5% infratentorial (n=1) e 4,5% orbital (n=1). Em todos os casos o diagnóstico foi através de biópsia, sendo o diagnóstico histológico mais prevalente o Linfoma difuso de grandes células B (69%, n=16), seguido de Linfoma Não Hodgkin tipo B (13,4%, n=3), Linfoma difuso de grandes células B, não centro germinativo, associado a EBV (4.4%), Linfoma B de alto grau, de tipo não centro germinativo 1 caso (4.4%), Linfoma de células T 1 caso (4.4%), Linfoma folicular, 1 caso (4.4%).

Todos os doentes foram internados em unidade de cuidados intensivos. O Sofa médio à admissão foi de 2,3, SAPS II de 24,5 e KPS de 83,9. O principal motivo de admissão foi défice neurológico focal (83%, n=19), seguido de coma (13%, n=3) e coma com convulsão (4%, n=1). Registou-se um caso de hipertensão intracraniana.

Relativamente ao suporte de órgão: um doente precisou de suporte vasopressor, e três doentes necessitaram de ventilação mecânica invasiva (13%), mediana de 6 dias, e nenhum precisou de técnica da substituição renal. O tempo médio de internamento na UCI foram 2.91 dias (mínimo 0, máximo 17 dias),

e o tempo médio de internamento hospitalar foi 42.6 dias (mínimo 2, máximo 163 dias). Em 43% (n=10) foi iniciada corticoterapia, 47% (n=11) foram submetidos a quimioterapia e dois doentes não iniciaram tratamento. A sobrevida a um ano foi de 26%. Na nossa amostra o tempo até diagnóstico entre aqueles que sobreviveram mais de um ano e os que faleceram não teve diferença significativa (*t-score* 1.07, $p=0,15$).

Conclusão: O LPSNC pode manifestar-se de forma insidiosa e inespecífica, tornando o diagnóstico um desafio e comprometendo o prognóstico. A data de admissão hospitalar foi considerada para o cálculo do tempo até ao diagnóstico, pelo que o mesmo pode estar subestimado. A sobrevida a um ano foi de 26%, sendo o reportado na literatura de 50% a 6 meses. De notar o pequeno tamanho da amostra como fator limitante no estudo, podendo ser colmatado quer pelo aumento do tempo de estudo quer pela realização de um estudo multicêntrico.

PO 91

VASOSPASMO OU NÃO – SERÁ ESSA A QUESTÃO?

Marta Gonçalves¹; Carolina Alegria²; Joana Coelho³; Ary Sousa¹; Luis Bento¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta; ²Hospital de Cascais; ³Hospital Cascais

Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é um desafio clínico complexo, composto por diferentes lesões incluindo focos de contusão, hematomas subdurais (HSD) e epidurais, além de hemorragia subaracnoideia (HSA). A apresentação pode ser heterogénea, dependendo da gravidade e da localização das lesões, e a deterioração do estado neurológico exige vigilância constante. Embora o vasospasmo (VSP) seja mais comumente associado à HSA aneurismática, também pode ocorrer em contexto traumático, sendo uma

complicação subestimada. A identificação precoce é crucial pois a falta de investigação adequada pode levar à omissão de intervenções terapêuticas necessárias.

Relato de caso: Doente de 60 anos, internada na UCI para vigilância de TCE. A tomografia computadorizada (TC) inicial revelou extensa HSA traumática, vários focos de contusão, HSD, fraturas da base do crânio e do seio maxilar, hemossinus, hemotímpano e edema cerebral. Estudo angio-TC inicial sem alterações, nomeadamente sem dissecação traumática de vasos.

Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 14 inicial com rápida deterioração clínica, necessitando de sedoanalgesia, ventilação invasiva e neuro-monitorização por sensor de pressão intracraniana. Face a quadro de hipertensão intracraniana refratária à terapêutica médica, foi submetida a craniectomia descompressiva no 2º dia.

Com a redução da sedoanalgesia, observou-se queda de GCS para 2+T ao 6º dia. Reavaliação por TC sem alterações; feita punção lombar com alterações limitrofes o que, associado a quadro de hipertermia, conduziu à prescrição de antibióticos. Estudo eletroencefalográfico com actividade epileptiforme ultrapassada com anticomiciais. Por ausência de melhoria, repetiu TC ao 11º dia com isquémia de novo em todo o território da artéria cerebral média direita. Estudo doppler a identificar VSP confirmado por angiografia, procedendo-se a angioplastia. Iniciada infusão de milrinona progressivamente aumentada até à dose máxima protocolada, mantendo vigilância diária com DTC. Adicionalmente, foi instituída nimodipina.

Recuperação clínica progressiva e sustentada de GCS 2+T para um máximo de 9+T. A perfusão de milrinona foi reduzida e suspensa. Não houve recuperação de hemiplegia esquerda.

Conclusão: A identificação precoce do VSP no TCE, nomeadamente com HSA, reveste-se de importância crítica no tratamento e melhoria

do prognóstico. Apesar de menos frequente quando comparado com a HSA aneurismática, pode resultar em consequências definitivas se não for prontamente reconhecido e abordado. O presente caso mostra como a detecção do VSP levou à implementação de terapêuticas que contribuíram para a recuperação. O uso de técnicas de monitorização, como o DTC permite uma abordagem mais eficaz na gestão do TCE permitindo a redução de complicações associadas e melhoria do prognóstico. A consideração do vasospasmo como uma potencial complicação no TCE não deve ser subvalorizada na prática clínica.

PO 92

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO TRAUMA: UMA MIRÍADE DE POSSIBILIDADES

Cepeda, Joana; Ana Margarida, Fernandes; Pacheco, Catarina; Canelas, Maria Ana; Matos, Inês; Neto, Raul;

Serviço Medicina Intensiva Polivalente ULSGE

Introdução: A paragem cardiorrespiratória (PCR) representa a derradeira emergência médica e requer intervenção imediata. A PCR no trauma, particularmente por hipovolémia, está associada a elevada mortalidade. Evidência recente sugere que a mortalidade depende do mecanismo do trauma e da reversibilidade da lesão. A hemorragia de artérias intercostais (HAI) é uma complicação rara, mas grave no trauma e pode causar hemorragia com instabilidade hemodinâmica e, sem tratamento atempado, culminar em PCR. Frequentemente oculta pela ausência de sinais externos, o diagnóstico e tratamento são desafiantes, exigindo alto nível de suspeição e disponibilidade de técnicas de imagem avançadas.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos admitido na Sala de Emergência (SE) após despiste de mota. Na avaliação pela equipa pré-hospitalar descri-

to como hemodinamicamente estável, sem dificuldade respiratória, Escala de Coma de Glasgow de 15, paraplégico e sem lesões traumáticas visíveis. No transporte apresentou bradicardia extrema e deu entrada na Sala de Emergência (SE) em PCR, em atividade elétrica sem pulso (AeSP), com recuperação da circulação espontânea (ROSC) após 2 ciclos de Suporte Avançado de Vida (SAV). Após indução para entubação orotraqueal, apresentou nova PCR em AeSP, com ROSC após 1 ciclo de SAV. Novo episódio de PCR (AeSP), com ecografia point-of-care a evidenciar pequeno derrame pleural bilateral e dilatação das câmaras cardíacas direitas, a sugerir tromboembolismo pulmonar. Transportado para realização de tomografia computadorizada (TC), onde apresenta nova PCR (AeSP), com ROSC ao final de 1 ciclo, e necessidade de iniciar noradrenalina e adrenalina em perfusão. TC revelou hemotórax à direita por HAI ativa, e fratura de costelas. No transporte para a angiografia novo episódio de PCR (AeSP), com ROSC após 1 ciclo. Após embolização arterial emergente foi possível estabilização hemodinâmica. Admitido em Serviço de Medicina Intensiva, alta após 63 dias de internamento. O traumatismo vertebro medular foi classificado como ASIA A. À data de alta mantinha paraplegia e encontrava-se em programa de reabilitação.

Conclusão: Este caso destaca a dificuldade no diagnóstico de HAI como causa de PCR, especialmente na ausência de sinais clínicos evidentes. Embora rara, a HAI deve ser considerada em casos de trauma com instabilidade hemodinâmica inexplicada. O rápido diagnóstico e a possibilidade de realização de procedimentos diferenciados emergentes para controlo da hemorragia foram cruciais e tiveram um papel significativo na melhoria da sua sobrevida.



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de enfermagem

POE 01

GLUCÓMETRO VS GASÓMETRO PARA MONITORIZAÇÃO DA GLICÊMIA EM UCI

João Costa; Susana Molefas
Hospital Espírito Santo, Évora

A monitorização precisa da glicemia em pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é essencial para a manutenção eficaz de diversas condições clínicas. Embora o glucómetro seja amplamente utilizado devido ao seu baixo custo, o gasómetro oferece uma análise mais detalhada, porém com um custo significativamente superior. Este estudo tem como objetivo avaliar a variância entre as medições de glicemia realizadas com glucómetro e gasómetro e determinar se a diferença justifica o custo adicional associado ao uso do gasómetro.

Este estudo quantitativo foi conduzido com pacientes internados em UCI. Foram colhidas 450 amostras de sangue arterial e avaliada a glicémia, simultaneamente, por glucómetro e gasómetro. Os dados foram registados e analisados quanto à variância, desvio padrão, curva de distribuição normal e incidência de valores discrepantes entre os dois métodos, assim como os custos associados a cada método.

Os resultados mostraram uma variância absoluta média de 7 mg/dL entre as medições dos dois métodos, com um desvio padrão de 6.24. Em 45.6% das avaliações, os valores obtidos com o glucómetro foram superiores aos do gasómetro, enquanto em 50.9% das avaliações, os valores foram inferiores. Ap-

enas 3.6% das avaliações não apresentaram variação entre os métodos. O custo por avaliação foi de 0.09€ para o glucómetro e 2.13€ para o gasómetro.

Em suma, apesar das medições de glicemia com o gasómetro serem mais precisas, a diferença média de 7 mg/dL não é significativa na aplicação de algoritmos de correção com insulina, especialmente quando se considera a grande diferença de custo entre os métodos. Concluímos então que o uso do glucómetro para medir a glicemia em pacientes de UCI é economicamente mais vantajoso e clinicamente eficaz na maioria dos casos e a diferença de 7 mg/dL não justifica o custo adicional do gasómetro. Recomendamos que o glucómetro seja mantido como o método principal de monitorização de glicemia, com o gasómetro sendo utilizado em situações específicas que exijam maior precisão diagnóstica.

POE 02

MONITORIZAÇÃO DO VOLUME DO RESÍDUO GÁSTRICO: ALIADA OU VILÃ?

Marco Rosa
Hospital Curry Cabral

Introdução: Durante o internamento em UCI, os doentes estão em risco de malnutrição, o que pode aumentar a morbilidade e mortalidade. Dada a incapacidade destes doentes em atingirem as suas metas nutricionais, a alimentação enteral (AE) é crucial, devendo ser iniciada nas primeiras 24-48 horas. Apesar de

reconhecidos os seus benefícios no doente em UCI, muitos não recebem AE suficiente. A monitorização do volume do resíduo gástrico (MVRG) parece contribuir para a malnutrição.

Objetivo: Analisar a evidência sobre a prática da MVRG e suas consequências.

Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura partindo da questão PICO: “O que diz a evidência científica sobre a monitorização do volume do conteúdo gástrico no adulto em situação crítica?”. A pesquisa incluiu artigos nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina, com textos em português e inglês publicados entre 2018-2024. Após a aplicação de critérios de elegibilidade, foram analisados em texto integral 9 artigos.

Resultados: Nas UCI a realização da MVRG, em doentes sob AE, resulta muitas vezes no diagnóstico de intolerância alimentar. No entanto, a literatura defende que os valores da MVRG não são bons indicadores de intolerância alimentar, podendo ser influenciados por diversos fatores. A prática da MVRG impede que os doentes recebam a AE prescrita, contribuindo para a mortalidade por aporte nutricional inadequado. A falta de padronização nos volumes de resíduo gástrico também causa interrupções frequentes na AE. As guidelines recentes recomendam avaliar sinais como distensão abdominal, vômitos e diarreia para determinar a intolerância alimentar. A literatura não demonstra aumento da pneumonia associada à ventilação, mortalidade ou necessidade de mais dias de ventilação mecânica quando a MVRG não é realizada.

Conclusão: A eliminação da MVRG é segura e viável na prática de Enfermagem, aumentando o aporte nutricional dos doentes em UCI e prevenindo complicações. É essencial que enfermeiros, médicos e nutricionistas colaborem na criação de protocolos sobre AE, garantindo benefícios ao doente crítico. É fundamental a atualização frequente e a mobi-

lização da evidência mais adequada para que o cuidado de Enfermagem não seja deletério para o doente, buscando a melhor e mais adequada intervenção junto do mesmo.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Enfermagem; Volume de resíduo gástrico; Adulto em situação crítica

POE 03

VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES DO PACIENTE EM UCI – REVISÃO SCOPING

Ana Leite; Mara André
Hospital de São José

Introdução: A vivência dos familiares numa situação de doença crítica é um tema de crescente importância. A família assume um papel fundamental no tratamento e na tomada de decisão, objetivando melhores resultados, como a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a inovação em saúde.

Objetivo: Analisar a evidência científica existente acerca das vivências da família do paciente crítico.

Métodos: Revisão scoping da literatura com 3 etapas. 1) Uma pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE. 2) Uma pesquisa alargada, utilizando os mesmos descritores, palavras-chave e termos de pesquisa, nas restantes bases de dados da plataforma EBSCOHost. 3) Pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foram selecionados estudos selecionados entre 2014 e 2024.

Resultados: Foram incluídos 17 artigos; a maioria relatou vivências experienciadas pela família em contexto de UCI com familiar em estado crítico.

Conclusão: Melhorar a qualidade dos cuidados prestados a família com paciente crítico, tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com aumento de resultados para os pacientes, assim como para a Enfermagem.

Descritores: Família, Vivência, Paciente, UCI

POE 04

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A DPMAS – UM ESTUDO DE CASO

Bárbara Marques; Carolina Torres
Hospital Curry Cabral

Introdução: Acute on Chronic Liver Failure (ACLF) é uma doença grave caracterizada pela descompensação aguda do fígado, associada a uma doença crónica previamente identificada. Os sintomas mais frequentes incluem icterícia, coagulopatia, encefalopatia e desequilíbrio imunitário. Esta falência hepática provoca lesão dos hepatócitos que por sua vez leva a diversos graus de hiperbilirrubinemia.

Recentemente, a técnica que se destaca para o seu tratamento é a Double Plasma (filtration) Molecular Adsorption (DPMAS), enquanto técnica extracorporeal de purificação do sangue por adsorção. Utilizando um circuito de plasmáfereze, o plasma é separado do sangue através do plasmafiltro e percorre de seguida dois cartuchos, onde é feita a adsorção de bilirrubina e ácidos biliares, e são removidas toxinas de maiores dimensões, nomeadamente mediadores inflamatórios; de seguida, este plasma mistura-se novamente com os restantes componentes sanguíneos na câmara venosa e é devolvido ao doente.

Descrição do caso: Homem, 42 anos, com múltiplos antecedentes, dos quais se destaca doença hepática Crónica (DHC) de etiologia a esclarecer diagnosticada em 2022. Em 2023, com história de encefalopatia, rutura de varizes esofágicas, trombose da veia porta e da artéria mesentérica superior e síndrome hépato-renal. Em seguimento na consulta pré-transplante.

Desde o início de 2024, com múltiplos internamentos por agravamento da função hépato-renal. É transferido para a UCIP7-HCC, diagnosticado com ACLF. Na primeira sessão

de DPMAS, verificou-se uma diminuição da bilirrubina total (23,9 para 18,7mg/dL). Dois dias mais tarde, com efeito rebound, realiza nova sessão da DPMAS, após a qual se verifica novo decréscimo (22 para 20mg/dL).

Considerando que o doente com ACLF se traduz numa situação crítica da pessoa internada em UCI, e com necessidade de técnicas como a DPMAS, é fundamental mobilizar conhecimentos teóricos e práticos, para monitorizar e vigiar a pessoa e a terapia instituída, o que condiciona um elevado nível de complexidade. Assim, é fundamental a implementação de diversas intervenções de enfermagem, como:

- Comunicação com a pessoa e família
- Validação da prescrição
- Cuidados de assepsia na conexão/desconexão à técnica
- Preparação do material e equipamento
- Monitorização hemodinâmica
- Vigilância de complicações relacionadas com o doente
- Vigilância de complicações relacionadas com a técnica
- Prática baseada em evidência e formação específica associada à prática clínica.

Conclusão: A DPMAS não resolve a ACLF. Pode ser considerada uma ponte de esperança para a resolução do problema, pois contribui para a estabilidade analítica do doente até ao eventual transplante.

Torna-se perceptível que o enfermeiro assume um papel de destaque com o seu forte contributo para o sucesso da intervenção terapêutica. Está junto do doente e família, em todos os momentos.

POE 05

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Vânia Marques¹; Simão Ribeiro²; António Gomes³
¹Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ³Hospital de Braga

Introdução: Os cateteres venosos periféricos (CVP) são os dispositivos invasivos mais frequentemente usados a nível hospitalar. O seu uso não está isento de complicações sendo as flebites e a infeção da corrente sanguínea potenciais complicações associadas. O elevado recurso a este dispositivo e o potencial preventivo associado mostra a importância da realização de estudos dirigidos a esta temática. Os CVP são inseridos e manipulados por enfermeiros e deve ser responsabilidade destes profissionais garantir a segurança dos cuidados e assegurar a prevenção da infeção. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco de flebite, infeção local e infeção da corrente sanguínea relacionadas com cateter venoso periférico.

Material e métodos: Revisão Sistemática da Literatura da Literatura. Amostra obtida através de pesquisa em 2 bases de dados científicas (Web of Science (WOS) e PubMed, com os descritores: *risk factors, peripheral intravenous catheter, phlebitis, peripheral intravenous catheter related-bloodstream infection*, combinados através dos operadores booleanos OR e AND. A triagem da amostra foi efetuada de acordo com a metodologia PRISMA. Resultaram 242 estudos, e foram selecionados 12 que cumprem os critérios de inclusão.

Resultados e conclusões: Foram identificados como fatores de risco de flebite e infeção local relacionadas com CVP: o tempo de permanência do dispositivo, local da punção e calibre do dispositivo, fixação do dispositivo, des/contaminação da pele, administração de

fármacos irritativos e fatores não modificáveis do doente. O reconhecimento dos fatores de risco, permite a adequação das práticas bem como o desenvolvimento e aplicação de bundles com o objetivo de prevenir infeções associadas aos cateteres venosos periféricos. **Palavras-chave:** Prevenção de infeção; cateter venoso periférico.

POE 06

COMO A CULTURA ORGANIZACIONAL AFETA O BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SCOPING REVIEW

Marta Santos; Mara André; Nuno Gomes
Hospital de São José

Introdução: A cultura organizacional desempenha um papel crucial e é um alicerce no bem-estar dos profissionais de saúde, influenciando diretamente a satisfação dos colaboradores e a prestação de melhores cuidados de saúde. Esta cultura organizacional inclui os valores, crenças e comportamentos partilhados que moldam as interações dentro da equipa e, por conseguinte, impactam o desempenho organizacional.

Objetivo: Mapear e analisar a evidência científica sobre como é que a cultura organizacional afeta o bem-estar no desempenho dos profissionais de saúde

Material e métodos: A scoping review foi realizada seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi efetuada em três etapas: na primeira etapa a pesquisa inicial foi limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCOhost; na segunda etapa a pesquisa foi mais ampliada, utilizando as mesmas palavras-chave e termos de pesquisa, nas restantes bases de dados da plataforma EBSCOhost; na terceira etapa a pesquisa foi efetuada nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. O espaço temporal da pesquisa compreendeu o período entre 2014 e 2024, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol e estudos com tex-

to completo.

Resultados: Foram incluídos 18 artigos, em que a maioria relatou que uma cultura organizacional eficiente, focada no cuidado e na colaboração, fortalece as relações interpessoais entre os membros da equipa, sendo essenciais a construção de relacionamentos de confiança, o feedback construtivo e a valorização das competências individuais. Contudo, barreiras como a falta de comunicação, o conflito, a desvalorização do trabalho e as estruturas organizacionais disfuncionais prejudicam a colaboração e geram um ambiente de stress e insatisfação. Por outro lado, fatores positivos como o reconhecimento, envolvimento e apoio do gestor favorecem um clima saudável e a resiliência dos profissionais de saúde.

Conclusão: A construção de uma cultura organizacional que valorize uma comunicação aberta, a colaboração e o apoio mútuo é essencial para promover o bem-estar dos profissionais de saúde. Ambientes de trabalho saudáveis não só beneficiam os colaboradores, mas também melhoram a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do utente. As organizações de saúde devem, portanto, implementar estratégias que fomentem uma cultura de cuidado, respeito e valorização, resultando em melhores resultados tanto para os profissionais quanto para os utentes.

POE 07

O SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CIRURGIA CARDÍACA

Vanessa Silva; Joana Marrana; Mariana Batista;
Rafael Martins
Hospital de Santa Marta

O Suporte Avançado de Vida em Cirurgia Cardíaca (SAV-C) é um protocolo de intervenção multidisciplinar, cujo objetivo é a reanimação de doentes em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) após Cirurgia Cardíaca (CC). De acordo com as *guidelines* emanadas pela

European Resuscitation Council (2021) e pela *The Society of Thoracic Surgeons Task Force on Resuscitation After Cardiac Surgery* (2017), o procedimento de atuação perante uma PCR de um doente submetido a CC é particular, exigindo uma metodologia de atuação específica, sustentada pela evidência científica, e baseada nas modificações fisiológicas induzidas pela CC, diferindo do habitual suporte avançado de vida. Deste modo, a intervenção da equipa multidisciplinar deve ir ao encontro destas recomendações, uma vez que, a sua não aplicação está associada a piores *outcomes*.

A inexistência de formação acreditada nesta área a nível nacional e a particularidade que caracteriza esta intervenção, faz com que, por vezes, o protocolo de atuação não seja totalmente claro e a atuação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar não seja uniforme, podendo comprometer a eficácia da reanimação.

Neste sentido, consideramos a formação como um instrumento fundamental para uma intervenção sólida, baseada na evidência científica e padronizada. Para tal, propomos um modelo de formação baseada na simulação clínica, em que para além de serem instruídas competências técnicas, são também exploradas as competências não técnicas, permitindo assim, uma intervenção global e eficiente, perante uma situação de PCR num doente submetido a CC, fomentado, deste modo a melhoria da qualidade e eficácia da reanimação.

Assim, pretendemos com este trabalho, demonstrar o percurso que está a ser realizado, desde a identificação do problema, até à conceção de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados, que pretende capacitar a equipa multidisciplinar do serviço de cirurgia cardiorácica do Hospital de Santa Marta para a aplicação eficaz do algoritmo de SAV-C numa situação de PCR demonstrando,

simultaneamente, competências de liderança, comunicação e gestão de stress. Por fim, expomos também as etapas ainda por concretizar, assim como os planos futuros para as conseguir concretizar com sucesso.

POE 08

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA

Vanessa Silva; Marta Neves
Hospital de Santa Marta

Em Portugal, à semelhança do que se regista a nível mundial, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Neste contexto, a cirurgia cardíaca surge com um papel de destaque no tratamento das DCV, tendo como principal objetivo o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes. (Coelho, 2018). Contudo, devido à sua complexidade, pode conduzir ao desenvolvimento de complicações no pós-operatório.

Neste âmbito, a evidência científica evidencia os resultados benéficos de programas de Reabilitação Cardíaca (RC) fase I e II na prevenção/minimização de complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca (AACPR, 2013; Abreu et al., 2018; Hillis et al., 2011).

Assim, o presente trabalho surge no âmbito de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de CCT, na área da reabilitação cardíaca, concebido por enfermeiros especialistas de reabilitação, e que será desenvolvido pela equipa multidisciplinar.

Objetivos:

- Prevenir/minimizar as complicações decorrentes da cirurgia cardíaca, com vista a reduzir o número de dias de internamento hospitalar
- Promover a capacitação da pessoa para a alta

Métodos: A conceção do programa reabil-

itação cardíaca assenta em sucessivas etapas, nomeadamente: identificação do problema, perceber o problema, delinear objetivos, planear intervenções e definir resultados, tendo por base uma revisão integrativa da literatura.

Resultados: No âmbito do pós-operatório de cirurgia cardíaca, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2020) evidencia os resultados benéficos de programas de Reabilitação Cardíaca (RC) fase I e II a nível da redução morbilidade e mortalidade, constituindo estes, recomendações das guidelines internacionais: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, American College of Cardiology Foundation/American Heart Association, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACPR) e Japanese Circulation Society (AACPR, 2013; Abreu et al., 2018; Hillis et al., 2011). A evidência salienta que o programa de reabilitação cardíaca tem impacto positivo

Conclusões: Atualmente, a ULS São José – Hospital de Santa Marta, é a única unidade a nível nacional que integra simultaneamente programas de reabilitação cardíaca fase I e II, com impacto ao nível da qualidade dos cuidados. É neste contexto que se pretende implementar um programa de reabilitação cardíaca fase I no serviço de CCT, assente na avaliação do risco, na mobilização precoce, treino de exercício e educação do cliente/família, com intuito de se obter ganhos em saúde, através da redução do tempo de internamento e redução de taxas de morbilidade.



IX JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Patrocínio Científico



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
Medicina Intensiva

Patrocínios

PLATINA



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

octapharma

For the safe and optimal use of human proteins

OURO

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Baxter

W
clinifar
MEDICAL CARE SOLUTIONS

GETINGE ✱

**MC
Medical**
by Palex

Pfizer

SPECULUM SA
Acompanhemos a saúde da vida

PRATA

AstraZeneca 

INTERSURGICAL
P O R T U G A L

Organização e Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: paula.cordeiro@admedic.pt | paulo.jorge@admedic.pt
W: www.admedic.pt