

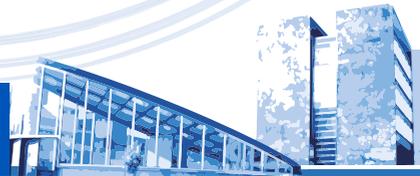


VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

03 e 04 de novembro de 2022

Faculdade de Medicina Dentária
Lisboa, Portugal

RESSUSCITAÇÃO



Monitorização do doente crítico em Medicina Intensiva

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Programa Científico



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Presidente das Jornadas

Prof. Doutor Luís Bento, *Medicina Intensiva, Unidade de Urgência Médica, CHULC*

Secretária Geral

Dra. Raquel Avelãs Cavaco, *Medicina Intensiva, Unidade de Urgência Médica, CHULC*

Comissão Organizadora

Dra. Ana Santos, *Pneumologia e Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

Enfa. Ana Leal, *Enfermeira, UCINCT, CHLC*

Dr. Bruno Maia, *Neurologia e Medicina Intensiva, Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma (UCINCT), Coordenador Hospitalar de Doação / Laboratório de Neurossonologia, CHULC*

Enfa. Cristina Manso, *Enfermeira Especialista, UCIP7, CHULC*

Enfa. Cristina Martins, *Enfermeira, UCIP 7, CHULC*

Dr. Diogo Lopes, *Medicina Interna, UCIP 7, CHULC*

Enf. Filipe Ramos, *Enfermeiro Especialista, UUM, CHULC*

Enf. Hugo Marques, *Enfermeiro Especialista, UUM, CHULC*

Enfa. Irina Silva, *Enfermeira, UUM, CHULC*

Dra. Joana Queiró, *Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

Enf. Luís Carvalho, *Enfermeiro, UCINCT, CHULC*

Enf. Paulo Baltazar, *Enfermeiro Especialista, UUM, CHULC*

Dra. Sofia Cardoso, *Medicina Intensiva, UCIP 7, CHULC*

Dra. Sofia Dias, *Medicina Intensiva, UCINCT, CHULC*

Profra. Doutora Susana Fernandes, *Clínica Universitária de Medicina Intensiva, FMUL*

Dr. Rui Garcês, *Interno de Formação Especializada de Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

Comissão Científica

Enfa. Alexandra Ferreira, *Enfermeira Chefe, UCIP 7, CHULC*

Dr. Francisco Lucas Matos, *Anestesiologia, Diretor da Área da Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, CHULC*

Enfa. Laurinda Santos, *Enfermeira Chefe, UCINCT, CHULC*

Enfa. Maria Ana Trocado, *Enfermeira Chefe da UUM, CHULC*

Dr. Manuel Sousa, *Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 4, CHULC*

Enfa. Maria Adelaide Pacheco, *Enfermeira Chefe da UCIP 4, CHULC*

Dr. Nuno Germano, *Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 7, CHULC*

Enfa. Odília Neves, *Coordenadora da Área de Urgência Geral Polivalente, CHULC*

Dr. Philip Fortuna, *Medicina Intensiva, Coordenador do Programa ECMO da AUGPCI, UUM, CHULC*

Intervenientes nas Jornadas

- Enfa. Alexandra Ferreira**, *Enfermeira Chefe, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7 (UCIP 7), CHULC*
- Dra. Ana Cysneiros**, *Assistente Hospital de Pneumologia, Unidade de Urgência Médica (UUM), CHULC*
- Enfa. Ana Paula Lopes**, *Enfermeira, UUM, CHULC*
- Dra. Ana Ribeiro Martins**, *Assistente Graduada em Medicina Interna, Assistente Hospitalar Medicina Intensiva, UCIP 7, CHULC*
- Dr. Armindo Ramos**, *Coordenador do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. José de Almeida, Cascais*
- Dr. Ary de Sousa**, *Assistente Hospitalar de Neurologia, UCINCT, CHULC*
- Dr. Bruno Maia**, *Assistente Hospitalar de Neurologia e Medicina Intensiva, UCINCT, Coordenador Hospitalar de Doação / Laboratório de Neurosonologia, CHULC*
- Enf. Carlos Clemente**, *Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-Graduado em Urgência e Emergência Hospitalar. Urgência Geral Polivalente, CHULC*
- Dr. Carlos Flores**, *Responsável da Especialidade de Patologia Clínica, CHULC*
- Enfa. Cristina Manso**, *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCIP7, CHULC*
- Dr. Diogo Lopes**, *Assistente Hospitalar de Medicina Interna, UCIP 7, CHULC*
- Prof. Doutora Erta Beqiri**, *University of Cambridge*
- Enfa. Fátima Sousa**, *Enfermeira Mestre em Socio-psicologia da Saúde, UCINCT, CHULC*
- Enf. Fernando Prada**, *Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Maternidade Alfredo da Costa, CHULC*
- Enfa. Filipa Vidigueira**, *Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP 4), CHULC*
- Dr. Filipe Gonzalez**, *Assistente Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva no SMI do Hospital Garcia de Orta, Almada, e UCIP da CUF Tejo, Lisboa, Coordenador do Grupo de Trabalho de Hemodinâmica da SPCI, Estudante de Doutoramento pela FMUL, Júri de EDIC e EDEC*
- Dr. Filipe Marques da Costa**, *Assistente Hospitalar de Anestesiologia, Unidade de Queimados, CHULN*
- Enf. Filipe Ramos**, *Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UUM, CHULC*
- Dr. Francisco Lucas Matos**, *Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia, Diretor da Área da Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, CHULC*
- Dr. Igor Milet**, *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, Diretor de Serviço Medicina Intensiva Polivalente, Hospitalar Vila Nova Gaia e Espinho*
- Dra. Isabel Miranda**, *Assistente Graduada de Anestesiologia e Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, UCIP 4, CHULC*
- Dr. João Alcântara**, *Consultor de Neurologia do CMRA*
- Dr. João Melo Alves**, *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva e Medicina Interna; Coordenador da EEMI do HSJ, Médico da VMER do HSJ, Médico do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica do INEM, CHULC*
- Prof. Doutor João Pedro Baptista**, *Assistente Graduado de Medicina Intensiva, SMI, CHUC*
- Dr. Jonathan Rhodes**, *Consultant of Neurocritical Care and Anaesthetist, Edinburgh Royal Infirmary & the University of Edinburgh*
- Dr. Jorge Dantas**, *Assistente Hospitalar de Medicina Interna, UCIP 7, CHULC*
- Enfa. Laurinda Santos**, *Enfermeira Chefe da UCINCT, CHULC*
- Prof. Doutor Luís Bento**, *Responsável pela Especialidade de Medicina Intensiva, Coordenador da UUM, CHULC*

Dr. Luís Reis, *Médico Especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva*

Dra. Margarida Pinto, *Assistente Hospitalar Sénior do Serviço de Patologia Clínica e Responsável médica do Laboratório de Microbiologia do mesmo Serviço, CHULC*

Enfa. Maria Adelaide Pacheco, *Enfermeira Chefe da UCIP 4, CHULC*

Dra. Maria Amaral, *Assistente hospitalar de Medicina Interna, CHULC*

Enfa. Maria Ana Trocado, *Enfermeira Chefe da UUM, CHULC*

Enfa. Maria João Duarte, *Enfermeira, UCIP 7, CHULC*

Profa. Doutora Marília João Rocha, *Farmacêutica Assistente dos SFH do CHUC*

Dr. Miguel Tavares, *Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital de Santo António*

Dr. Nuno Diogo, *Responsável da Especialidade de Ortopedia do CHULC*

Dr. Nuno Germano, *Assistente Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 7, CHULC*

Enfa. Odília Neves, *Enfermeira Coordenadora da Área de Urgência Geral Polivalente, CHULC*

Enfa. Paula Figueiredo, *Enfermeira Especialista em Reabilitação, UCINCT, CHULC*

Enf. Paulo Baltazar, *Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica UUM, CHULC*

Enf. Paulo Vaz, *Enfermeiro, UUM, CHULC*

Dr. Pedro Costa, *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

Dr. Pedro Silva, *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

Prof. Doutor Pedro Soares Branco, *Diretor Clínico do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. / Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Medicina Física e Reabilitação / Professor Associado Convidado – NOVA MEDICAL SCHOOL*

Dr. Philip Fortuna, *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, UUM, CHULC*

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

Enfa. Sandra Santos, *Enfermeira especialista em Pessoa em Situação Crítica e Coordenadora local da Equipa de Emergência Interna (EEMI) do HCC, UCIP 7, CHULC*

Dra. Sílvia Castro, *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro*

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

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

Profa. Doutora Susana Fernandes, *Clinica Universitária de Medicina Intensiva, FMUL*

Dra. Tânia Sequeira, *Assistente Graduada em Medicina Interna e Medicina Intensiva, UCIP7, CHULC*

Dr. Tiago Isidoro Duarte, *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, UCIP 7, CHULC*

Enfa. Vera Pinho Marques, *Enfermeira Especialista em Pessoa em Situação Crítica, UUM, CHULC*

Dra. Wanda Pereira, *Assistente Hospitalar de Farmácia, UCIP 7, CHULC*

Quinta-feira | 03 de novembro 2022

- 08:00h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **POSTERS DE MÉDICOS COM APRESENTAÇÃO**
Moderadoras: Dra. Ana Santos e Profa. Doutora Susana Fernandes
PA 01 – PA 10
- 09:00-09:30h **SESSÃO DE ABERTURA**
Prof. Doutor Luís Bento, Enfa. Odília Neves
e Prof. Doutor Pedro Soares Branco
- 09:30-11:00h **SESSÃO I**
Monitorização do doente crítico
Moderadores: Dr. Luís Reis e Enfa. Maria Ana Trocado
Any news? Os sinais vitais – NEWS2
Dr. Nuno Germano e Enfa. Sandra Santos
A avaliação clínica
Prof. Doutor Luís Bento
A microcirculação
Dr. Miguel Tavares
- 11:00-11:30h Pausa para café
- 11:30-13:00h **SESSÃO II**
SESSÃO EM INGLÊS **Monitorização do doente crítico – O órgão:
Neuromonitorização**
Monitoring in critical care – The organ: Neuromonitoring
Moderadores: Dr. João Alcântara e Enfa. Maria João Duarte
Monitorização clínica
Clinical monitoring
Dr. Ary de Sousa
Doppler TC (Morte cerebral + bainha do nervo ótico + HSA)
Transcranial Doppler
Dr. Bruno Maia
Monitorização multimodal – PRx
Multimodal monitoring – PRx
Dra. Erta Beqiri (Cambridge, UK)
- 13:00-14:00h Almoço

14:00-14:30h

SOCIME MEDICAL
MEDICAL DEVICES COMPANY

SIMPÓSIO

Monitorização PIC e PTO2

Moderadores: Dr. Bruno Maia e Enfa. Laurinda Santos

Palestrante: Jonathan Rhodes

14:30-16:00h

SESSÃO III

Monitorização do doente crítico – O órgão: Pulmão

Moderadores: Dr. Philip Fortuna e Enf. Filipe Ramos

O ventilador como monitor

Dr. Pedro Silva e Enfa. Ana Paula Lopes

Ecografia torácica (Pulmão + pleura + diafragma)

Dra. Ana Cysneiros

Manometria esofágica

Dr. Igor Milet

16:00-16:30h

Pausa para café

16:30-18:00h

SESSÃO IV

Monitorização do doente crítico

– A função: O doente em choque

Moderadores: Dr. Nuno Germano e Enfa. Alexandra Ferreira

Abordagem do doente em choque fora das paredes da UCI

Dra. Sofia Cardoso e Enf. Carlos Clemente

Abordagem ultrassonográfica do doente em choque

Dr. Filipe Gonzalez

A Fénix – O Swan-Ganz

Prof. Doutor Luís Bento

18:00h

Encerramento do primeiro dia das Jornadas

08:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **POSTERS DE MÉDICOS COM APRESENTAÇÃO**
Moderadoras: Dra. Ana Santos e Profa. Doutora Susana Fernandes

PA 11 – PA 15

POSTERS DE ENFERMEIROS COM APRESENTAÇÃO
Moderadores: Enfa. Irina Silva e Enf. Filipe Ramos

PA 01 – PA 05

09:00-09:30h **ENCONTRO COM O ESPECIALISTA**
O que compilar na avaliação do doente crítico
Moderadores: Prof. Doutor Luís Bento e Enfa. Paula Figueiredo
Dra. Sofia Dias e Enfa. Fátima Sousa

09:30-11:00h **SESSÃO V**
Monitorização do doente crítico
– Substituição da função de órgão
Moderadoras: Dra. Ana Martins e Enfa. Cristina Manso
Como monitorizo a eficácia do oxigenador no doente em ECMO
Dr. Pedro Costa e Enfa. Vera Pinho Marques
Os filtros são todos iguais? Como monitorizo a eficácia da técnica de substituição renal
Dr. Armindo Ramos
Como monitorizo a eficácia das técnicas de substituição hepática?
Dr. Jorge Dantas

11:00-11:30h Pausa para café

11:30-12:00h **SIMPÓSIO**
Tomografia de impedância
Moderadores: Dra. Raquel Cavaco e Enf. Paulo Baltazar



12:00-13:30h **SESSÃO VI**
Monitorização do doente crítico – Órgãos intra-abdominais
Moderadoras: Dra. Tânia Sequeira e Enfa. Chefe Adelaide Pacheco
Monitorização nutricional em situações particulares
Dra. Isabel Miranda e Enfa. Filipa Vidigueira
Monitorização da função renal
Prof. Doutor Pedro Baptista
Como monitorizar a perfusão do órgão transplantado (órgãos intra-abdominais)
Dr. Tiago Duarte

| | |
|-------------------------------|--|
| 13:30-14:30h | Almoço |
| 14:30-15:00h Baxter | <p>SIMPÓSIO Calorimetria Indirecta: Qual a utilidade prática? Moderadoras: Dra. Isabel Miranda e Dra. Wanda Pereira Palestrante: Dra. Sílvia Castro</p> |
| 15:00-16:30h | <p>SESSÃO VII Monitorização do doente crítico – A função: O doente com infeção Moderadores: Dr. Carlos Flores e Profa. Doutora Susana Fernandes</p> <p>Biomarcadores de infeção – O que tenho, o que quero Dr. Diogo Lopes</p> <p>Doseamento de antibióticos: O futuro, ou apenas desperdício? Profa. Doutora Marília João Rocha</p> <p>Novas técnicas de identificação de microrganismos Dra. Margarida Pinto</p> |
| 16:30-17:00h | Pausa para café |
| 17:00-18:30h | <p>SESSÃO VIII Monitorização do doente crítico – Contextos especiais Moderadores: Dr. João Melo Alves e Enf. Paulo Vaz</p> <p>Desafios na monitorização da grávida Dra. Maria Amaral e Enf. Fernando Prada</p> <p>Monitorização da pressão dos compartimentos no politraumatizado Dr. Nuno Diogo</p> <p>Monitorização da dor no grande queimado Dr. Filipe Costa</p> |
| 18:30h | <p>SESSÃO DE ENCERRAMENTO Prof. Doutor Luís Bento, Dra. Raquel Cavaco, Enfa. Maria Ana Trocado, Dr. Francisco Lucas Matos e Enfa. Odília Neves</p> |

Cursos das Jornadas

31 de outubro

09:00-18:00h **Via aérea avançada**

Local: CHULC

09:00-18:00h **Curso de Neuromonitorização**

Local: UCINCT

01 e 02 de novembro

09:00-18:00h **Curso de técnicas de circulação extracorporeal**

Local: CHULC

02 de novembro

09:00-13:00h **Via aérea emergente**

Local: CHULC

14:00-18:00h **Curso de Nutrição**

Local: CHULC

05 de novembro

09:00-13:00h **POCUS eFAST**

Local: Hospital de São Lázaro

05 e 06 de novembro

09:00-13:00h **Curso de Ventilação**

Local: Hospital de São Lázaro

05 a 07 de novembro

09:00-13:00h **ETC – European Trauma Course**

Local: Hospital das Forças Armadas

07 de novembro

09:00-18:00h **Curso de Insuficiência Hepática**

Local: Hospital Curry Cabral



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Quinta-feira | 03 de novembro 2022

08:00-09:00h

POSTERS DE MÉDICOS COM APRESENTAÇÃO

PA 01 – PA 10

PA 01

CASO CLÍNICO: QUANDO NÃO É SÓ HIPERTENSÃO

Rita Vitória Jorge¹; Maria Lobo Antunes¹;
Patrícia Patrício¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

As microangiopatias trombóticas (MAT) são entidades com morbimortalidade significativa, caracterizadas por anemia hemolítica, trombocitopenia e trombose microvascular com atingimento neurológico e/ou renal. O seu tratamento deve ser iniciado nas primeiras 24-48H após admissão para minimizar o risco de lesão permanente de órgão. A gravidade clínica e a necessidade de terapêutica de suporte ou dirigida motiva frequentemente a admissão dos doentes com suspeita de MAT em UCI.

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 40 anos, melanodérmico, natural da Guiné Bissau a residir em Portugal há 3 anos, autónomo, sem antecedentes conhecidos nem avaliações analíticas prévias. Recorre ao SU por cefaleia com 2 dias de evolução, sem outros sintomas. Na observação médica inicial encontrava-se hipertenso com PA 200/140 mmHg sem outras alterações. Após administração de 25 mg de captopril, apresenta alteração do estado de consciência, GCS 10 pontos com secreções espumosas na cavidade oral e sinais de incontinência de esfíncter urinário, taquicárdico, polipneia em ar ambiente, com descida de PA 125/83

mmHg, sem outras alterações. Dos exames complementares, a salientar anemia hemolítica e trombocitopenia, sem alterações na coagulação, haptoglobina diminuída, teste de Coombs negativo, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico; lesão renal aguda com retenção azotada grave, sem alterações iónicas; urina II com discreta hematuria.

É transferido para a UCI, pontuando 26 pontos no APACHE2 score (mortalidade estimada de 55 %), com o diagnóstico de MAT de etiologia incerta - secundária a hipertensão maligna ou no contexto de SHU/PTT, com um PLASMIC Score de 4 pontos. Apresentou necessidade de TSFR, tendo também realizado 5 sessões de plasmaferese diária – com melhoria progressiva do estado neurológico e da trombocitopenia, suspensa após doseamento de ADAMST13 de 40 %. Evolução favorável sem necessidade de suporte de órgão ao 8º dia de internamento na UCI, sem sequelas e com HTA controlada.

Do estudo genético do complemento identificou-se a deleção CFHR3-CFHR1 em homozigotia – descrita em associação com desenvolvimento de autoanticorpos anti-factor H. Esta deleção apesar de não ser patognomónica de SHU atípico, em homozigotia é considerado um fator de risco cumulativo na presença de factores desencadeantes, neste caso, a hipertensão arterial mal controlada.

O caso apresentado realça que assim que haja suspeita diagnóstica de MAT, seja SHU,

PTT ou associada outra causa, o início do tratamento, particularmente com plasmaferese, deve ser o mais célere possível. Porém, o estudo etiológico precoce não deve ser negligenciado, nomeadamente o doseamento de ADAMST13 e o estudo genético. O SHU atípico é uma doença de desregulação da via alternativa do complemento associado a mutações e polimorfismos genéticos e a possibilidade de tratamento dirigido altera a sua abordagem e prognóstico.

PA 02

TOXICIDADE POR OPIÓIDE INTRATECAL: UMA VIA IMPREVISÍVEL

Gonçalo Guerreiro¹; Teresa Miranda¹;
Luís Maia Morais¹; Luís Coelho¹

¹*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier*

Introdução: A iatrogenia medicamentosa é atualmente um problema grave de saúde pública. A polifarmácia, as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que cada fármaco apresenta, requerem que o médico prescritor apresente experiência na manipulação e conhecimento dos efeitos das diferentes classes farmacológicas que manuseia. Relatamos uma intoxicação medicamentosa por morfina intratecal em doses consideradas terapêuticas, no contexto de um bloqueio subaracnoideu.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, peso 80kg, com antecedentes de DM2 e HTA. Internada eletivamente para a realização de artroplastia total do joelho. O procedimento foi realizado sob anestesia combinada com bloqueio subaracnoideu (morfina intratecal 0.15 mg + bupivacaina) e sedação leve com propofol. Foi transportada no pós-operatório para o recobro onde permaneceu durante 2h, sem intercorrências a destacar.

Á chegada à enfermaria, notado depressão do estado de consciência com sonolência marcada, associada a hipoventilação e a dessa-

turação periférica. Foi avaliada por medicina interna que, por alteração do estado consciência de novo, ativou a via verde AVC. Abordada pela Neurologia, que descreve a doente como sonolenta mas cumprindo ordens simples. Apresentava pupilas mióticas e punctiformes, estrabismo divergente alternado, postura dos membros em flexão e reflexos cutâneo-plantares em flexão bilateralmente. A angio-TC CE não demonstrou qualquer lesão aguda, no entanto, face à disfunção neurológica aguda e ao observado, admitiu-se AVC isquémico do território vertebro basilar, não havendo, no entanto, indicação para terapêutica fibrinolítica por cirurgia *major* recente.

Pelo agravamento progressivo e pela possível necessidade de VMI foi contacta a UCI. Após a discussão multidisciplinar entre as diferentes especialidades (medicina, neurologia e medicina intensiva) colocada a hipótese de iatrogenia medicamentosa por intoxicação por morfina. A doente foi então admitida na UCI para onde iniciou perfusão de naloxona, havendo uma reversão completa da sintomatologia. Completou então 12h do antídoto em perfusão, titulado com base na frequência respiratória, tendo alta no dia seguinte sem défices neurológicos.

Conclusão: De modo a evitar doses altas de anestésicos e sedativos, a anestesia combinada e multimodal tem permitido a realização de certas cirurgias de forma mais segura e com menos efeitos adversos. No entanto, muito dos fármacos utilizados, onde se incluem os opióides, não apresentam uma dose máxima definida. A dose administrada deve ter em conta os diversos fatores farmacocinéticos e farmacodinâmicos e sempre que possível, devem ser titulados consoante a resposta obtida.

Apesar de muita literatura definir a dose de 200-300 mcg de morfina intratecal como seguro, nesta doente levou a uma intoxica-

ção medicamentosa. Em caso de suspeita, a iatrogenia medicamentosa deve ser sempre excluída.

PA 03

ENDOCARDITE INFECIOSA EM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO)

Frederico Soares Silva¹; Anabela Santos²; Francisco Esteves²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - unidade de Portimão; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença com elevada morbimortalidade resultante das potenciais complicações, tanto do foro cardíaco como multisistémico, com percurso que por vezes envolve os serviços de Medicina Intensiva (SMI).

Análise clínica e epidemiológica dos doentes com diagnóstico de EI num SMI entre 2009 e 2020, com caracterização da população de doentes no que diz respeito a modo de apresentação, gravidade do quadro clínico e evolução. Estudo retrospectivo baseado na consulta de registo eletrónico de doentes internados que cumpriam critérios diagnósticos de Duke modificados para EI.

Foram estudados 24 doentes, 67 % do sexo masculino, com idades entre os 23 e 79 anos (média 59,8, desvio padrão 15,6). Os fatores de risco (FR) para EI, foram: cardiopatia estrutural (11 casos), 8 doentes imunodeprimidos (hemodiálise crónica – n = 3; procedimentos intravasculares recentes – n = 3; história prévia de EI – n = 1; gravidez – n = 1).

Na maioria dos casos verificou-se recurso ao serviço de urgência por febre (n = 17, 70,8 %), em 3 casos havia clínica neurológica por embolização cerebral séptica, 1 caso com isquemia aguda distal de um membro. No internamento, 22 (91,6 %) doentes desenvolveram disfunção múltipla de órgão, com domínio de choque misto (séptico e

cardiogénico). Os índices de gravidade apurados foram: APACHE II foi de 20,5 (41,1 %), o SAPS2 45,2 (41,8 %), o SAPS3 68,5 (52,2 %), como SOFA médio de admissão de 8,6. A ecocardiografia Transtorácica (ETT) identificou vegetações em 18 (75,0 %) doentes. O ecocardiograma transesofágico foi realizado em 15 (62,5 %) doentes.

Verificou-se maior predominância da lesão valvular aórtica (n = 12 ; 50,0 %). Em 17 (70,8 %) dos casos a válvula afetada era nativa; nos restantes 7 casos, a válvula afetada era mecânica em 4 e biológica em 3 doentes.

Isolou-se agente etiológico (hemoculturas) em 19 (79,2 %) dos casos, com domínio do MSSA (n = 8 ; 33,3 %). A origem na comunidade foi mais prevalente (n = 19 ; 79,2 %), comparativamente à associada a cuidados de saúde (n = 5 ; 20,8 %).

O tratamento cirúrgico (TC) foi realizado em 15 (62,5 %) dos doentes. O tempo apurado entre o diagnóstico e o TC foi de: 0 e 1 dias em 8 (53,3 %) doentes; entre 4 e 12 dias em 5 doentes; entre os 2 e 4 meses em 2 doentes. Os doentes sob TC, todos tinham lesão da válvula mitral ou aórtica, 4 dos 15 (26,7 %) vieram a falecer. Os 9 doentes sem TC tiveram mortalidade mais alta (88,9 %). Observou-se mortalidade bruta de 29,2 % (n = 7) e 37,5 % hospitalar.

A história clínica é decisiva na identificação de FR para EI. A presença de dispositivos invasivos deve aumentar a suspeita de EI no doente clinicamente instável. A ETT permitiu a identificação de lesão valvular / vegetação na grande maioria dos casos, apoiando a ideia de que esta competência tem um papel relevante no diagnóstico e na orientação estratégica. Apesar da pequena dimensão da amostra, prevalece a noção de que a abordagem cirúrgica poderá ter um resultado benéfico nesta população.

PA 04

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA NO PÓS-TRANSPLANTE ÓRGÃO SÓLIDO

Ana Rita Leite Cruz¹; Teresa A. M. Oliveira²;
Pedro José Oliveira¹; Raquel Cavaco¹; Frederica Faria¹
¹Hospital de São José; ²Hospital Distrital de Abrantes

Introdução: A síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) ocorre em 0,5 a 5 % dos doentes submetidos a transplante de órgão sólido. É caracterizada por alterações neurológicas – dependendo da localização das lesões – associada, classicamente, a edema vasogénico nos lobos parietal e occipital observável em ressonância magnética. Outras apresentações como hemorragia ou restrição da difusão noutras localizações, como cerebelo ou corpo caloso, diagnosticam PRES atípico.

A etiologia baseia-se em duas teorias: teoria da hipertensão, que se baseia na premissa que o aumento abrupto da pressão arterial supera o mecanismo de autorregulação cerebral, causando vasospasmo e isquémia com edema vasogénico, observado em doentes sob imunossuppressores, como tacrolimus; e a teoria da disfunção endotelial, causada por toxinas exógenas, como imunossuppressores, em que há libertação de substâncias que causam vasospasmo e aumento da permeabilidade permitindo edema vasogénico.

Quando abordado precocemente, a maioria das lesões são reversíveis e o tratamento consiste no controlo da causa.

Descrição do caso: Sexo feminino, 62 anos, 13^o dia pós-transplante bipulmonar sob tacrolimus, é transferida para uma unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por afundamento do estado de consciência, hipotonia e crise hipertensiva com taquicardia sinusal. À admissão: GCS 10, desvio conjugado do olhar para a direita, hipotonia assimétrica, plegia do membro superior direito e do membro inferior esquerdo. Nas primeiras horas de internamento, desenvolveu crise convulsiva parcial,

controlada com antiepiléticos. Do estudo realizado, a destacar: TC-CE, angioTC-CE, RX tórax, ECG e punção lombar sem alterações; exames culturais e serologias víricas negativos; doseamento de tacrolimus supraterapêutico; EEG com crise eletrográfica focal e RM-CE com “extensas áreas de restrição da difusão corticais fronto-parietal bilateral, parieto-occipital paramediana esquerda, temporo-occipital direita, cerebelosas hemisféricas esquerdas e talâmica esquerda (...)”.

Portanto, doente com alteração do estado de consciência associado a crise convulsiva e alterações imagiológicas compatíveis, permitiram o diagnóstico de PRES atípico a tacrolimus, tendo o mesmo sido suspenso. Observou-se melhoria clínica progressiva com recuperação da consciência. Repetiu RMN-CE evidenciando melhoria do quadro imagiológico, tendo sido transferida para o serviço de pneumologia apenas com hemiparesia esquerda.

Conclusão: Apesar de se tratar de uma síndrome rara, num doente pós-transplante com alterações neurológicas é importante considerar o diagnóstico de PRES. Em cuidados intensivos a alteração do estado de consciência é comum, no entanto, é menos frequente estar associado a toxicidade medicamentosa.

PA 05

HIPOTENSÃO DE LÍQUOR: IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE NEUROINTENSIVISMO E DE UM DIAGNÓSTICO CÉLERE

Carolina Roriz¹; Maria Ana Canelas²; Eduarda Pereira³;
José Artur Paiva³

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André;

²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho;

³Centro Hospitalar de S. João, EPE

A durotomia não intencional é uma complicação frequente de procedimentos cirúrgicos que envolvam a coluna (até 17 %)1. A suspeita diagnóstica inicia-se na emergência anestésica com a ausência de despertar, associada ou não a atividade convulsiva2.

Apresentam-se os casos clínicos de duas doentes do sexo feminino de 83 e 76 anos, com o diagnóstico de hipotensão de líquor (LCR) secundária a durotomia não intencional com fístula de LCR na sequência de intervenção ortopédica à coluna dorsal e lombar, respetivamente. Em ambos os casos, objetivou-se na emergência anestésica, crises tónico-clónica generalizada. Ambas as doentes realizaram tomografia computadorizada cerebral que evidenciou perda difusa da diferenciação entre a substância cinzenta e branca e projeção das amígdalas cerebelosas na região do buraco magno. Colocada a hipótese diagnóstica de hipotensão de LCR as doentes foram admitidas na unidade de cuidados intensivos neurocríticos, para medidas de neuro-proteção, com cabeceira a 0 graus e investigação etiológica definitiva, de forma a melhorar o prognóstico neurológico. Objetivou-se a saída de LCR pelo dreno subcutâneo em, tendo sido possível a identificação de coleção extracanalicular com densidade semelhante à do LCR ao nível da loca cirúrgica na doente submetida a laminectomia e foraminectomia de L5. Na doente submetida a descompressão cirúrgica a nível dorsal não foi possível confirmar imagiologicamente a presença de fístula devido aos artefactos decorrentes do material cirúrgico. A realização de ressonância magnética cerebral, demonstrando edema vasogénico ao nível dos núcleos da base e tálamos, engurgitamento da glândula hipofisária e espessamento e realce paquimeningeo difuso, suportaram o suspeita diagnóstica. As doentes foram submetidas a nova intervenção ortopédica, com identificação da lesão dural e correção da mesma. As doentes tiveram alta para a enfermaria sem défices neurológicos focais.

A hipotensão intra-craniana pós-operatória é uma complicação rara, mas potencialmente fatal. A abordagem multidisciplinar com ex-

clusão das causas mais comuns de alteração do estado de consciência e convulsão no pós-operatório assim como a avaliação imagiológica com identificação de aspetos sugestivos de hipotensão de LCR foi primordial nestes casos para levantamento da hipótese diagnóstica de fístula de LCR. Finalmente, a admissão em cuidados intensivos com possibilidade de cuidados de neurointensivismo, permitiu uma adequada abordagem destas doentes, tendo possibilitado a correção cirúrgica da fístula de forma breve, com um bom *outcome* neurológico

PA 06

TUBERCULOSE, DOENÇA DO PASSADO OU REPTO ATUAL?

Joana Alves Cabrita¹; Ricardo Nejo Júnior¹; Gonçalo Sequeira Guerreiro²; Maria João Oliveira¹; Ana Valente Santos¹; Luís Nunes Bento¹

¹Hospital de São José; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A tuberculose é uma importante causa de morbimortalidade, verificando-se diminuição progressiva da incidência em Portugal. Em 2019 foram notificados 1848 novos casos, sendo Lisboa e Vale do Tejo uma das regiões de maior incidência. É diminuta a percentagem de indivíduos que, tendo a doença, necessita de admissão em Cuidados Intensivos. Tais casos associam-se a elevada mortalidade, constituindo a insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva o motivo mais frequente de admissão. Cavitações lobares superiores e consolidações de limites pouco definidos são encontradas em casos avançados de tuberculose pós-primária, acarretando alterações estruturais pulmonares. Descrevem-se dois casos clínicos deste espectro da doença.

Descrição dos casos: 1. Homem de 29 anos com hábitos toxicofílicos ativos. Trazido ao serviço de Urgência por dispneia aguda. Por evolução para exaustão respiratória, intubado

e ventilado. Radiografia e TC torácicas a evidenciar extensas cavitações pulmonares bilaterais. Pesquisa inicial de BAAR na expetoração positiva, tendo sido admitida tuberculose pulmonar bacilífera e iniciada terapêutica antibacilar quádrupla. Evolução para choque séptico e ARDS com necessidade de curarização e ventilação. Assumindo-se pneumonia nosocomial inicia antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e linezolide, ajustada para ceftriaxone por isolamento de *H. influenzae* em secreções brônquicas. Agravamento progressivo da função ventilatória, vindo a falecer ao 7º dia de internamento;

2. Homem de 29 anos, com história de consumo de drogas endovenosas. Recorre ao serviço de Urgência por cansaço e dificuldade respiratória com um mês de evolução, associados a tosse produtiva purulenta e perda ponderal. Febril, hipotenso, taquicárdico e com diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Pesquisa de BAAR na expetoração positiva. TC torácica descreve volumoso hidropneumotórax à esquerda com desvio direito do mediastino e múltiplos focos de condensação no pulmão direito, com colapso total do campo pulmonar esquerdo, definindo-se cavidade lobar superior esquerda fistulizada para a pleura. Colocado dreno torácico com drenagem de pús, tendo sido colhidas amostras para exame microbiológico e iniciados antibacilares. Por exaustão ventilatória, necessária intubação e ventilação mecânica invasiva. Inicia antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e linezolide pela hipótese de sobreinfecção. Evolui desfavoravelmente, verificando-se o óbito nas primeiras 24h.

Conclusão: Ainda que a incidência de tuberculose em Portugal tenha diminuído, o diagnóstico tardio acarreta significativa morbimortalidade, podendo implicar admissão em Cuidados Intensivos. Descrevem-se dois casos de doentes críticos não imunossuprimi-

dos com tuberculose e exuberantes achados imagiológicos, os quais se traduzem em mau prognóstico.

PA 07

UMA CAUSA RARA DE CHOQUE NO TRAUMA TORÁCICO

Ana Rita Santos¹; Pedro Gaspar Costa²; Philip Fortuna²
¹*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier;* ²*Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de São José; unidade de Urgência Médica*

Introdução: A Insuficiência Aórtica (IAo) aguda por avulsão de uma das cúspides é uma complicação rara do trauma torácico não penetrante. Apresentamos um caso de politrauma com evolução precoce em choque refratário e cujo diagnóstico e *timing* cirúrgico foram desafiantes.

Caso clínico: Homem de 40 anos, vítima de acidente de viação do qual resultou politraumatismo. À avaliação inicial apresentava-se em coma, hipotenso (PA 70/30 mmHg), taquicárdico e com lactato de 4 mmol/L. Após estabilização médica foi diagnosticado trauma craneoencefálico, torácico (hemopneumotórax com desvio do mediastino, *vollet* costal, contusão miocárdica e pulmonar, assim como, oclusão artéria subclávia direita), abdominal (contusão hepática e renal, sem hemoperitонеu) e fraturas do acetábulo e úmero. Realizada drenagem torácica e colocado stent na artéria subclávia com bom resultado, permanecendo ainda sob noradrenalina. Determinada abordagem conservadora das restantes lesões pelas respetivas especialidades.

Na unidade de Cuidados Intensivos evoluiu precocemente com choque refratário sob suporte vasopressor triplo com taquicardia supraventricular sustida, pressão de pulso aumentadas e hipoxemia. Excluída hemorragia ativa.

Ao 4º dia de internamento a avaliação transpulmonar termodinâmica demonstrou choque misto: distributivo e cardiogénico, que motivou reavaliação Ecocardiográfica com

diagnóstico de IAo aguda grave por *flail* de cúspide. A angioTC torácica excluiu dissecação aórtica. O componente distributivo foi atribuído a lesão de reperfusão isquêmica do membro superior direito.

Após discussão multidisciplinar a correção cirúrgica valvular foi protelada por elevado risco hemorrágico, melhora hemodinâmica após otimização do suporte e complicações infecciosas. Ao 36^a dia o doente foi submetido a substituição da válvula aórtica com bom resultado cirúrgico. **Conclusão:** A IAo aguda por trauma torácico é rara, mas deve ser equacionada na presença de clínica de insuficiência cardíaca, pressão de pulso aumentada e sopro diastólico de novo. O mecanismo relaciona-se com o aumento súbito da pressão intratorácica durante a diástole ventricular, quando o gradiente de pressão na válvula aórtica é máximo e esta se encontra fechada, resultando na rutura/avulsão da(s) cúspide(s). Frequentemente estes casos associam-se a múltiplas lesões torácicas tornando o diagnóstico difícil. No entanto, este é essencial pois tem implicações terapêuticas médicas e cirúrgicas específicas. O *timing* cirúrgico num caso complexo de politrauma deve ser individualizado e é por vezes difícil de estabelecer, tendo em conta o risco cirúrgico, estabilidade clínica do doente e outras lesões/intercorrências que possam ser prioritárias de corrigir. Do ponto de vista cirúrgico é mais comum a substituição valvular protésica, sendo as técnicas de reparação menos frequentemente instituídas e associadas a piores *outcomes*.

PA 08

ACUTE LIVER FAILURE INDUCED BY MDMA INTOXICATION: A CASE REPORT

João Henriques¹; Rui Garcês²; César Vieira¹; Pedro Costa²; Tânia Sequeira¹; Nuno Germano¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital Curry Cabral; ²Hospital de São José

Background: *Acute Liver Failure (ALF) induced by recreational drugs is a rare life-threatening condition. There are multifactorial causes for MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) induced hepatotoxicity and its exact mechanisms remain in research. There is no direct treatment for MDMA intoxication, and the management of ALF is challenging, as it requires admission in an Intensive Care Unit where liver-specific interventions and transplant consideration can be implemented.*1 *High-volume plasma exchange (HVP) has proven to be effective in increasing liver transplant-free survival in patients with ALF.*2 *Additionally, the use of haemoadsorption by CytoSorb in patients with ALF had promising results in the improvement of biochemical markers,*3 *and it has been proven its capacity for MDMA removal.*4

Case presentation: *A 22-year-old male, without previous known diseases or drug abuse records, who was admitted to our ICU with MDMA intoxication and multi-organ failure. He presented with hyperthermia, neurological impairment, cardiovascular dysfunction, oliguric acute renal failure, coagulopathy with disseminated gastrointestinal bleeding and acute liver failure. At first 24h admission, the patient had already been considered about its eligibility for liver transplantation and had undergone one session of HVP. In addition, a CytoSorb adsorber device was applied, alternating this extracorporeal technique with HVP. This practice led to analytic and clinical improvement, with reduction of hepatic cytotoxicity, rhabdomyolysis and clearance of MDMA.*

Five days after MDMA intoxication the patient underwent a total of 3 sessions of HVP and was able to be submitted to liver transplant surgery.

Conclusion: *This case report validates the use of extracorporeal non-cell-based support systems on ALF patient management until liver transplantation and the potential additional benefit from CytoSorb haemoadsorption on MDMA intoxication.*

References: 1. Cajanding RJM. *MDMA-Associated Liver Toxicity: Pathophysiology, Management, and Current State of Knowledge.* AACN Adv Crit Care. 2019;30(3):232-248. doi:10.4037/AAC-NACC2019852

2. Larsen FS, Schmidt LE, Bernsmeier C, et al. *High-volume plasma exchange in patients with acute liver failure: An open randomised controlled trial.* J Hepatol. 2016;64(1):69-78. doi:10.1016/j.jhep.2015.08.018

3. Tomescu D, Popescu M, David C, Sima R, Dima S. *Haemoadsorption by CytoSorb® in patients with acute liver failure: A case series.* International Journal of Artificial Organs. 2021;44(8):560-564. doi:10.1177/0391398820981383

4. Lang CN, So mmer MJ, Neuka mm MA, et al. *Use of the CytoSorb adsorption device in MDMA intoxication: a first-in-man application and in vitro study.* doi:10.1186/s40635-020-00313-3

PA 09

ECPR NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

Mafalda Gama¹; Rui Garcês¹; Simão C. Rodeia¹; Phillip Fortuna¹; Luís Bento¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: A ressuscitação cardiopulmonar extracorporeal (ECPR) consiste no uso de ECMO-VA em paragem cardiorrespiratória (PCR) na qual a ressuscitação cardiopulmonar convencional (CCPR) não permite atingir a recuperação da circulação espontânea (ROSC) de forma sustentada. Programas de ECPR com critérios adequados e operacionalização capaz levam a bons resultados. A ELSO mos-

tra sobrevida à alta hospitalar de 30 %.

O programa de ECPR teve início no Centro em 2017, abrangendo PCR intra- e extra-hospitalar (IHCA, OHCA).

Objetivos: O objectivos do estudo são conhecer o resultado dos doentes admitidos no programa de ECPR e verificar a correcta aplicação dos critérios de inclusão do programa de ECPR.

Material e métodos: Trata-se de uma análise retrospectiva, de dados recolhidos dos processos dos doentes admitidos na Unidade do nosso Centro pelo programa de ECPR, de Janeiro a Agosto de 2022.

Resultados e conclusões: Nesse período foram admitidos 16 doentes. A maioria (62 %) corresponderam a casos de OHCA. A taxa de sucesso na canulação foi 75 % (em 1 doente não foi tentada a canulação por à admissão já terem sido ultrapassados os 60 minutos desde a PCR).

Dos canulados com sucesso, 92 % obtiveram ROSC, e destes 18 % sobreviveram com boa condição neurológica (Cerebral Performance Categories 1), representando 13 % da totalidade dos doentes. Nenhum óbito (87 %) foi elegível para doação em paragem cardiocirculatória, por inoperacionalidade do programa no Centro, durante o período do estudo.

Os 2 sobreviventes cumpriam 6 e 7 dos 9 critérios de inclusão. Ambos sofreram OHCA, tempo de *no-flow* de zero minutos e de *low-flow* médio de 48,5 minutos.

Quanto à auditoria realizada à aplicação dos critérios de inclusão: a idade foi cumprida por 15 doentes, ausência de comorbilidades *major* foi cumprida por todos, PCR presenciada foi cumprida por 12 doentes, tempo *no-flow* < 5 minutos foi cumprido por 14 doentes, ritmo inicial diferente de assistolia foi cumprido por todos, fracção expirada de CO₂ > 15 mmHg foi cumprida por 2 doentes e com 12 omisões, transporte com dispositivo mecânico de

compressões torácicas (DMCT) foi cumprido pelos 16 doentes, ROSC intermitente ou FV recorrente foi cumprido em 8 doentes, sinais de vida durante CCPR foi cumprido por 4 doentes e com 12 omissões, tempo desde PCR até ECMO < 60 minutos foi cumprido por 5 doentes.

Nos óbitos o cumprimento dos critérios é menor face aos sobreviventes (5 vs. 6,5 em 9 critérios). O tempo médio de *low-flow* dos óbitos (68,3 minutos) é superior ao dos sobreviventes (48,5 minutos). Apenas 3 óbitos tiveram tempo de *low-flow* < 60 minutos.

Concluindo, os resultados mostram uma sobrevivência de 13 % com resultado neurológico favorável em todos os doentes. Verifica-se que os que sobreviveram cumpriam mais critérios de inclusão que os que faleceram.

Assim, deve-se admitir no programa de ECPR doentes que reúnam os critérios de inclusão, sobretudo os mais associados a resultado neurológico favorável.

PA 10

PNEUMONIA NECROTIZANTE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-SENSÍVEL PRODUTORA DE LPV

Teresa Miranda¹; Gonçalo Guerreiro¹; Luís Morais¹; Vítor Mendes¹; Nuno a. Faria²; Hermínia de Lencastre²; Maria Miragaia²; Pedro Póvoa¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ²Instituto de Tecnologia Química e Biológica, Universidade Nova de Lisboa

A leucocidina de Pantón-Valentine (LPV) é uma toxina produzida por estirpes de *Staphylococcus aureus* associada a necrose tecidual e destruição de leucócitos com necrose cutânea, do tecido mole subcutâneo e pneumonia necrotizante. Apresentamos o caso de um doente, homem de 46 anos internado na UCI por Pneumonia Necrotizante a SAMS (*staphylococcus aureus* metilicina-sensível) produtora de LPV.

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da infecção a SAMS. Nos últimos anos tem-se assistido ao aumento de estirpes de *Staphylococcus aureus* na comunidade, associadas ou não, à produção da LPV. A sua incidência em Portugal permanece desconhecida.

Caso clínico: Homem, 46 anos, com antecedentes de rinite.

Apresentou quadro compatível com síndrome gripal, agravado com tosse hemoptoica, quando recorreu ao serviço de urgência. No SU houve agravamento clínico com instalação de insuficiência respiratória grave. Análises à admissão sem leucocitose e PCR 1.83 mg/dL. Foi transferido para UCI por Pneumonia bilateral adquirida na comunidade. Durante a permanência na UCI, evolução para ARDS com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), bloqueio neuromuscular e decúbito ventral. Foi realizada broncofibroscopia ao primeiro dia de VMI, e o exame cultural microbiológico isolou SAMS e *Klebsiella pneumoniae* sensível a amoxicilina/ácido clavulânico, e iniciou terapêutica com dois beta-lactâmicos. A avaliação seriada imagiológica com TC-Tórax realizada demonstrou evolução desfavorável com múltiplas áreas de cavitação compatíveis com necrose parenquimatosa. Perante a necrose demonstrada na TC-Tórax e sem melhoria clínica ou analítica, decidido alterar antibioterapia de flucloxacilina para linezolid. O isolado SAMS da amostra respiratória foi enviada para pesquisa do gene *pvl* por *polymerase chain reaction* e caracterização por *spa typing*. O isolado apresentou resultado positivo à pesquisa do gene *pvl* e tipo de *spa* t355, associado à linhagem pertencente ao complexo clonal 152 de *S.aureus*.

A evolução foi favorável na permanência em UCI com transferência para Cuidados Intermediários ao 17º dia.

Conclusão: A incidência de infeções por *S. aureus* adquiridas na comunidade produtoras de LPV são pouco estudadas e caracterizadas em Portugal. As estirpes de *S. aureus* produtoras de LPV causam pneumonia necrotizante e hemorrágica com evolução muito rápida em doentes previamente saudáveis, com mortalidade elevada. Esta entidade deveria ser prontamente colocada como hipótese diagnóstica em doentes jovens e imunocompetentes que desenvolvem pneumonia necrotizante, para início de terapêutica dirigida. Os beta-lactâmicos podem induzir um aumento de libertação de LPV, sendo que a clindamicina, o linezolid e a rifampicina estão associados a diminuição da sua produção. Este caso pela associação de dois agentes microbiológicos, ofereceu particular dificuldade.



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Sexta-feira | 04 de novembro 2022

08:00-09:00h

POSTERS DE MÉDICOS COM APRESENTAÇÃO

PA 11 – PA 15

PA 11

CARACTERIZAÇÃO DA ABORDAGEM A ISOLAMENTOS RESPIRATÓRIOS DE CANDIDA SPP. NUMA UCI

Pedro Caiado¹; Catarina Cardoso¹; Raquel Cavaco¹;
Luís Bento¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: O isolamento de *Candida spp.* (IRespCsp) do tracto respiratório é comum em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Contudo, a pneumonia a *Candida spp.* (PCspp), cujo diagnóstico definitivo requer demonstração histológica de invasão tecidual por *Candida*, é rara e ocorre na maioria dos casos por disseminação hematogénea. O IRespCsp em lavado broncoalveolar (LBA) tem fraco valor preditivo para PCspp., como múltiplos estudos prospectivos e retrospectivos consistentemente o demonstraram. As *guidelines* da Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (ESCMID) recomendam que o isolamento de *Candida spp.* de secreções respiratórias não motive tratamento antifúngico, mas seja interpretado como colonização.

Objetivo: Descrever as atitudes terapêuticas perante isolamentos respiratórios de *Candida spp.* praticadas numa UCI.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo. Foram analisados todos os processos

clínicos dos doentes internados numa UCI de um hospital central, entre Agosto de 2016 e Março de 2022, que tiveram isolamentos de *Candida spp.* em aspirado traqueobrônquico (ATB) ou LBA. Foram excluídos os doentes que estiveram sob Oxigenação por Membrana Extra-Corporal (ECMO) durante o internamento. Foram analisadas as seguintes variáveis: i) sociodemográficas e clínicas; ii) significado clínico atribuído ao isolamento (infecção versus colonização), iii) isolamento de *Candida spp.* em hemocultura e iv) tipo de antifúngico e duração de tratamento. A análise estatística foi feita com recurso ao Microsoft Office Excel.

Resultados e conclusões: Dos 164 isolamentos obtidos, foram excluídos 40 doentes em ECMO e 25 isolamentos duplicados. Dos 99 isolamentos de *Candida* analisados - correspondentes a 93 doentes -, a maioria foram obtidos por LBA (87 %). A mediana de idades foi de 69 anos (amplitude interquartil 58-75) e 77 % eram do sexo masculino. A duração média de internamento na UCI foi 21 dias (± 12). A duração média de VMI foi 17 dias (± 11). A mortalidade na UCI foi de 38 % e, aos 30 dias, de 42 %. Os fatores de risco para infeções por *Candida spp.* mais frequentes foram antibioterapia de largo espectro nas 14 dias anteriores (88 %), corticoterapia em dose cumulativa superior a prednisolona 200 mg ou equivalente no internamento (30 %), qui-

mioterapia ou terapêutica imunossupressora nos 6 meses anteriores (23 %). A maioria dos isolamentos (65 %) foi admitida como infecção e tratada com antifúngico. Os antifúngicos mais comumente usados foram Fluconazol, Caspofungina e Voriconazol em 59 %, 22 % e 8 % dos casos, respectivamente. A duração média de tratamento foi 9 dias (± 5). Isolou-se *Candida spp.* em hemoculturas ocorreu apenas em 3 % dos casos.

Poderá ter havido sobrevalorização dos isolamentos respiratórios de *Candida spp.* e sobreuso de antifúngicos. A elevada gravidade clínica desta coorte poderá estar na base desta prática clínica e justificar a realização de outro tipo de estudos.

PA 12

A IMPLEMENTAÇÃO DO NEWS2 NUMA ENFERMARIA DE CIRURGIA

Miguel Ferreira Barbosa¹; Maria Eduarda Batista²; Sofia Cardoso¹; José Casimiro¹; Nuno Germano¹

¹Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital Curry Cabral; ²Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital Curry Cabral

Introdução: O *National Early Warning Scale* (NEWS) é um sistema de pontuação que avalia o risco de deterioração clínica na doença aguda, através de parâmetros fisiológicos. Foi criado em 2012 no Reino Unido e revisto em 2017 numa nova versão: NEWS2. Os parâmetros avaliados incluem: frequência respiratória, saturação de oxigénio, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, confusão de novo ou alteração de consciência e temperatura, com uma ponderação de 0 a 3, com a adição de 2 pontos, caso necessite de suplementação de oxigénio. O NEWS2 distingue os doentes em três níveis de risco: baixo (NEWS2 0-4), médio (NEWS2 5-6) e alto (NEWS2 ≥ 7). Todas as avaliações superiores ou iguais a 7 implicam avaliação do doente por uma equipa especializada no doente crítico.

Objetivos: O NEWS2 foi implementado em

janeiro de 2022 em 5 enfermarias de cirurgia do Hospital Curry Cabral, sendo todos os NEWS2 ≥ 7 avaliados pela equipa de medicina intensiva da unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7 (UCIP7). Este estudo de observacional procura caracterizar esta medida em termos de número de doentes avaliados, destino atribuído e mortalidade, no primeiro semestre de 2022.

Materiais e métodos: Os dados foram recolhidos através do sistema da Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação do S Clínico. Os dados foram organizados em: 1) caracterização da população de doentes presentes na Cirurgia A, Cirurgia B, Cirurgia C, Cirurgia D e Cirurgia E e na unidade de Tratamento Cirúrgica da Obesidade do Hospital Curry Cabral; 2) avaliações de NEWS2 por score; 3) discriminação dos doentes NEWS2 ≥ 7 em termos de destino e de mortalidade.

Resultados: Dos 1698 doentes presentes nas enfermarias de janeiro a junho, resultaram 25891 avaliações de NEWS2. Foram registados 294 NEWS2 superiores ou iguais a 7, tendo sido atribuído alto risco a 112 doentes. Das avaliações realizadas pela equipa da UCIP7, resultaram 17 transferências para UCI, com 0 óbitos registados. Nas restantes, 102 doentes mantiveram-se em enfermaria, com 29 classificações como *Do Not Reanimate* (D.N.R.), tendo sido registados 9 óbitos. No período homólogo do ano anterior, existiram 3 ativações da equipa de emergência médica por paragem cardiorrespiratória e foram registadas 0 neste ano.

Conclusão: O NEWS2 é um sistema eficaz na sinalização de doentes em risco de descompensação aguda. Apesar de implicar um acréscimo na carga de trabalho da equipa de intensivos, possibilita um contacto mais frequente com os doentes fora da unidade e uma gestão mais eficaz.

PA 13

ISOLAMENTO DE *CANDIDA AURIS* – 1º CASO EM PORTUGAL

Marta Ramos¹; João Henriques²; Joao Melo Alves²; Luis Bento²

¹HPP Hospital de Cascais; ²Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: A *Candida auris* foi descrita pela primeira vez em 2009 no Japão. É um agente com potencial de causar infeções invasivas associadas a elevada mortalidade, particularmente em doentes com múltiplas comorbilidades e nos doentes internados em unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Os fatores de risco relacionados com a infeção por *C. auris* não são diferentes das outras espécies de *Candida*. Apresenta, para além da multirresistência, a capacidade de persistência em meio hospitalar, sendo difícil sua irradiação devido a formação de biofilme. A prevalência desta infeção é desconhecida e subnotificada devido à falta de métodos de diagnósticos. As infeções invasivas, nomeadamente, em amostas respiratórias de lavadobroncoalveolar, requerem tratamento com equinocandinas.

Descrição do caso: Homem de 59 anos, natural de Luanda, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial. Fora admitido em UCI por insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva, constatando-se choque cardiogénico com necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina e dobutamina. Sofreu agravamento clínico com alteração do estado de consciência, lesão renal aguda AKIN III com critérios para técnica de substituição da função renal e, assumida falência hepática aguda com quadro de hiperbilirrubinemia, citólise hepática e coagulopatia, acompanhado de aumento dos parâmetros inflamatórios. Neste contexto, foi transferido de Luanda para UCI em Portugal dada potencial elegibilidade para transplante hepático. No estudo etiológico para a falência

hepática, foram excluídos agentes infecciosos e patologia autoimune e, perante necrose em biópsia hepática, assumiu-se hepatite isquémica em contexto do choque cardiogénico. Este último, com provável gênese em miocardite viral, sem agente identificado. Durante a permanência na UCI evoluiu desfavoravelmente, com ARDS primário em pneumonia associada ao ventilador, com necessidade de ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporeal) veno-venoso. Dos exames culturais realizados, nomeadamente lavado broncoalveolar, constatou-se isolamento de *Candida auris*. Apesar de terapêutica dirigida com caspofungina, o doente evoluiu desfavoravelmente em choque séptico, tendo acabado por falecer.

Conclusão: Relata-se o primeiro caso descrito de *Candida auris* em Portugal. A identificação deste agente e a determinação da sua suscetibilidade aos antifúngicos é fundamental para o controlo da colonização ou da infeção. São necessários mais investigações e estudos para compreender os mecanismos de resistência e fatores de virulência para serem usados como eventuais alvos terapêuticos.

PA 14

DOENÇA DO LEGIONÁRIO E PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA – DOENTES EM ECMO DESDE 2014

Marta Ramos¹; Ricardo Junior²; Ana Santos²; Philip Fortuna²; João Melo Alves²; Luis Bento²

¹HPP Hospital de Cascais; ²Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: A *Legionella pneumophila* é agente comum de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em todos os doentes hospitalizados. Tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e imunossupressão são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de pneumonia grave. Os doentes admitidos por unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por pneumonia grave a *Legionella pneumophila* apresentam uma taxa de morta-

lidade de 33 %. O *Streptococcus pneumoniae* é causa bacteriana mais frequente de PAC. Em regime de internamento, a PAC a *S. pneumoniae* é cerca de 12-15 %. Nos casos mais graves, o ECMO é uma opção terapêutica.

Objetivos: Caracterizar a evolução e resultados clínicos dos doentes com insuficiência respiratória refratária e *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) por pneumonia a *Legionella pneumophila* e *S. pneumoniae* resgatados em *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes tratados com ECMO num hospital português com ARDS com pneumonia a *Legionella pneumophila* e *Streptococcus Pneumoniae* entre 2014 e 2022.

Resultados e conclusões: Entre 2014 e 2022, 18 doentes foram tratados com ECMO veno-venoso (VV) dos quais 72,2 % (N = 13) por Pneumonia a *Legionella* e 27,8 % (N = 5) por Pneumonia a *S. pneumoniae*. A média de idades foi de $50,7 \pm 13,4$ anos, 22,2 % (N = 4) tinham antecedentes de DPOC, 27,8 % (N = 5) de hipertensão arterial, 22,2 % (N = 4) de Diabetes *Mellitus*, 16,7 % (N = 3) de doença renal crónica e 5,6 % (N = 1) era imunodeprimido. Em média, o ECMO foi introduzido ao dia de admissão. O suporte de ECMO teve uma duração média de $6 \pm 4,7$ dias e a maioria dos doentes tiveram apenas em ECMO VV. 11 % (N = 2) tiveram complicações imediatas na canulação, nomeadamente uma paragem cardiorrespiratória e uma laceração da veia ilíaca. O APACHE II médio era de $24,4 \pm 7,1$ pontos, o SAPS 3 $80 \pm 20,4$ pontos. Dos dados disponíveis, o PaO₂/FiO₂ média antes da colocação em ECMO foi de 85. O isolamento de agente foi conseguido na maioria dos casos através das antigenúrias. 61,1 % (N = 11) apresentaram LRA e destes 90,9 % necessitaram de técnica de substituição renal e 72,2 % (N = 13) apresentaram disfunção

cardiovascular. A taxa de mortalidade esta foi de 44 % (N = 8) durante o internamento em UCI, todos os restantes tiveram alta hospitalar. Nas pneumonias *L. pneumophila* e *S. pneumoniae* complicadas por insuficiência respiratória refratária, o suporte com ECMO permitiu o suporte do doente evitando parâmetros de ventilatório deletérios. A referenciação precoce para centros com ECMO deve ser considerado para pneumonia quando os parâmetros protetores de ventilação mecânica invasiva são insuficientes.

PA 15

O IMPACTO DA HIPOXEMIA NA MORTALIDADE POR COVID19 – REFLEXO DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Carla Araújo Costa¹; João Pessoa Cruz¹;
Patrícia Patrício¹; Carlos Meneses Oliveira¹;
Carlos Simões Pereira¹

¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A COVID-19 é uma infeção viral com afeção essencialmente respiratória, cuja apresentação pode ser assintomática ou evolução para doença grave. Esta última define-se pela presença de hipoxemia e/ou dispneia associada. A capacidade de tolerância à hipoxia celular é variável, podendo levar a lesões irreversíveis nos casos mais graves e prolongados.

Objetivos: Avaliar o grau de correlação entre a gravidade da hipoxemia nas primeiras 48h de admissão hospitalar e prognóstico global dos doentes.

Métodos: Realizamos um estudo retrospectivo descritivo monocêntrico que incluiu 243 doentes, admitidos no serviço de Medicina Intensiva com diagnóstico de COVID19 no período entre Março de 2020 e Dezembro de 2021.

Consideramos hipoxemia valores de pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (paO₂) < 75 mmHg, avaliado em gasimetria de sangue arterial em ar ambiente (fração inspiratória de O₂ (FiO₂) de 21 %), ou quando se verifica um

valor do Índice de Horowitz para a Função Pulmonar (ratio $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 mmHg.

Os doentes foram divididos em três grupos consoante o grau de hipoxemia, de acordo com a definição de Berlim para ARDS grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ < 100 mmHg), moderado (100 mmHg < $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ < 200 mmHg) e ligeiro (200 mmHg < $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ < 300 mmHg). Para cada um dos grupos determinou-se a necessidade e a premissa do suporte ventilatório invasivo, o número de dias de ventilação e a necessidade de realização de traqueostomia. Adicionalmente avaliou-se o desfecho clínico em cada um dos grupos, avaliando os seguintes *outcomes* - duração de internamento UCI e hospitalar, mortalidade hospitalar, necessidade de oxigenoterapia de longa duração e o grau de dependência de terceiros aquando da alta hospitalar.

Resultados e conclusões: A taxa de mortalidade dos doentes COVID19 admitidos na UCI neste período foi de 11,2 % (n = 27). O grau de hipoxemia à admissão hospitalar foi definido pelo pior P/F nas primeiras 48h, em média P/F=131. Este não demonstrou estar associado a maior mortalidade (HZ<1), embora um resultado sem significado estatístico (p>0,05). A necessidade de VMI e VNI não se associou ao aumento da mortalidade (HZ<1, p<0,05). Verificou-se um aumento da mortalidade hospitalar nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva durante mais de 7 dias, com significado estatístico (HZ>1 e p=0,017), o que pode ser explicado por vários fatores como a gravidade da doença de base, grau de disfunção multiorgânica, comorbilidades associadas ou infeções nosocomiais concomitantes. Assim, concluímos que o grau de hipoxemia nas primeiras 48h de internamento não se relacionou com maior mortalidade hospitalar, embora esta pareça estar relacionada com outras variáveis estudadas, como a duração da VMI, e outros fatores não estudados, como comorbilidades, infeções nosocomiais ou outras intercorrências.



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Sexta-feira | 04 de novembro 2022

08:00-09:00h

POSTERS DE ENFERMEIROS COM APRESENTAÇÃO

PA 01 – PA 05

PA 01

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Joana Moreira Ferreira Teixeira¹; Márcia Pereira Silva²
¹Hospital CUF Cascais; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica (PSC), tem impacto no estado geral da pessoa e torna-se consciente segundo um processo denominado nociceção. Assim, a sua gestão torna-se essencial, envolvendo a sua monitorização, avaliação e tratamento, o que requer o uso de escalas e instrumentos apropriados.

Objetivos: Analisar a evidência existente sobre os instrumentos e intervenções de avaliação e monitorização da dor na PSC.

Material e métodos: Foi efetuada uma Revisão integrativa da literatura (RIL), através da pesquisa nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL* e literatura cinzenta. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para seleção dos documentos.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 164 documentos, 3 dos quais obtidos através de outras fontes. Foram obtidos 18 documentos finais, para extração e análise.

Os documentos obtidos reforçam a necessidade de avaliação e monitorização da dor sistemática e a utilização de protocolos de gestão da dor.

No que diz respeito à sua monitorização, esta deve ter por base a utilização de instrumentos/escalas devidamente validadas para a PSC, sendo de privilegiar as escalas de autorrelato para a pessoa que consegue comunicar e as escalas comportamentais para a PSC incapaz de comunicar, destacando-se a *Behavioral Pain Scale* (BPS) para pessoas ventiladas e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) para a PSC não ventilada. A monitorização da nociceção tem vindo a ser alvo de investigação, surgindo tecnologia que permite detetar a presença de dor na PSC de forma objetiva, não invasiva e contínua. Destaca-se o monitor *Analgesia Nociception Index* (ANI) que demonstrou ser capaz de detetar estímulos dolorosos menores quando comparado com a BPS. Mediante esta tecnologia é ainda possível avaliar a dor na PSC nas situações em que o uso de escalas comportamentais apresenta limitações.

A avaliação da dor deve ser efetuada concomitantemente à sua monitorização, devendo ser considerada a história prévia de dor anterior e a presença de fatores psicológicos e sociais, que possam afetar a forma como a dor é avaliada, tratada e vivenciada pela pessoa. Deve também considerar-se a localização da dor, a sua intensidade, fatores de agravamento e/ou alívio, e o seu impacto funcional. O envolvimento da família no plano terapêutico de gestão da dor é considerado fulcral, assim como o assegurar o registo e transmis-

são de dados relevantes para a garantia da continuidade de cuidados. Conclui-se assim que a gestão da dor requer uma monitorização e avaliação da mesma, por profissionais com conhecimento específico na área, tendo o enfermeiro uma intervenção fulcral nessa gestão. A evidência aponta para a necessidade de desenvolvimento de estudos mais profundos sobre a eficácia da monitorização através do monitor ANI, em comparação com a monitorização-padrão, para que o seu uso sistemático seja sustentado.

PA 02

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A FADIGA DOS ALARMES NOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS CRÍTICOS: REVISÃO SCOPING

Susana Costa¹; Anabela Ferreira²; Patrícia Conceição²; Sónia Alves³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de São José; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O som de alarmes constantes caracteriza o ambiente sonoro de uma UCI. A sua função é alertar os profissionais para alterações que possam comprometer o estado de saúde da pessoa em situação crítica. Porém, esta sobre-exposição pode conduzir à fadiga dos alarmes, definida como a dessensibilização e apatia dos prestadores de cuidados de saúde perante um número esmagador de alarmes repetitivos ou simultâneos.(1) Este fenómeno condiciona a resposta dos enfermeiros, o que pode comprometer a segurança do doente e a qualidade do cuidado(2). **Objetivo:** Mapear as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para reduzir a fadiga dos alarmes nos enfermeiros de cuidados críticos.

Método: Foi realizada uma *scoping review* segundo *Joanna Briggs Institute* (3), os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o PCC: População (enfermeiros), Conceito (dificuldades e estratégias para reduzir a fadiga

dos alarmes) e Contexto (Cuidados Críticos). A estratégia de pesquisa foi concretizada nas bases de dados *MEDLINE* (via *PubMed*), *CINAHL*, *Cochrane Plus Collection* (via *EBSCO*) e *RCAAP*. Foram considerados para inclusão estudos escritos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos cinco anos e com qualquer desenho de estudo. Quatro revisores independentes realizaram a análise dos artigos, assim como a extração e a síntese dos dados.

Resultados: Dos 131 estudos iniciais, nove foram incluídos na revisão. As dificuldades sentidas pelos enfermeiros foram o excesso de monitorização; a complexidade da situação de saúde; a falta de saber na manipulação e gestão dos equipamentos de monitorização; a sobrecarga de trabalho e o *stress*. Através da análise dos estudos mapearam-se como estratégias: personalizar alarmes; simulação de situações reais; treino regular e contínuo trabalho em equipa; formação; elaboração de protocolos e criação de uma equipa de gestão de alarmes.

Conclusão: A exposição do enfermeiro de cuidados críticos a múltiplos alarmes é uma realidade que impõe desafios. Não agir em resposta a um alarme pode resultar em dano para o doente. As principais estratégias encontradas foram o ajuste das configurações dos alarmes às necessidades individuais do doente e a elaboração de protocolos de atuação. Estas permitem contornar as dificuldades sentidas prevenindo a perda de alarmes importantes e o *stress* dos profissionais.

Referências bibliográficas: 1. Lewandowska, Weisbrot, Cieloszyk, Medrzycka-Dabrowska, Krupa, Osga. Impact of alarm fatigue on the work of nurses in an intensive care environment – A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17:1-14.

2. Dee SA, et al. Determining the Impact of an Alarm Management Program on Alarm Fatigue among ICU and Telemetry RNs: An Evi-

dence Based Research Project. 2022

3. Peters, et al. Best practice guidance and reporting items for the development of *scoping review* protocols. JBI. 2022.

PA 03

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA ANEURISMÁTICA

Marta Santos¹; Mariana Santos¹; Inês Ribeiro¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A hemorragia subaracnoideia aneurismática (HSA) é caracterizada pela presença de sangue no espaço subaracnoideu.¹ O aneurisma cerebral (AC) consiste na dilatação de uma artéria fragilizada, que se desenvolve frequentemente na bifurcação das artérias, na região do polígono de Willis, na base do cérebro e no espaço subaracnoideu.² A rutura é precipitada por um aumento repentino da pressão arterial, provocada por um evento não traumático, que se pode associar a atividades que exijam esforço ou a um quadro de *stress*.³

O doente com HSA necessita de cuidados de enfermagem especializados, que exigem uma vigilância e monitorização contínua, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, eficiente e em tempo útil.⁴

Objetivo: Uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente com HSA por rutura de AC.

Material e métodos: Pesquisa sistematizada em bases de dados, através do motor de busca *EBSCOhost*, bem como através da análise de outras fontes de referências.

Resultados: Na prestação de cuidados ao doente vítima de HSA por rutura de AC, é essencial a avaliação e intervenção do enfermeiro de forma a promover o *gold standard*: identificação de sinais e sintomas, prevenção de complicações, prevenção do aparecimento de lesões cerebrais secundárias e

consequentes sequelas, promovendo uma adequada perfusão cerebral e melhorando o *outcome* neurológico.² Estes casos exigem não só uma monitorização contínua de parâmetros específicos, como também a utilização de uma neuromonitorização multimodal, que acrescenta instrumentos de avaliação da pressão, fluxo, oxigenação e metabolismo cerebral.⁵ Esta avaliação permite identificar, por meio de equipamentos tecnológicos, sinais que podem indicar a deterioração do normal funcionamento/perfusão cerebral, que se não forem revertidos em tempo útil, poderão levar à morte cerebral.⁶

As intervenções autónomas de enfermagem como a avaliação do estado neurológico, a avaliação da força e movimento muscular, a gestão do ambiente físico (luminosidade, ruído, número de visitas), o correto posicionamento do doente, a gestão da dor através de medidas não farmacológicas, gestão de situações e/ou cuidados que exijam esforço por parte do doente, influenciam diretamente a perfusão cerebral e consequentemente contribuem para uma melhoria do *outcome* neurológico do doente.^{7,8,9}

Conclusão: A recuperação do doente com HSA por rutura de AC implica um período de mudanças e transições intensas, um período vulnerável para si e para a sua família, que pode ser minimizado pela intervenção do enfermeiro e equipa multidisciplinar. Deve ser assegurado que o doente e a sua família compreendem a informação que lhes é transmitida e, sempre que possível, envolvê-los na prestação de cuidados, antes, durante e após o tratamento definitivo.¹⁰

PA 04

CUIDAR DA PESSOA TRANSPLANTADA PULMONAR SOB ECMO E EM PROTOCOLO DE DESENSIBILIZAÇÃO: ESTUDO CASO

Joana Marrana¹; Joana Silva¹; Mariana Batista¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: Apesar da transplantação pulmonar estar em nítida expansão (IPST, 2019), a disponibilidade de órgãos é restrita e a espera por transplante pode ser longa. Neste sentido, são desenvolvidas estratégias terapêuticas que permitem, por um lado, suportar a função pulmonar da pessoa enquanto aguarda por transplante (Ordem dos Enfermeiros, 2021), através da *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO); e, por outro, aumentar a possibilidade de ser transplantada, graças à implementação de um Protocolo de Dessensibilização, que diminui o risco de rejeição aguda do candidato ao transplante, independentemente dos resultados de incompatibilidade histológica (Aversa *et al.*, 2021).

O envolvimento do enfermeiro no processo de doença da pessoa e respetiva família é uma constante e a sua intervenção é fundamental para prevenir complicações e para que o transplante pulmonar seja bem sucedido.

Com este estudo de caso pretendemos dar visibilidade às competências do enfermeiro que cuida da pessoa transplantada pulmonar sob ECMO e em protocolo de dessensibilização, suportada na evidência de uma revisão narrativa.

Descrição do caso: Identificação: JC, sexo feminino, 34 anos, previamente descrita como autónoma nas AVD's, vive com o marido.

Antecedentes pessoais: Fibrose quística; Insuficiência respiratória sob VNI e OLD; Colonizada com *Pseudomonas aeruginosa*; Insuficiência pancreática endócrina e exócrina com Diabetes; em lista para transplante pulmonar desde Abril 2021.

História de internamento: Transferida da unidade de Medicina Intensiva da área metropolitana do Porto (por agravamento de cansaço, dispneia e expectoração) para uma unidade de Urgência Médica da área metropolitana de Lisboa para otimização com evolução desfavorável. Inicia Técnica dialítica continua e é colocado ECMO Venovenoso a 23 de Agosto de 2022. A 12 de Setembro é comunicado dador compatível (crossmatch negativo mas incompatibilidade de HLA), inicia protocolo de dessensibilização com plasmáfereze pré-operatória. A cirurgia de transplante bipulmonar decorre sem intercorrências. Repete 5 vezes a permuta plasmática por aférese após o transplante pulmonar.

Conclusão: A transplantação pulmonar assume uma elevada importância para o doente com pneumopatia, uma vez que é encarada como a única forma de conseguir melhorar a sua qualidade de vida. Tem subjacente o trabalho de uma equipa multidisciplinar.

Face à mudança de paradigma, as competências do enfermeiro para cuidar da pessoa transplantada pulmonar são um fator fundamental para assegurar segurança e qualidade dos cuidados prestados. Dentro destas, destaca-se o juízo clínico como competência central aquando da tomada de decisão. Posteriormente, emergem três categorias: competências para a interação entre o doente e a respetiva família; recursos e materiais e para as intervenções terapêuticas de enfermagem (Mass & Lesmes, 2020).

PA 05

A PESSOA SUBMETIDA A ENDARTERECTOMIA PULMONAR: DA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES À READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Catarina Diogo¹; Nuno Frango¹; Joana Marrana¹;
Rafael Martins¹; Marta Neves¹; Vanessa Silva;
Clara Vital¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital
de Santa Marta

Introdução: A endarterectomia pulmonar (EP) é, atualmente, a única intervenção curativa para a Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crónica e visa melhorar a capacidade funcional, a qualidade e a esperança de vida (Kratzert *et al.*, 2019). Este procedimento cirúrgico complexo está associado a diversas complicações, nomeadamente cardiorrespiratórias, cuja prevenção, gestão e resolução exigem uma prática baseada na evidência. Neste sentido, foi desenvolvido um protocolo multidisciplinar, no âmbito de um programa de melhoria contínua da qualidade, com a finalidade de uniformizar as práticas e promover os ganhos em saúde desta cirurgia. O presente caso clínico reporta-se à intervenção desenvolvida pela equipa multidisciplinar a uma pessoa submetida a EP.

Descrição do caso: Pessoa do sexo feminino (senhora [Sra.] MT), com 64 anos e diagnóstico de tromboembolismo pulmonar crónico, residente nos Açores, com o marido, e que apresentava dependência ligeira nas atividades de vida diária e necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Após um agravamento significativo de sintomas em dezembro de 2020, a Sra. MT foi transferida para o hospital de referência da região de Lisboa e Vale do Tejo e submetida a EP em janeiro de 2021.

O pós-operatório da Sra. MT foi caracterizado por insuficiência respiratória mista grave e ARDS, ventilação mecânica invasiva prolongada (55 dias) e utilização de estratégias te-

rapêuticas complementares, nomeadamente, vasodilatadores pulmonares e posicionamento em decúbito ventral. A condição clínica da Sra. MT evoluiu de forma positiva e gradual, sendo transferida para a enfermaria ao 75º dia e alta clínica ao final de quatro meses.

Conclusão: O pós-operatório da pessoa submetida a EP assume-se como um desafio, uma vez que, além das complicações inerentes à cirurgia cardíaca poderão surgir, também, alterações significativas do fluxo sanguíneo pulmonar que comprometem a função respiratória (Adams & Fedullo, 2006), conforme se observou neste caso clínico. O acompanhamento da situação da Sra. MT, durante a elaboração do protocolo multidisciplinar, permitiu detetar precocemente as complicações ocorridas, planear e implementar intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes, baseadas na evidência, dirigidas à sua gestão e resolução, promovendo a sua readaptação funcional.



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de Médicos

PO 01

USO DE HELIOX EM MAL ASMÁTICO

Bruno David Freitas¹; Sequeira Guerreiro¹;
Filipa Feliciano¹; Mario Ferreira¹; Inês Figueiredo¹;
Mariana Paiva¹; Marta Monteiro¹;
Cristiana Camacho¹; Carolina Paulino¹; David Nora¹;
Luis Coelho¹; Bernardino Valério¹; Vitor Mendes¹;
Camila Tapadinhas¹; Pedro Póvoa¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O hélio foi usado pela primeira vez no tratamento da asma em 1934, por Barach. O heliox é uma mistura de 78 % de hélio e 22 % de oxigénio. Este composto é menos denso que o ar o que origina um fluxo menos turbulento, apresentando desta forma uma menor resistência à passagem nas vias aéreas. Ao possibilitar um fluxo mais laminar permite igualmente uma melhor deposição dos fármacos nas vias aéreas.

Caso clínico: Homem de 86 anos com antecedentes pessoais de asma, seguido em consulta de Pneumologia e medicado habitualmente com brometo de tiotrópio, salmeterol/fluticasona, aminofilina e montelucaste. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por quadro de dispneia com 1 semana de evolução, sem febre ou outras queixas associadas. À admissão no SU, tinha francos sinais de dificuldade respiratória, cianose central e na auscultação pulmonar murmúrio vesicular diminuído com sibilos inspiratórios e expiratórios.

Na abordagem inicial foram instituídas medidas médicas, nomeadamente corticoterapia

sistémica, broncodilatação e oxigenioterapia. Apesar da terapêutica agravou o broncoespasmo, a condicionar insuficiência respiratória global com acidemia, evoluindo com necessidade de ventilação mecânica invasiva sendo transferido para a unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Na UCIP, foi iniciada terapêutica com broncodilatação por deposição contínua por ultrassons, corticoide endovenoso e sulfato de magnésio, assim como ventilação em modalidade de volume controlado com ZEEP e uma relação I:E de 1:10. Perante a gravidade do quadro clínico apresentado, caracterizado por obstrução grave (resistência 55 cmH₂O/L/s), optou-se por utilizar heliox. Após o início deste composto, verificou-se melhoria do padrão obstrutivo (resistência 25cmH₂O/L/s), possibilidade de uso de uma relação I:E mais fisiológica, melhoria da ventilação e correção da acidemia. O internamento na UCIP foi complicado por pneumonia associada ao ventilador, a *Proteus mirabilis*, miopatia dos cuidados intensivos secundária à corticoterapia em alta dose e bloqueio neuromuscular prolongado.

Conclusão: Apesar dos avanços farmacológicos na terapêutica da asma, o heliox ainda desempenha um papel preponderante no tratamento do mal asmático em doentes com elevadas resistência das vias aéreas, a condicionar francas dificuldades na ventilação mecânica invasiva.

Palavras chave: mal asmático; heliox

PO 02

O REVERSO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Cátia Ribeiro Santos,¹; Diana Amorim¹;
Carolina Roriz¹; Ana Araújo¹; Odete Gomes¹;
Luís Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: O Edema Pulmonar é uma complicação que pode ocorrer após a ressuscitação cardiopulmonar, pelo aumento da pressão intravascular pulmonar gerada pelas compressões torácicas. Compressões prolongadas e um nível elevado de pressão arterial de CO₂ (pCO₂) são fatores de risco para o desenvolvimento desta situação. As manifestações incluem secreções respiratórias rosadas espumosas e áreas de consolidação em vidro despolido no estudo imagiológico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um jovem de 29 anos, do sexo masculino, sem história pessoal relevante ou medicação usual. Foi admitido na sala de emergência por paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar durante exercício físico. À admissão, iniciou-se suporte avançado de vida (SAV), com avaliação do ritmo inicial de fibrilação ventricular. Durante os primeiros minutos de SAV, foi realizada entubação orotraqueal, sem intercorrências e ao fim de 15 min objetivou-se recuperação da circulação espontânea (RCE). Aproximadamente 5 minutos após RCE, o doente iniciou episódio de dessaturação e, quando aspirado, observou-se quadro de secreções rosadas espumosas em jato, que acabaram por cessar ao fim de alguns minutos. Na gasimetria pós ressuscitação, objetiva-se acidose mista e hipercapnia com resolução nas primeiras horas após admissão na unidade de cuidados intensivos (UCI). O doente realizou Tomografia Axial de Tórax após RCE, onde foi possível observar um padrão alveolar em vidro despolido difuso, sugerindo edema pulmonar com resolução imagiológica após 24h do evento.

Foi admitido no serviço de medicina intensiva, para cuidados pós-reanimação e após 72h do evento, foi suspensa sedoanalgesia, com recuperação total do estado neurológico, tendo sido o doente transferido para a enfermaria.

Conclusão: Com este caso pretendemos recordar umas das complicações que pode ocorrer após a ressuscitação cardiopulmonar, tratando-se de uma entidade autolimitada e associada a fatores de risco, como o tempo de compressões e elevados níveis pCO₂.

PO 03

A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM PLANEADA DA VIA AÉREA

Cátia Ribeiro Santos,¹; Simone Costa¹;
Vera Frazão Vieira¹; Jorge Mendes¹; Ana Araújo¹;
Odete Gomes¹; Luís Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Perante uma situação de abordagem ao doente crítico, uma das maiores preocupações é a eficaz permeabilidade da Via Aérea (VA). Situações de emergência respiratória com complicações, como a presença da Via Aérea Difícil (VAD), definida como uma situação de dificuldade em intubar e manter a ventilação eficaz, representa a causa mais frequente de complicações e sequelas, sendo responsável por 30 % dos óbitos e um dos grandes desafios para os profissionais de emergência.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, antecedentes patológicos de obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com amlodipina/valsartan, diltiazem, naproxeno e sinvastatina. Admitida na sala de emergência (SE) por edema da língua de instalação súbita, sem outras queixas associadas, sem início de terapêutica recente no ambulatório nem história de alergias a fármacos e alimentos. Medicada com terapêutica dirigida por suspeita de anafilaxia sem melhoria e agravamento progressivo do edema da língua com evolução para compromisso da VA com estridor inspiratório, apesar da estabilidade

hemodinâmica e sem disfunção neurológica. Abordada pela medicina intensiva na SE com decisão para intubação orotraqueal (EOT) por compromisso da VA e preparado todo o material segundo protocolo VAD. Assim, após pré-oxigenação, indução de sequência rápida (0.1 mg fentanil, 100 mg propofol 1 %, 100 mg de rocurônio) e abordada VA com videolarinoscopia, objetivando-se edema da glote exuberante, sem visualização cordas, com tentativa de EOT falhada. Colocada máscara laríngea que permite a ventilação com elevada resistência por ventilador manual, estável hemodinamicamente e com manutenção de boas SpO2. Contacta-se anestesiologia. Em decisão colegial, opta-se por traqueostomia percutânea sob sedoanalgesia com cetamina e propofol, realizando-se procedimento sem intercorrências. Posteriormente realiza TC do pescoço que revela importante edema de todas as partes moles da nasofaringe, orofaringe, laringe e base da língua, regiões amigdalinas e região retrofaríngea com obliteração completa da coluna aérea por aumento volumétrico de tecidos moles a esse nível de difícil caracterização, mas sem evidência de abscessos nem massas tumorais. Discussão com ORL e cirurgia maxilofacial sem indicação para outras medidas no imediato. Admitida no serviço de medicina intensiva (SMI) com suspeita de angioedema súbito de etiologia em estudo. Boa evolução durante a permanência no SMI, apresentando regressão significativa do angioedema às 48h que permitiu descontinuação da sedoanalgesia e do suporte ventilatório com retirada da traqueotomia 4 dias após o evento sem intercorrências.

Conclusão: Com este caso queremos alertar para o importante planeamento da abordagem de uma VA previsivelmente difícil e da necessidade de trabalho em equipa numa situação clínica que requer uma rápida definição de prioridades e preparação técnica.

PO 04

INTOXICAÇÃO POR DNP

Gonçalo Sequeira Guerreiro¹; Luís Morais¹;
Teresa Miranda¹; Pedro Póvoa¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

As intoxicações são causas frequentes de admissão em UCI. O DNP é uma substância dopante de venda ilegal na UE. Aqui apresentamos o caso de uma intoxicação por DNP num masculino de 25 anos, que se manifestou-se por um síndrome simpaticomimético, progredindo com disfunção cardíaca e edema pulmonar.

Introdução: As intoxicações medicamentosas têm um peso importante nos internamentos em UCI. Neste caso clínico apresentamos uma intoxicação aguda por 2,4-Dinitrofenol (DNP) no contexto de vigorexia, a qual é uma substância ilegal para consumo humano, mas facilmente obtida para fins de doping.

Caso clínico: Homem, 25 anos. Antecedentes de esquizofrenia, depressão e perturbação do comportamento alimentar que, por aumento importante de peso, o levou à vigorexia e abuso de múltiplas substâncias (T3 e testosterona). Reportava hábitos toxifílicos (cocaina e anfetaminas), e encontrava-se medicado com trazodona e fluoxetina.

Apresentou um quadro de diarreia, polidipsia e sudação com 5 dias de evolução, após início da toma de DNP, 1.2g/d com o intuito de perder peso. Por desenvolvimento de toracalgie e vômitos recorreu ao serviço de urgência (SU). À admissão destacava-se uma agitação psicomotora e sudorese profunda, acompanhada de febre. Analiticamente apresentava uma CK 2x o limite da normalidade, TSH 0.051mIU/L, T4L 12.3 pmol/L e TnT 345ng/L (em cinética ascendente), anfetaminas >300 ng/mL. ECG compatível com taquicardia sinusal e a ecocardiograma TT demonstrava um VE ligeiramente dilatado, com disfunção sistó-

lica ligeira (FE 42-47 %) por hipocinésia difusa. Durante a permanência em SU foi avaliado por Cardiologia que admitiu lesão miocárdica em contexto de tóxicos e atividade desportiva intensa, devendo ser reavaliado em consulta externa. Por insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia realizou angio-TC que descartou TEP, demonstrando achados compatíveis com estase pulmonar, acabando por ser transferido para a UCI.

Durante a permanência na UCI suspendeu os antidepressivos por QTc de 446 ms e risco de síndrome serotoninérgica. Desmame progressivo de oxigenoterapia (após recuperação da função cardíaca e diurese forçada com diuréticos), tendo sido transferido ao 3º dia para a enfermaria de endocrinologia. Teve alta ao 4º dia.

Conclusão: Intoxicações por DNP são raramente descritas na literatura. Neste doente, a intoxicação manifestou-se por um síndrome simpaticomimético, progredindo com disfunção cardíaca e edema pulmonar. O mecanismo de ação da droga é desconhecido e não existe antídoto específico. A suspeita clínica deve-se acompanhar por uma vigilância ativa em internamento.

PO 05

ARTRITE SÉTICA E DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA – UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR DE MIELOMA MÚLTIPLO

Francisca Carmo¹; João Luís Miranda¹;
Jorge Bernardo Reis¹; Ângela Miguel Lima¹;
Igor Milet¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O mieloma múltiplo (mm) associa-se a infeções recorrentes, sendo a artrite séptica uma forma de apresentação inicial rara. A artrite séptica pneumocócica é uma apresentação incomum de doença pneumocócica invasiva (DPI).

Descrição do caso: Homem de 65 anos, diabético e dislipidémico, que recorreu ao servi-

ço de urgência (SU) por omalgia direita com 7 dias de evolução, hipersudorese (não mediu temperatura corporal), anorexia e confusão. À admissão estava vígil, orientado, hipotenso, taquicárdico e com sinais inflamatórios no ombro direito. Nas análises, de salientar hiperlactacidemia, subida de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (LRA), hipercalcemia e anemia. Assumida sépsis com ponto de partida em artrite séptica do ombro direito, tendo iniciado fluidoterapia e antibioterapia empírica. A ecografia do ombro e artrocentese confirmaram o diagnóstico. No SU desenvolveu confusão e agitação pelo que após tomografia computadorizada (TC) de crânio normal, realizou punção lombar cujos resultados confirmaram meningite pneumocócica (antigénio positivo). Admitido em enfermaria nível II após limpeza cirúrgica do ombro, com o diagnóstico de DPI. Foi isolado *Streptococcus Pneumoniae* nas hemoculturas e no líquido articular. Realizou ecocardiograma transtorácico que objetivou endocardite da válvula mitral. Fez TC abdominal que mostrou abscesso do músculo iliopsoas, posteriormente drenado por Radiologia de Intervenção.

Pelo atingimento articular, hipercalcemia, anemia de novo e LRA não totalmente explicadas pelo quadro séptico, suspeitou-se de mm que se confirmou por pico monoclonal gama na eletroforese de proteínas; eletroimunofixação sérica e urinária com gamopatia monoclonal do tipo IgG/k; relação cadeias leves livres 91; lesões ósseas vertebrais dispersas em ressonância e biópsia óssea com infiltração por neoplasia plasmocitária.

O doente cumpriu 47 dias de ceftriaxona e evoluiu favoravelmente. À alta foi orientado para Hematologia para iniciar tratamento para mm.

Conclusão: A artrite séptica pneumocócica deve alertar para o rastreio de patologias que condicionem imunossupressão sistémica, nomeadamente mm.

PO 06

CHOQUE SÉPTICO COM PONTO DE PARTIDA INDETERMINADO – A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA NA MEDICINA INTENSIVA

Diogo Costa Oliveira¹; Daniela Bento¹;
Nelson Barros¹; Anabela Santos¹; Francisco Esteves¹
¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A Febre Escaro-Nodular (FEN) é uma doença endémica em Portugal, causada por bactérias do género *Rickettsia*, sendo a carraça um vetor importante. Nos humanos a clínica varia desde doença ligeira e autolimitada a doença fulminante. É fundamental um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico clínico, devendo ser valorizada como diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 84 anos, com capacidade funcional preservada. Antecedentes de tuberculose pulmonar tratada há 55 anos e parkinsonismo em estudo. Recorreu inicialmente ao serviço de Urgência (SU) por dor torácica de característica pleuríticas, com cerca de uma semana de evolução, associada a tosse produtiva. Radiologicamente apresentava derrame pleural direito. Na presunção de infeção respiratória não complicada teve alta medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Readmissão ao SU 3 dias depois por febre de novo, cefaleias e náuseas, sendo internado em Medicina Interna com o diagnóstico de sépsis por pneumonia adquirida na comunidade com lesão renal aguda e trombocitopenia. Iniciada antibioterapia com Piperacilina/tazobactam. Evolução desfavorável com quadro de choque de perfil séptico associado a somatório de disfunções de órgão (neurológica, cardiovascular, renal e hematológica), pelo que foi transferido para o serviço de Medicina Intensiva (SMI).

No SMI observa-se exantema maculopapular com atingimento do tronco e palmas das mãos. Iniciou doxiciclina na presunção de

uma possível zoonose – FEN. Investigação imagiológica complementar negativa para focalização infecciosa. Inicialmente, evoluiu de forma desfavorável com necessidade de suporte multiorgânico (ventilação mecânica invasiva, vasopressor) e por agravamento da função renal (anúria e acidose metabólica) iniciou terapêutica de substituição renal com hemodiafiltração venovenosa contínua, que manteria por cerca de 96h.

Posteriormente foi confirmada a infeção por *Rickettsia* spp. (PCR, serologia). Evolução posterior favorável com alta do SMI ao 12º dia, transferido para enfermaria convencional. **Conclusão:** As recomendações atuais preconizam o início de antibioterapia na primeira hora da abordagem dos quadros sépticos. A antibioterapia a ser instituída pode ser dificultada pela ausência de um foco infeccioso evidente. A Febre Escaro-Nodular é uma doença potencialmente letal, preconizando-se o início imediato do tratamento dirigido se suspeita clínica, mesmo sem confirmação analítica. Este caso clínico demonstra que o atraso do início da antibioterapia adequado potencia a evolução para disfunção multiorgânica, aumentando a morbidade e conseqüente necessidade de escalamento de cuidados.

PO 07

COMA MIXEDEMATOSO – UMA ETIOLOGIA ESQUECIDA

Diogo Costa Oliveira¹; Sofia Miranda¹;
Frederico Silva¹; Anabela Santos¹; Francisco Esteves¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O coma mixedema é uma emergência endócrina associada a mortalidade elevada (30 a 50 %). Pode ocorrer como processo evolutivo de hipotireoidismo grave e de longa duração ou ser precipitado por um evento agudo como a infeção, síndrome coronário agudo, intervenção cirúrgica ou

administração de fármacos, nomeadamente opioides.

Caso clínico: Sexo feminino, 82 anos, autónoma. Antecedentes de doença renal crónica KDIGO 4, insuficiência cardíaca não estratificada, hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada e excesso ponderal. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) por dispneia, ortopneia com 2 dias de evolução, edema dos membros inferiores, superiores e face com início no dia anterior à vinda ao SU. Apresentava bradicardia de novo (46 bpm), SpO₂ 87 % em ar ambiente e sibilância à auscultação pulmonar; consciente, colaborante e orientada, em anasarca. Analiticamente com hipercapnia, sem hiperlactacidemia, leucocitose 12.500/uL com PCR aumentada 22,2 mg/dL (N: < 0,5), função renal no perfil habitual com hiponatremia de novo 133 mmol/L, e ProBNP aumentado 880 pg/mL (N < 120).

Iniciou ventilação não invasiva e antibioterapia na presunção de uma insuficiência cardíaca descompensada no contexto de infeção respiratória. Durante a permanência no SU teve uma evolução rapidamente desfavorável com encefalopatia, hipotermia de 31.0°C, agravamento da bradicardia associada a hipotensão sustentada, sem resposta imediata a medidas de ressuscitação. Admitida em serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Após exclusão de choque obstrutivo e conseguida a estabilização hemodinâmica, foi alargado o estudo da etiologia do quadro clínico. Apresentava hipotireoidismo grave com TSH elevada 172 (N: 0,27 – 4,20) e T4 Livre baixa 2,4 (N: 8,24 – 21,0). Inicia suplementação com levotiroxina endovenosa e hidrocortisona enquanto aguardava restantes resultados da investigação. Concomitantemente, cumpriu o ciclo de antibioterapia por presunção de infeção respiratória.

Evolui com delírio hiperativo, por provável psicose associada a corticoterapia, mas ob-

servou-se evolução global favorável com alta para a enfermaria, 6 dias após admissão no SMI.

Conclusão: O coma mixedematoso é atualmente uma forma rara de apresentação do hipotireoidismo. O reconhecimento precoce é essencial, sendo necessário um elevado índice de suspeita apenas com a história, exame físico e após exclusão de outras causas de coma. O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível.

PO 08

DERRAME PLEURAL ORGANIZADO DETETADO APENAS POR ULTRASSONOGRAFIA NUM DOENTE CRÍTICO

Miguel Monteiro¹; Rafael SILVA¹; Inês Zão¹; Teresa Guimarães¹

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

A ultrassonografia (US) apresenta uma elevada sensibilidade na deteção de derrames pleurais, sobreponível à da tomografia computadorizada (TC) e superior à radiografia (Rx), particularmente quando de pequeno volume. Os derrames organizados são complicações graves com risco potencialmente fatal e a sua abordagem passa pela colocação de um dreno que pode ser dificultada pelo conteúdo fibroso, havendo necessidade de utilizar outras estratégias como drogas fibrinolíticas ou intervenção cirúrgica.

Mulher de 83 anos, autónoma, hipocoagulada com acenocumarol por fibrilhação auricular, com história de queda com trauma torácico 2 dias antes e dispneia desde então. À admissão, com insuficiência respiratória global e acidemia, perfil hemodinâmico em agravamento com necessidade de iniciar suporte vasopressor, bradicárdica e apirética. Realizou TC de tórax que revelava marcado derrame pleural à direita com conteúdo denso sugerindo natureza hemática que condicionava atelectasia do parênquima, sem menção a sep-

tos ou componente organizativo. Foi revertida a hipocoagulação com vitamina K e complexo protrombínico, e colocado dreno torácico.

A doente foi admitida no serviço de medicina intensiva sob ventilação mecânica não invasiva (VNI). No dia seguinte, foi realizada ecografia torácica que revelava à direita grande derrame pleural com dois componentes diferentes: moderado derrame livre, com a presença na base de volumoso derrame septado e organizado compatível com coágulo. Apesar do derrame organizado, a doente manteve drenagens hemáticas progressivamente mais baixas, com melhoria progressiva das trocas gasosas e possibilidade de desmame de VNI e suporte vasopressor, tendo tido alta para a enfermaria de cirurgia geral. Ao 10º dia, o dreno foi clampado, havendo novo agravamento respiratório e necessidade de internamento em ambiente de cuidados intensivos. Realizou TC torácico que mostrava novo aumento do derrame pleural à direita de densidade hemática não recente e na US torácica mantinha derrame organizado e septado. Foi colocado novo dreno com melhoria significativa da sintomatologia nos dias seguintes, tendo tido alta para enfermaria de cirurgia. O caso foi discutido com cirurgia torácica que dada a evolução da doente optou por não prosseguir com medidas mais invasivas.

A US identifica mais explicitamente septos e coágulos organizados do que outras modalidades de imagem. A abordagem de um derrame organizado deve ser ponderada e adequada tendo em conta a evolução clínica do doente. As imagens obtidas por US podem servir de base para referenciar um doente para outras alternativas de tratamento, como é o caso da toracoscopia assistida por vídeo. Este caso clínico mostra que a US deve sempre complementar o estudo por TC na abordagem de derrames pleurais, com o objetivo de identificar derrames complicados e guiar o

tratamento em concordância com os achado ultrassonográfico e radiológicos.

PO 09

GANGRENA DE FOURNIER COMPLICADA POR P. MERDAE

Gonçalo Guerreiro¹; Ana Bárbara Gaspar²; Armando Graça³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ³Hospital de São José

Introdução: A Gangrena de Fournier é um tipo de fascíte necrotizante que envolve a região do períneo, sendo rapidamente progressiva e potencialmente fatal, estando associada a infeções de etiologia polimicrobiana, necessitando de antibioterapia de largo espectro e desbridamento cirúrgico. E apesar do risco de infeção ser superior nos doentes oncológicos, a admissão atempada e o suporte de órgão em ambiente de unidade de cuidados intensivos (UCI) estão associados a um prognóstico semelhante a doentes admitidos sem antecedentes de neoplasia. O *Parabacteroides merdae* é uma bactéria gram-negativa anaeróbica, não se encontrando descrito até à data, infeções patogénicas por este agente. Neste caso clínico relatamos um doente hemato-oncológico internado por gangrena de fournier que evolui desfavoravelmente por uma bacteriémia a *P. merdae* e uma pneumonia nosocomial a *A. Baumannii*.

Caso clínico: Homem, 46 anos, com linfoma folicular sob rituximab, recorre a consulta de Urologia por febre e edema peniano, tendo iniciado Ceftriaxone intramuscular (IM). Por agravamento das queixas recorre ao serviço de urgência (SU), onde realiza tomografia computadorizada (TC) que sugere celulite extensa do pênis e escroto, iniciando antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam e Metronidazol e internado assumindo Gangrena de Fournier. No internamento realiza vários desbridamentos cirúrgicos, concomitantemente

com sessões de oxigenoterapia hiperbárica. Por suspeita de foco infeccioso oculto realiza ecocardiograma que não observa vegetação e TAC de corpo que levanta a possibilidade de focos infecciosos no fémur, além de derrame pleural bilateral moderado e tromboembolismo pulmonar segmentar em provável relação com trombose venosa da veia ilíaca externa e veia femoral superficial. A RMN confirma osteomielite crónica agudizada do ilíaco e fémur direito, associado a abscesso subcutâneo e intramuscular adjacente. Paralelamente, face à deterioração clínica com evolução com insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo (OAF), é escalada antibioterapia para Meropenem e Vancomicina. Posterior admissão em UCI, dada a evolução em choque séptico com síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS). O derrame pleural foi abordado excluindo empiema e as hemoculturas revelaram *P. merdae*, além do crescimento de *Acinetobacter Baumannii* em lavado bronco-alveolar, com posterior início de Colistina dirigida. Apesar das medidas de resgate ventilatório, com curarização, decúbito ventral e remoção extracorporal de CO₂, o doente evolui com disfunção multiorgânica, vindo a falecer.

Conclusão: Apesar de existirem espécies do género *Parabacteroides* que foram raramente isoladas em infeções abdominais (*P. chongii*) e bacterémias (*P. gordonii* e *P. goldsteinnii*), não existe descrição na literatura do isolamento de *P. merdae* como agente patogénico, tratando-se do primeiro caso descrito.

PO 10

HEMORRAGIA CEREBRAL CATASTRÓFICA EM IDADE JOVEM

Diogo Costa Oliveira¹; Mariana Nunes Silva¹; Daniela Bento¹; Rita Raimundo¹; Anabela Santos¹; Francisco Esteves¹

¹*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real*

Introdução: A hemorragia intracerebral é a segunda principal etiologia de acidente vascular cerebral, com uma elevada taxa de mortalidade e morbidade. A principal etiologia não traumática em doentes jovens são as malformações vasculares, no entanto, existem outras etiologias menos comuns que devem ser consideradas, valorizando-se o contributo da história clínica como elemento fundamental no diagnóstico.

Caso clínico: Sexo feminino, 21 anos e sem antecedentes de relevo. Queixas de dor gengival localizada, com uma semana de evolução associada a febre, medicada com antibioterapia por presunção de abscesso dentário. Cinco dias depois constata-se melhoria da febre mas evolui com quadro de disartria e fraqueza facial unilateral progressivas mas de instalação súbita, recorrendo ao Dentista que envia a doente para observação no serviço de Urgência. Durante o transporte, com um agravamento do estado clínico global, com evidencia de estado comatoso à admissão na Sala de Emergência.

Objetivamente com bradipneia e bradicardia sinusal, com perfil tensional adequado, Escala Coma Glasgow 4 pontos com anisocoria, midríase direita fixa, estrabismo divergente, tetraparesia com sinais de descorticação à esquerda e descerebração à direita, sem sinais meníngeos. Semiologicamente apresentava apirexia, lactacidemia negativa, glicemia 170 mg/dl. Presença de múltiplas equimoses dispersas, com predomínio nos membros inferiores e diátese hemorrágica ativa observável (locais de punção, contacto).

Após estabilização inicial que incluiu controle de via aérea, prosseguiu com o protocolo da Via Verde AVC. A tomografia crânio-encefalia evidenciava uma hemorragia cerebral aguda extensa e difusa, envolvendo a região frontoparietal, centro semioval, a região nucleocapsular e insular à direita, com moderado desvio das estruturas da linha média e herniação do uncus. Analiticamente apresentava anemia macrocítica com Hb 9,30 g/dL, trombocitopenia severa 27,000/uL e leucocitose exuberante 169,000/uL. O esfregaço de sangue periférico revelava predomínio de promielócitos, sugerindo processo de leucemia aguda promielocítica (LPA). Estudo da coagulação sugerindo coagulação intravascular disseminada.

Após discussão interdisciplinar com equipa de Hematologia, Medicina Intensiva, Neurocirurgia e Neurologia, foi assumida uma lesão hemorrágica cerebral sem potencial de recuperação e incompatível com a sobrevivência da doente, com tomada de decisão privilegiando medidas de conforto após conversação com família da doente.

Conclusão: A LPA representa uma emergência médica com uma elevada taxa de mortalidade, mas com potencial de cura se detetada numa fase precoce e instituição precoce do tratamento. A coagulopatia associada envolve um processo de CID com estado de hiperfibrinólise primária, que pode causar graves manifestações hemorrágicas (hemorragia pulmonar ou cerebral) em até 40 % dos doentes.

PO 11

RARO CASO DE MENINGITE OCUPACIONAL – STREPTOCOCCUS SUIIS

Joana Nogueira¹; Leonor Simões¹; José Eduardo Mateus¹; Ricardo Freitas¹; Emília Trigo¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O *Streptococcus suis* é um cocco gram-positivo encontrado no trato respiratório superior de suínos. É um agente zoonótico

que causa maioritariamente meningite, mas também bacteriemia, endocardite e artrite. Apesar de ter uma grande prevalência em alguns países do Sudeste asiático, em Portugal a meningite por *Streptococcus suis* é rara, estando descritos apenas três casos clínicos até à data. Nos países europeus, a infeção por este microrganismo é maioritariamente uma doença ocupacional observada em profissões relacionadas com a suinicultura e manuseamento de carne suína crua.

Descrevemos um caso clínico de doente crítico com meningite bacteriana por *Streptococcus suis*.

Descrição do caso: Homem com 51 anos, autônomo. Tem antecedentes de tabagismo e de trauma do ouvido direito há um ano. Foi trazido ao serviço de Urgência (SU) por cefaleias e dores generalizadas com dois dias de evolução e depressão do estado de consciência nas oito horas anteriores. À admissão no SU estava febril e com Escala de Coma de Glasgow 7 (E2,M4,V1). A TC-CE evidenciou edema cerebral difuso. Na punção lombar o líquido cefalorraquidiano (LCR) era turvo e com gotejar rápido, sugerindo hipertensão intracraniana. A avaliação macroscópica e bioquímica do LCR confirmaram infeção do sistema nervoso central (SNC), de provável etiologia bacteriana. Perante a disfunção neurológica grave, o doente foi internado no serviço de Medicina Intensiva. Iniciou antibioterapia empírica com meropenem, vancomicina, ampicilina e aciclovir, e dexametasona com intuito anti-edematoso. Foi também colocado sensor de pressão intracraniana intraparenquimatosa para neuromonitorização invasiva.

A análise microbiológica do LCR isolou um *Streptococcus suis*. O doente tem como atividade profissional assar leitões, logo existe um contexto epidemiológico associado à infeção. Apesar das medidas terapêuticas instituídas, o doente manteve agravamento neurológico

durante as primeiras 24 horas de internamento, com aumento marcado da pressão intracraniana por edema cerebral difuso e consequente morte cerebral.

O caso foi notificado à unidade de Saúde Pública da área de residência do doente pelo possível interesse numa investigação epidemiológica.

Conclusão: A meningite por *Streptococcus suis* tornou-se um problema de saúde pública com distribuição mundial nas últimas décadas. Apesar de raro em Portugal, devemos estar alerta para a sua existência e o seu impacto deve ser considerado em indivíduos com profissão de risco uma vez que pode levar a doença crítica.

Bibliografia: Taipa R. *Streptococcus suis* meningitis: first case report from Portugal, *Journal of Infection* 2008; 56:482-483;

Seixas D. et al; Acute Bacterial Meningitis as an Occupational Disease, *Acta Med Port*, 2014; 27:521524

Esteves SS. et al; Pig's ear: *Streptococcus suis* meningitis and its associated inner ear implications, *ID cases*; 2017; 10:55-57

PO 12

SINUSITE INVASIVA FATAL

Rui Caetano Garcês¹; Mafalda Gama¹;

Raquel Avelãs Cavaco¹; Luís Bento¹

¹Hospital de São José

Introdução: A aspergilose é uma doença pouco frequente dada a ubiquidade do fungo com inalação quotidiana. A invasão tecidual ocorre em imunodeprimidos, sendo a apresentação mais comum a sinusal e pulmonar. Na doença angioinvasiva há a disseminação do foco respiratório para diferentes órgãos e está associada a mau prognóstico¹.

Descrição do caso: Reportamos o caso de uma doente de 55 anos, com diagnóstico de LMA monoblástica (Fab-M5) associada a mielodisplasia, de cariotipo complexo com del (5q) e (7q). Na 1ª recaída fez 5 ciclos de

quimioterapia (QT) com 5 AZA e venetoclax, complicados por várias intercorrências infecciosas, com recurso a antibioterapia de largo espectro. Salienta-se que a doente referia cefaleia hemicraneana associada a dor retro-orbitária com 2 meses de evolução, foi alvo de avaliação seriada por TC e ORL que revelaram sinusite maxilar e esfeno-etmoidal direita, com baixa presunção de etiologia fúngica. A biópsia óssea de reavaliação pós-QT revelou 30 % de blastos, displasia acentuada megacariocítica e imunofenotipagem com 40 % de blastos. Optou-se por 3ª linha de QT, complicada por neutropenia febril com isolamento bacteriano em sangue e galactomann positivo. Assumida aspergilose pulmonar, é associada Anfotericina B à terapêutica antibiótica de largo espectro. Desenvolveu posteriormente edema na região frontal, malar, pirâmide nasal e supralabial, sugerindo a RMN rinossinusite fúngica. Foi intervencionada pela ORL com envio de peça de desbridamento para exame cultural confirmando aspergilose invasiva (*Aspergillus flavus*). Evoluiu desfavoravelmente, falecendo dias depois em UCI.

Conclusão: O tratamento da rinossinusite fúngica invasiva envolve a combinação de antifúngico e o desbridamento cirúrgico². No caso que apresentamos, a gravidade da doença à data do diagnóstico e o status funcional impossibilitaram o adequado controlo de foco, limitando o sucesso da estratégia terapêutica. Este caso reforça a importância da precocidade do diagnóstico e tratamento na modulação positiva do prognóstico².

1) Segal BH. Aspergillosis ; *New England Journal of Medicine*. (2009) ; 360(18):1870-1884.

2) Valera FC, do Lago T, Tamashiro E, *et al*. Prognosis of acute invasive fungal rhinosinusitis related to underlying disease; *International Journal of Infectious Diseases*. (2011); 15(12), e841-e844.

PO 13

BACTERIEMIA RECORRENTE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA: UM PROVÁVEL CASO DE INFECÇÃO DAS CÂNULAS DE ECMO

Rui Garcês¹; Mafalda Gama¹; Philip Fortuna¹; Raquel Avelãs Cavaco¹; Luís Bento¹

¹Hospital de São José

A colonização do circuito extracorporeal ECMO é uma entidade rara e pouco descrita na literatura. Da revisão científica de acessos vasculares de elevado débito, sabe-se que cerca de 20 a 40 % das infeções associadas aos cateteres de hemodiálise são causadas por bacilos gram negativos^{1,2}, caracterizando-se por um curso clínico mais benigno, com menor necessidade de hospitalização, comparativamente a infeções por agentes gram positivos. Contudo, a emergência de agentes gram-negativos multirresistentes e a limitação de terapêuticas disponíveis para o seu controlo representam uma ameaça de saúde pública, em que atitudes como o controlo de foco e a mitigação das resistências antimicrobianas revestem-se de especial importância. Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino com antecedentes pessoais de obesidade mórbida e hipotiroidismo, que recorre ao SU por febre, tosse produtiva e dispneia com 5 dias de evolução. Verificada rápida deterioração do estado clínico com necessidade de admissão em UCI por insuficiência respiratória tipo II no contexto de pneumonia a SARS CoV2. Após falência da estratégia inicial, com ventilação não invasiva (BiPAP), procedeu-se a entubação orotraqueal e conexão a VMI com recuperação parcial, o que permitiu extubação ao 3º dia. Houve posteriormente deterioração do quadro clínico, no contexto de pneumonia associada ao ventilador, com necessidade de re-intubação. Dado o défice de oxigenação e ventilação, totalizou 5 períodos de decúbito ventral. Por manter insuficiência

respiratória refratária com rácio PaO₂/FiO₂ < 100, é referenciado para resgate de ECMO veno-venoso, entrando em circulação extra-corporal em D13.

Sob suporte de ECMO verificaram-se múltiplas intercorrências infecciosas sem determinação categórica do foco, com apresentação clínica em choque séptico e evidência de bacteriemia persistente a *Pseudomonas aeruginosa* apesar de terapêutica antibiótica eficaz prolongada. Dada a elevada presunção de colonização das cânulas de ECMO e redução do suporte de ECMO, foi retirado o circuito extracorporeal em D83, verificando-se posterior evolução desfavorável e óbito.

Neste caso, o prognóstico do doente foi modulado negativamente pela impossibilidade do adequado controlo de foco infeccioso, já que, a remoção do circuito extracorporeal encontrava-se limitada pela elevada dependência do suporte de ECMO, enquanto o morfotipo do doente e a ausência de alternativa de acesso vascular, impossibilitaram a mudança de configuração do mesmo.

Foram aplicados os mesmos princípios da infeção de cateter vascular de hemodiálise, que na impossibilidade de ser retirado ou isolado para a realização de “antibiotic lock”, é cumprido um curso de antibioterapia prolongada de 4 a 6 semanas. Contudo, apesar da estratégia edificada, a esterilização das cânulas revelou-se infrutífera com reincidência do mesmo isolamento microbiológico e evolução desfavorável.

PO 14

DO RIM AO PULMÃO: TROMBOSE VENOSA EXTENSA COMO MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA RENAL

Frederico Soares Silva¹; Anabela Santos²; Francisco Esteves²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - unidade de Portimão; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

A malignidade associa-se muitas vezes a um estado de hipercoagulabilidade, com a ocorrência de eventos tromboembólicos. O diagnóstico de neoplasia renal ocorre concomitantemente a um evento tromboembólico em 8 % dos casos.

Doente do sexo masculino, 58 anos de idade, caucasiano, com antecedentes hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes *Mellitus* 2 com 17 anos de evolução sem atingimento de órgão alvo conhecido e também fumador ativo. Medicado em ambulatório com 4 classes de antidiabéticos orais, ácido acetilsalicílico 100 mg q.d. e pravastatina 20 mg q.d.. Recorreu ao SU por dispneia para pequenos esforços com 1 semana de evolução, percepção de edema abdominal e dos membros inferiores com 3 meses de evolução. No exame objetivo, destacava-se taquicardia (112 bpm), hipertensão arterial (159/100 mmHg), SatO₂ de 91 % em ar ambiente, com edema bilateral dos membros inferiores. Analiticamente apresentava trombocitopenia (144.000 plaquetas/uL), hipoxemia (gasometria com PaO₂ 60 mmHg) e hiperlactacidemia (2,5 mmol/L). A radiografia torácica revelou pequeno derrame pleural à direita. O ECG revelava taquicardia sinusal.

Para otimização terapêutica e estratificação, foi admitido no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de trabalho de ICC descompensada. Evolui (dia 3) com agravamento clínico - dor torácica, má perfusão, taquicardia sinusal, broncoconstrição e hematúria.

A ecografia cardíaca Transtorácica (ETT) iden-

tificou estrutura heterogénea de grandes dimensões, ocupando a veia cava inferior (VCI) ao longo de toda a extensão visualizada e parte da aurícula direita, sugestiva de trombo/massa tumoral.

A investigação imagiológica efetuada demonstrou massa tumoral na metade superior do rim direito com aparente trombose tumoral da veia renal e da VCI retro-hepática, extensão à aurícula direita além de tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso. Em discussão com Cirurgia Cardiorácica, não havia indicação de procedimentos pelo risco de embolização. Foi admitido em SMI, e iniciou perfusão de heparina não fracionada, com boa evolução clínica. Posteriormente foi transferido para um centro hospitalar habilitado à realização de cirurgia multidisciplinar sendo submetido a nefrectomia radical direita e trombectomia da VCI até à aurícula direita, sob circulação extracorporal.

Discute-se o doente com significativo contexto paraneoplásico, traduzido por fenómenos tromboembólicos sob a forma de TEP, extensa trombose tumoral, com clínica e imagem muito particulares. Apesar da gravidade potencial e do prognóstico muito reservado, a admissão em ambiente de SMI permitiu uma abordagem multidisciplinar e coordenada do doente, com desfecho global imediatamente favorável. Uma vez mais a anamnese, o exame objetivo e enquadramento clínico e a imagem (ETT) à cabeceira, foram os passos essenciais no diagnóstico e na definição da orientação estratégica do doente.

PO 15

INTOXICAÇÃO POR GLIFOSATO – DOSE LETAL INCERTA

Juliana Mortágua¹; Nuno Catorze²

¹Hospital de São José; ²Hospital Distrital de Abrantes

Introdução: As características clínicas das intoxicações por herbicidas são variadas, desde assintomáticas até à morte. Existe uma correlação significativa entre a quantidade ingerida e o prognóstico. A idade avançada também se associa a um prognóstico menos favorável. A ingestão de volumes superiores a 85 mL da formulação concentrada está classicamente associada a toxicidade alta. Não há antídoto para a intoxicação por glifosato e a terapia de suporte, agressiva, é a base do tratamento.

Caso clínico: Os autores relatam um caso de um homem de 80 anos trazido ao serviço de Urgência por ingestão voluntária de cerca de 500 mL de herbicida à base de glifosato (Roundup®). Antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus II, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata, etilismo e síndrome depressivo menor. O doente apresentou vários episódios de vômitos no transporte até ao Hospital. Na sala de emergência foi contactado o Centro de Informação Antivenenos, que confirmou a inexistência de antídoto disponível para o tóxico em causa. Realizada lavagem gástrica, administração de carvão ativado e soroterapia. O doente teve má evolução com estridor recorrente e dificuldade respiratória, acidemia láctica grave, alterações hidro-eletrolíticas com necessidade de suporte ventilatório invasivo e vasopressor e corticoterapia. Durante o internamento em unidade de Cuidados Intensivos, o doente apresentou pneumonite de aspiração com progressão para síndrome de dificuldade respiratória aguda e necessidade de ventilação invasiva por 9 dias, sem necessidade de traqueostomia; disfunção renal ligeira, sem necessidade de terapêutica de substituição renal. À data de transferên-

cia o doente apresentava quadro compatível com Cerebral Salt Wasting Syndrome caracterizado por hiponatremia, com sódio urinário e osmolaridade urinária elevados, e hipovolemia (hipotensão, hematócrito elevado e diminuição da pressão venosa central), após exclusão de outras causas de hiponatremia; tratamento com soro isotónico e fludrocortisona, com remissão completa em 3 semanas. **Conclusão:** A intoxicação por glifosato pode ser fatal, não havendo antídoto específico. O caso demonstra que a terapia de suporte e monitorização cuidadosa de complicações, mesmo em doentes com múltiplos fatores de mau prognóstico, podem ser eficazes; assim com a incerteza da dose letal deste tóxico.

O Cerebral Salt Wasting Syndrome é raro e constitui uma causa de hiponatremia, no decorrer de doença do sistema nervoso central. A associação entre este Síndrome e a intoxicação por glifosato não é descrita na literatura, mas é um diagnóstico a ter em conta nos casos de hiponatremia com hipovolemia.

PO 16

MALÁRIA GRAVE COM ENVOLVIMENTO CEREBRAL – UM CASO CLÍNICO

T. Capelas¹; Guilherme Henriques¹; Rui Ferreira de Almeida¹; Luísa Melão¹; Javier Moreno¹

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A malária grave é maioritariamente causada por *Plasmodium falciparum*, mas pode ser causada por outras espécies de *Plasmodium*. A taxa de mortalidade ronda os 10 %. Os principais motivos de admissão em unidade de Cuidados Intensivos (UCI) são: envolvimento cerebral, lesão renal aguda e síndrome de dificuldade respiratória aguda, isolada ou concomitante.

Apesar de não ser endémica em Portugal, a relação com algumas regiões endémicas torna o nosso país um potencial recetor de malária importada, pelo que os profissionais de saúde devem estar alerta para esta situação.

A instituição célere de terapêutica é a forma mais eficaz de evitar o desfecho fatal.

Os autores apresentam um caso de malária grave com envolvimento cerebral recebido numa UCI polivalente portuguesa em agosto de 2021.

Descrição do caso: Sexo masculino, 41anos, cozinheiro a residir em Angola.

Antecedentes de asma na infância e infeção por malária há 6 meses desconhecendo-se tratamento efetuado e o agente. Sem outros antecedentes patológicos de relevo. Fumador de 30UMA; consumo esporádico de bebidas alcoólicas;

Recorre ao serviço de Urgência (SU) por alteração do estado de consciência associado a mutismo e mioclonias do membro inferior esquerdo. Apresentava, também, há 4 dias intolerância alimentar com vômitos e febre associada.

No SU com queda de glasgow de 10 para 7 com desvio conjugado do olhar para a esquerda. Abordado na Sala de Emergência onde foi realizada entubação orotraqueal e iniciada ventilação mecânica invasiva.

Do estudo analítico e imagiológico destacava-se trombocitopenia 23.000; LRA KDiGO II (creatinina 2.0); hiperbilirrubinemia 4.9 mg/dl (directa 2.7 mg/dl) PCR 381 mg/L; A gasimetria arterial na admissão revelava uma hiperlactacidemia de 4.5 mmol/L com pH equilibrado. Parasitemia para *P. falciparum* de 4 %. A TC-CE sem alterações.

Doente admitido na UCI com diagnóstico de malária grave com envolvimento cerebral.

Iniciado tratamento imediato com artesunato endovenoso (ev.). Ao 2º dia, a parasitemia era já inferior a 0.1 %. O tratamento ev. foi mantido durante 7dias devido a estase gástrica significativa a impedir alimentação entérica e absorção de fármacos, findo os quais passou para tratamento oral combinado com artemeter e lumefantrina num esquema de 6 doses.

Permaneceu no SMIP um total de 13dias, dos quais 8 sob VMI. Destanca-se como intercorrência pneumonia associada ao ventilador que resolveu após antibioterapia. Teve alta para enfermaria, com glasgow 15 mas mantendo ainda alguma lentificação motora e alterações mnésicas. Foi transferido para o hospital da área de residência ao fim de 3 dias de internamento.

Conclusão: A malária grave apresenta ainda alta mortalidade e o seu reconhecimento e início de tratamento precoce são os fatores mais importantes para um *outcome* bem sucedido. O intensivista tem, por isso, de estar alerta para esta patologia pouco frequente nos países não endémicos.

PO 17

DISSULFIRAM, UM AMIGO PERIGOSO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Pedro José Oliveira¹; Rita Leite Cruz¹; Angela Ghiletschi¹; André Borges¹; Luís Bento¹

¹Hospital de São José

Introdução: Dissulfiram é um inibidor irreversível da enzima aldeído-desidrogenase, usado para tratar a dependência a álcool, na dosagem de 250-500 mg/dia¹. Apesar de bem tolerado pela maioria dos doentes, alguns efeitos secundários têm sido reportados: a sua neurotoxicidade inclui neuropatia periférica, encefalopatia, neuropatia ótica e alterações extrapiramidais^{1,2}. O estudo RM-CE tem características particulares, como lesões nos gânglios da base, estriato e putamen².

Caso: Doente do sexo feminino de 45 anos com história conhecida de alcoolismo e perturbação depressiva, medicada com dissulfiram 500 mg/dia. Trazida ao serviço de Urgência por alteração do estado de consciência em doente com quadro subagudo de sonolência diurna e cansaço fácil - no local com GCS 3, pupilas midriáticas e pouco reativas, com vestígios de vômito alimentar antigo. À admissão na sala de emergência, mantinha

GCS 3, com reflexos do tronco mantidos, taquicárdica, hipotensa, febril, sob ventilação mecânica invasiva (VMI), com lesão renal aguda AKIN III. Estudo TC-CE à admissão pouco esclarecedor, a revelar hipodensidades estriatocapsulares bilaterais inespecíficas. Por falência respiratória em doente em coma, foi admitida na unidade de Cuidados Intensivos. Do estudo etiológico, a destacar doseamento de benzodiazepinas positivo (331) e etanol negativo (13), serologias negativas, estudo imunológico com apenas anti-Zic4 positivo; punção lombar inocente; EEG sem atividade epilética; RM-CE a revelar alteração de sinal envolvendo de modo bilateral e relativamente simétrico os núcleos lenticulares, núcleos subtalâmicos, mesencéfalo, tegmentum protuberancial e bulbar. Nesta unidade, houve recuperação do estado de consciência, mantendo-se, no entanto, movimentos involuntários da face e alterações marcadas da força muscular, com hiporreflexia e hipotonia dos membros inferiores. Eletromiograma a apontar para uma polineuropatia sensitivomotora e potenciais evocados a destacar um defeito na condução nas vias somato-sensitivas periféricas. Por melhoria do estado neurológico, foi transferida para a enfermaria e, posteriormente, para o domicílio, onde deveria cumprir programa de reabilitação motora.

Conclusão: Acredita-se estar perante um caso de polineuropatia sensitivomotora crônica, com encefalopatia e afeção dos gânglios da base, num contexto de agudização pela intoxicação medicamentosa a disulfiram. Esta intoxicação deve ser considerada em doentes com patologia tanto central como periférica aguda.

Referências bibliográficas: 1. Treatment C for SA. Chapter 3-Disulfiram [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009; 2. Disulfiram toxicity presenting with peripheral neuropathy and

unique lesions on MRI brain. (P5.110), Nazely Ashikian, Yuri Bronstein, Mitchell Danesh, Francisco Torres; Neurology Apr 2015, 84

PO 18

CHOQUE HEMORRÁGICO EM CONTEXTO DE FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA

Frederico Soares Silva¹; Anabela Santos²; Francisco Esteves²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - unidade de Portimão; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Fístulas aorto entéricas (FAE) secundárias ocorrem, habitualmente, em doentes sob reconstrução protética aórtica prévia e são induzidas por uma erosão da prótese aórtica sobre o trato gastrointestinal. A hemorragia digestiva é a apresentação clínica mais comum, com amplo espectro clínico desde a diátese minor ao choque hemorrágico e morte.

Homem de 62 anos de idade, HTA, antecedentes de cirurgia endovascular, com reparação urgente de dissecação aórtica tipo B e aneurisma da aorta torácica descendente tipo IV, sob hipocoagulação com acenocumarol por trombose da artéria renal.

Admissão hospitalar em sala de emergência (SE) por melenas e hipotensão. O exame objetivo revelava doente com dor abdominal, objetivamente com palidez mucocutânea, hipotensão (59/25 mmHg), FC 69 bpm (sob bloqueador-beta), toque rectal com coágulos. Na SE evolui com episódios de hematemeses e hematoquézias. Tomadas atitudes para estabilização do doente, com controle do choque e identificação da fonte hemorrágica. A anamnese sustentou a hipótese de FAE, com a investigação imagiológica a revelar aneurisma da aorta toraco-abdominal com endoprótese e presença de enxerto vascular com trajeto anterior à aorta abdominal (na artéria mesentérica? em outro território vascular?) com sinais de sangramento ativo, extravasa-

mento do meio de contraste na região epigástrica com formação de hematoma e pneumoperitонеu, além de opacificação do estômago e do duodeno.

Após estabilização, o doente foi transferido para centro dotado de Cirurgia Vascular, sendo submetido a exclusão de fistula, tendo tido alta com o diagnóstico de fistula arterio-entérica a nível da artéria hepática comum.

Trata-se de caso infrequente de choque hemorrágico em contexto de fistula aorto-entérica secundária, sendo a suspeição clínica apoiada pela anamnese essencial para o diagnóstico e orientação estratégica. O status de correção endovascular de aneurisma de aorta com stent direcionou a marcha diagnóstica para a realização de angio-TC pela suspeita de FAE. A rápida abordagem do choque hemorrágico, a identificação etiológica precoce permitiram a estabilização do doente e posterior transferência para tratamento cirúrgico. O valor pedagógico das imagens encontradas parece ser muito relevante.

PO 19

EPIDEMIOLOGIA DA INFEÇÃO POR VIH NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Frederico Soares Silva¹; Anabela Santos²; Francisco Esteves²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - unidade de Portimão; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Doentes com infeção pelo VIH com frequência são hospitalizados e podem ser admitidos em serviços de Medicina Intensiva (SMI) por uma ampla variedade de motivos. Um dos motivos principais de admissão está relacionado com quadros sépticos com disfunção múltipla de órgão, circunstância normalmente associada a infeções oportunistas.

Análise clínica e epidemiológica dos doentes com infeção por VIH aguda ou crónica admitidos num SMI entre os anos 2009 e 2020. Caracterização da população: apresentação,

gravidade e evolução clínicas. Estudo retrospectivo baseado na consulta de registo eletrónico dos doentes com infeção por VIH.

Foram estudados 29 doentes, a maioria do sexo masculino 24 (82.8 %). As idades variaram entre os 28 e os 79 anos (média = 49 anos). Dezoito doentes foram admitidos em nível 3 (em 5 foi possível o step-down para nível 2), 4 doentes em nível 2. Os índices de gravidade encontrados foram: APACHE II foi de 18.8 (27.3 %), o SAPS2 56.8 (50.8 %), o SAPS3 69.1 (45.7 %), SOFA médio de admissão 7.6. A demora média foi de 6 dias (máximo de 23 e um mínimo de 1 dia).

Encontrou-se um claro predomínio da patologia infecciosa, essencialmente respiratória associado a disfunção múltipla de órgãos em 22 (75.9 %) casos. A maioria dos doentes, 26 (89.7 %) eram doentes não cirúrgicos, 2 pós-op cirurgia urgente e 1 doente traumatizado. Em 15 (51.7 %) casos foi feito o diagnóstico inaugural de infeção por VIH, apenas um com subtipo VIH-2. Dos 14 casos com diagnóstico prévio de VIH, 6 tinham carga viral detetável. Em apenas 1 caso, o motivo de internamento não tinha um carácter infeccioso, tratava-se de um caso de hemorragia digestiva alta.

Relativamente à via de transmissão, nos casos em que esta era conhecida (n = 13; 44.8 %), a maioria tinha um risco tóxico. A contagem de CD4 na admissão seguiu a seguinte distribuição: 8 entre 1-50, 4 entre 51-100, 3 entre 101-250 e 2 com > 250. Em 5 casos não foi possível apurar o resultado. A carga viral foi indetetável em 7 doentes (24 %).

A pneumonia foi a infeção prevalente, com isolamento dos variados microrganismos: *Candida albicans* (n = 5), *Pneumocystis jiroveci* (n = 5), *Streptococcus Pneumoniae* (n = 2), *Aspergillus fumigatus* (n = 2), *Legionella pneumophila* (n = 2), entre outros. Identificou-se 1 caso de leucoencefalopatia multifocal progressiva, 1 caso de toxoplasmose ce-

rebral, 1 caso de tuberculose miliar, 1 caso neurossifilis, 1 caso de Criptococose cerebral. Foi iniciada terapia anti-retroviral de novo em 4 doentes, sem evidência de síndrome inflamatória de reconstituição imune.

A mortalidade encontrada foi de 34.5 % (10 óbitos); 1 doente foi transferido para tratamento com ECMO.

Este estudo traduz a importância e prevalência da patologia infecciosa no doente com VIH em ambiente SMI. A pesquisa de coinfeções é, igualmente, essencial na abordagem clínica. A maioria dos doentes tinha uma contagem de CD4 < 250/mm³ e carga viral detectável, o que traduz o grau de imunodepressão desta população.

PO 20

INTOXICAÇÃO POR METAHEMOGLOBINA

Teresa A.M. Oliveira¹; Ana Rita Cruz²; Marta Ramos³; Raquel Cavaco²; Frederica Faria²

¹Hospital Distrital de Abrantes; ²Hospital de São José;

³HPP Hospital de Cascais

Introdução: Podem ser várias as causas de hipoxia e cianose quando observamos um doente na Sala de Emergência.

A metahemoglobinemia pode ser uma delas e pode ser congénita ou adquirida.

O seu diagnóstico pode ser feito através da realização de gasimetria com a quantificação dos níveis de metahemoglobina. Caracteriza-se pela presença de uma concentração sérica de metahemoglobina superior a 2 % e resulta, na maioria das vezes, na forma adquirida, da ingestão ou exposição através da pele ou mucosas a agentes oxidantes.

Os sintomas variam de acordo com os níveis de metahemoglobina e podem ir desde assintomáticos, com sinais de cianose periférica, a hipoxemia grave ou morte.

Descrição:

Homem de 46 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, trabalhador da construção civil. Trazido ao serviço de urgência por alteração

do estado de consciência (AEC) no local de trabalho após ingestão de líquido que pensava ser vinho.

À admissão na sala de emergência descrito Glasgow Coma Scale (GCS) de 13 (O4V4M5), eupneico sem oxigenoterapia suplementar, com saturação periférica de oxigénio (SatO₂) de 80 %, extremidades quentes, mas mal perfundidas com cianose central e periférica. Foi realizada gasimetria arterial que revelou acidémia metabólica e hiperoxigenação arterial com pH 7.27, pO₂ 299 mmHg, pCO₂ 33 mmHg, HCO₃ 15 mmol/L, fração de hemoglobina oxigenada de 30 % e fração de metahemoglobina (fMetHb) de 72 %.

Assumindo quadro de metahemoglobinemia adquirida por ingestão de produto não especificado (posteriormente apurado com o doente que poderia ser diluente de tinta) foram iniciadas medidas de suporte e de tratamento com azul de metileno (1-2ml/kg) e ácido ascórbico tendo-se observado posterior melhoria da cianose e do GCS para 15. Por ainda manter valores elevados de fMetHb 44 %, foi contactada a imunohemoterapia que realizou uma sessão de exsanguino-transfusão com melhoria da fMetHb para 1.8 %.

Conclusão: A metahemoglobinemia é considerada uma emergência médica com complicações potencialmente fatais.

O tratamento está indicado em doentes com níveis de metahemoglobinemia superiores a 30 % e/ou com sintomatologia importante (dispneia, taquicardia, cefaleias ou AEC) e passa pela remoção do agente precipitante, administração de azul de metileno e ácido ascórbico e exsanguino-transfusão ou sessões em câmara hiperbárica, se os níveis de metahemoglobina se mantiverem tóxicos.

O diagnóstico precoce e início de terapêutica dirigida, é altamente eficaz na maioria dos casos, tal como pôde ser descrito nesta situação.

PO 21

INTOXICAÇÃO POR ETILENOGLICOL

Teresa Oliveira¹; Ana Rita Cruz²; Raquel Cavaco²; Frederica Faria²

¹Hospital Distrital de Abrantes; ²Hospital de São José

Introdução: O etilenoglicol é um álcool encontrado em produtos domésticos, como os anticongelantes.

É inodoro e incolor e pode ser ingerido acidentalmente por crianças ou por adultos que procuram um substituto do álcool ou em casos de tentativa de homicídio.

A forma mais comum de via de intoxicação é por ingestão oral, sendo rapidamente absorvido no sistema gastrointestinal e causa depressão do sistema nervoso central (SNC), efeitos cardiopulmonares e falência renal.

Apesar de ser um produto de fácil acesso à população geral, não é frequente a intoxicação com este tipo de álcool.

Descrição do caso:

Mulher de 30 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, transportada ao serviço de urgência após ter sido encontrada inconsciente na via pública. Teria consigo uma garrafa de líquido rosa e estaria junto a um carro. À admissão hospitalar descrito Glasgow Coma Scale (GCS) de 7(01V2M4) e instabilidade hemodinâmica com hipotensão arterial. Da avaliação analítica realizada destaca-se gasimetria com acidemia metabólica com anion-gap aumentado, hiperglicemia e hiperlactacidemia (pH 7.2, HCO₃ 11.1 mmol/L, pCO₂ 26.4 mmHg, anion-gap 24.2 mmol/L, glicémia de 253 mg/dL e Lactato de 11.5 mmol/L), etanol de 100 mg/dL, estudo de tóxicos na urina e cetonemia negativos.

Assumindo provável quadro de intoxicação por etilenoglicol, após ingestão de substância com características de líquido anticongelante, foi iniciado tratamento com técnica de substituição renal (TSR) e medidas de suporte. Como não está disponível o antídoto (fomepi-

zole ou etanol 10 %), foi contactado o CIAV (Centro de Informação AntiVenenos) que não preconizou alternativas diagnósticas ou terapêuticas. Iniciou ainda reposição de tiamina, piridoxina e ácido fólico.

Com o início da TSR, observou-se, nas 24 horas seguintes, melhoria clínica e analítica que possibilitou a extubação e suspensão de suporte vasopressor, resolução da acidemia metabólica e normalização do anion-gap.

Conclusão: A intoxicação por etilenoglicol, apesar de rara, deve ser sempre suspeita quando temos um quadro de acidose metabólica com anion-gap aumentado e o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível.

A TSR está recomendada quando os níveis de etilenoglicol são superiores a 50 mg/dL, no entanto, a sua deteção no sangue tem limitações e pode atrasar o diagnóstico. Neste caso, por ter sido iniciado precocemente, a TSR foi altamente benéfica especialmente perante o facto de não ter sido possível iniciar antídoto com fomepizole ou etanol.

PO 22

FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR INFECÇÃO A COXIELLA BURNETTI

Alexandra Paula¹; Paulo Fernandes¹;

João Maia de Oliveira¹; Denise Pinto¹; José Vaz¹

¹Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A febre Q é uma patologia relativamente frequente em Portugal, no entanto, apesar da suspeita clínica, a confirmação laboratorial é condicionada pelo tempo de espera na obtenção dos resultados. Este caso clínico relata uma falência hepática aguda associada a esta infeção, cujos relatos são extremamente raros na literatura.

Descrição do caso: Mulher de 68 anos que recorre ao serviço de urgência por queixas de mal-estar geral, cervicalgia e dorsalgia com 5 horas de evolução. À admissão encontra-

va-se em choque, com petéquias dispersas e em anúria. A gasimetria revelou acidemia metabólica hiperlactacídêmica com pH 6,9, lactato 14,6 mmol/L, pCO₂ 39 mmHg e HCO₃ 9,4 mmol/L e a avaliação laboratorial mostrou trombocitopenia de $19 \times 10^9/L$, INR 2,4, PCR 2,1 mg/dL, creatinina 2,8 mg/dL, LDH 4980U/L, AST 5340U/L e ALT 3800U/L, sem elevação dos parâmetros de colestase. Fez TC tórax e abdômen que revelou infiltrados bilaterais em vidro despolido, mais evidentes nos lobos inferiores.

Admitida no serviço de medicina intensiva sob noradrenalina a 1,5mcg/kg/min e anti-bioterapia com amoxicilina-clavulanato e doxiciclina, com necessidade de suporte renal e ventilatório. Apesar das medidas instituídas, houve persistência do choque distributivo, com aumento dos parâmetros inflamatórios, mas sem clínica ou exames complementares de diagnósticos focalizadores de infecção. Das várias disfunções de órgão salienta-se uma falência hepática aguda, com encefalopatia hepática grau II, juntamente com prolongamento do INR até valor máximo de 6,5, com valores máximos de AST de 18100U/L, ALT 9500U/L, LDH 15100 e perfil hipoglicêmico. Verificou-se necessidade crescente de noradrenalina até dose máxima de 3mcg/kg/min e de adrenalina até 0,25mcg/kg/min, com persistência de acidemia metabólica sob técnica de suporte da função renal a 45mL/kg/h e perfusão de bicarbonato 8,4 %, com hiperlactacidemia máxima de 18 mmol/L. Salienta-se ainda anemia hemolítica Coombs positiva de novo, com diminuição da hemoglobina em 9g/dL e rabdomiólise, com CK 17030, pelo que iniciou pulsos de metilprednisolona.

Ao quarto dia de internamento no SMI a doente acabou por falecer, com posterior confirmação do diagnóstico, pós-mortem, com serologias IgM e IgG fase II positivas para *Coxiella burnetii*, colhidas à admissão hospitalar.

Conclusão: Apesar de ser um caso marcado por falência hepática aguda esta doente apresentava outras manifestações frequentes da Febre Q, com pneumonia atípica, anemia hemolítica, trombocitopenia e lesão renal. Apesar do diagnóstico tardio, a terapêutica iniciada prontamente não foi suficiente para permitir o desfecho favorável, numa doença com uma taxa de mortalidade de <2 %.

PO 23

UM CASO RARO DE CHOQUE HEMORRÁGICO EM DOENTE CIRRÓTICO

Alexandra Paula¹; Catarina Graveto¹; Denise Pinto¹; José Vaz¹

¹Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A presença de coagulopatia em doentes cirróticos é bastante comum, representando um risco acrescido para os doentes com hipertensão portal. Como tal, a presença de hemorragia aguda neste grupo de doentes pode ser fatal, mesmo que proveniente da veia umbilical, como aqui retratado.

Descrição do caso: Doente de 57 anos com antecedentes de doença hepática crónica etanólica, com história recente de hemorragia por rotura de varizes esofágicas, trazido ao serviço de urgência pelos bombeiros após ter sido encontrado inconsciente, com evidência de perda significativa de sangue. Admissão com choque hemorrágico classe IV, com rápida evolução para paragem cardiorrespiratória em assistolia, tendo-se iniciado suporte avançado de vida, com recuperação após 6+2 ciclos, em ritmo sinusal. À avaliação apresentava sinais de hemorragia recente, sem evidência de feridas traumáticas ou hemorragia digestiva alta. Identificado um único foco hemorrágico umbilical de baixo débito, compatível com variz umbilical rota. Iniciado suporte transfusional e tendo realizado um total de 2500mL de cristalóides, 3 unidades de concentrado eritrocitário, 3 plasmas fres-

cos congelados, 3 pools de plaquetas, 3g de fibrinogénio, 1g de ácido tranexâmico, bicarbonato e suporte vasopressor com noradrenalina. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que identificou cirrose com recanalização da veia umbilical e sinais de isquémia hepática, esplênica e renal.

O doente manteve deterioração franca do estado clínico, sem resposta a terapêutica, com midríase fixa e sem reflexos córneos, com Glasgow Coma Scale 3, e estado mioclónico precoce, seguido de nova paragem cardiopulmonar, pelo que se decidiu em equipa suspender medidas, e verificação do óbito.

Conclusão: Apesar da presença de circulação colateral em doentes cirróticos ser muito frequente, a incidência de hemorragia externa de variz umbilical recanalizada é consideravelmente baixa. A evolução para choque hemorrágico encontra-se descrita na literatura apenas sob a forma de casos clínicos esporádicos, com capacidade para laqueação cirúrgica da mesma e recuperação do doente. Este caso clínico, pelo contrário, foi marcado pelo *timing* desconhecido desde o início da hemorragia, a condicionar um choque hemorrágico já com isquémia múltipla de órgãos, não responsivo às medidas instituídas.

PO 24

PRÉ-ECLÂMPسيا E HELLP, UMA SÓ DOENÇA OU ENTIDADES SEPARADAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO:

Débora Faria Lopes¹; André Neto Real¹; Inês Leal Coelho¹; Joana Freitas Ribeiro¹; Cátia Gorgulho¹; Nuno Catorze¹

¹CHMT

Introdução: A Síndrome de HELLP refere-se a uma síndrome em grávidas e puérperas caracterizada por microangiopatia e hemólise, elevação da enzimatologia hepática e trombocitopenia, desenvolvendo-se em apenas 0,1-0,2 % dos casos.

Descrição do caso clínico: Mulher de 34

anos, raça negra com antecedentes pessoais de obesidade e perturbação de ansiedade. G6/P3. Grávida de 34 semanas, com seguimento regular, inicia quadro de dor abdominal tipo contração associada a mal-estar inespecífico e edema da face e dos membros inferiores. À admissão, hipertensa (PAM 140 mmHg) e analiticamente com trombocitopenia (Plaquetas 126000) e microproteinúria de 293 mg/dL. Por clínica compatível com pré-eclâmpsia decidiu-se pela indução do parto que decorreu sem intercorrências. No pós-parto destaca-se hipertensão refratária à terapêutica, agravamento da trombocitopenia para 53000 plaquetas, pelo que foi admitida no serviço de Medicina Intensiva (SMI) para controlo do perfil tensional e vigilância neurológica. Durante o internamento no SMI destaca-se evolução para HELLP, isto é, elevação da enzimatologia hepática (TGO 649IU/L e TGP 411IU/L), anemia hemolítica com presença de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e aumento da bilirrubina total (5,5 mg/dL) á custa da indireta, LDH elevada (1460IU/L) e trombocitopenia de 17000 plaquetas. A evolução foi favorável inicialmente com labetalol tendo-se alterado para IECA e ACA, e redução da hemólise melhoria da trombocitopenia às 48h após parto.

Conclusão: No HELLP, a microangiopatia e a disfunção hepática são marcantes, mas a hipertensão pode não ser proporcional. Pelo contrário, a pré-eclâmpsia grave apresenta hipertensão grave associada a trombocitopenia e disfunção hepática em menor grau que no HELLP. As características clínicas e histológicas são semelhantes podendo não ser possível um diagnóstico definitivo. Entre as doentes com pré-eclâmpsia/eclâmpsia grave, 1 a 2 % apresentam doença microangiopática com hemólise e podem ser consideradas Síndromes HELLP ou ocorrer concomitantemente.

PO 25

TUDO O QUE É DEMAIS FAZ MAL... ATÉ ÁGUA!

Bárbara Batista¹; Ana Isabel Sousa¹;
Joana Sant'anna¹; Maria Inês Ribeiro¹; Juliana
Ávila¹; Nelson Cardoso¹; Chantre Lima¹
¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A intoxicação por água pode ocorrer no contexto de distúrbio psiquiátrico, exercício prolongado, em determinados exames clínicos, na ingestão forçada e, raramente, em pessoas saudáveis, como é apresentada de seguida.

Caso: Mulher de 49 anos, transportada ao serviço de Urgência, por quadro de náuseas e vômitos com algumas horas de evolução, associado a alteração do comportamento e discurso confuso e lentificado. Tinha neoplasia do útero conhecida submetida a histerec-tomia e a ooforectomia total, e não tomava medicação habitual.

Encontrava-se apirética, tensão arterial 119/78 mmHg, frequência 88bpm, com discurso repetitivo, respondendo a questões simples, pele e mucosas descoradas e desidratadas, edema dos membros inferiores, sem outras alterações ao exame objectivo.

Enquanto aguardava o resultado de exames complementares de diagnóstico teve uma convulsão tónico-clónica que resolveu após diazepam. Assim, iniciou levetiracetam e realizou tomografia axial computadorizada do crânio que não revelou alterações. Analiticamente, destacava-se hiponatremia grave 112 mmol/L, hipocaliémia 2,8 mg/dL e hipomagnesémia 1,3 mg/dL, tendo iniciado correcção. Mais tarde, no mesmo dia, teve novos episódios de vômito com alteração do estado de consciência e actividade mioclónica subsistente, apesar da optimização terapêutica, pelo que se procedeu a entubação orotraqueal com início de ventilação mecânica invasiva e perfusão de midazolam, com cessação das

mioclonias. Seguidamente transferiu-se a doente para a unidade de Cuidados Intensivos (UCI), assumindo-se estado de mal-epiléptico. À chegada da UCI a subida da natremia era de 7mEq em 12h pelo que se suspendeu temporariamente a correcção. Perfil hemodinâmico adequado em ritmo sinusal, lactato 1,0 mmol/L e poliúrica (>600ml/h). Foi feito doseamento da osmolaridade urinária e sódio urinário, ambos baixos, bem como punção lombar, incaracterística, com exame cultural bacteriológico e microbiológico negativos, pesquisa de vírus neurotrópicos negativa, ausência de bandas oligoclonais e de anticorpo anti-NMDA.

Mais tarde, o irmão da doente confirmou que esta teria ingerido 10L de água em 4h, por receio de desenvolver golpe de calor após exposição solar na praia.

A doente teve uma boa evolução clínica; o electroencefalograma, após a suspensão de sedo-analgésia, mostrou aspectos neurofisiológicos sugestivos de encefalopatia do tipo metabólico, sem actividade paroxística. Constatou-se recuperação neurológica total progressiva, tendo sido extubada e reduzida a terapêutica anti-comicial, sem novos episódios de actividade epileptiforme.

Conclusão: Este caso de hiponatremia aguda, que se acompanhou de sintomas neurológicos graves, salienta a importância de considerar a intoxicação por água numa pessoa saudável. Salienta ainda a importância da colheita detalhada de dados anamnésicos, bem como da correcção iónica cautelosa.

PO 26

CORRECÇÃO DE NATRÉMIA SABOTADA

Bárbara Batista¹; Ana Isabel Sousa¹;
Joana Sant'anna¹; Maria Inês Ribeiro¹;
Juliana Ávila¹; Nelson Cardoso¹; Chantre Lima¹
¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A mielinólise pôntica central (MPC) resulta de alterações omolares, habitualmente pela rápida correcção de hiponatremia. Descreve-se um caso que se foca nas comorbilidades que poderão contribuir per se para esta entidade.

Caso: Homem de 70 anos, transportado ao serviço de Urgência por quadro de com 4 dias de evolução de náuseas/vómitos, sensação de enfartamento, alteração do comportamento, desequilíbrio da marcha e prostração. Tinha antecedentes conhecidos de doença cerebrovascular, provável doença hepática crónica com hiponatremia e trombocitopenia, dislipidemia, hábitos alcoólicos pesados; não fazia medicação habitual.

À observação encontrava-se apirético, tensão arterial 151/77 mmHg, frequência 83 bpm, saturação periférica de 98 % em ar ambiente, desnutrido e desorientado, sem outras alterações descritas. Analiticamente destacava-se hiponatremia de 120 mmol/L, lesão renal aguda (ureia 168, creatinina 1,99 mg/dL) e discreto aumento de parâmetros inflamatórios.

Foi iniciada correcção da natremia, com subida de 22 mmol/L em 48h e posterior sobre-correcção inadvertida para 154 mmol/L nas 48h seguintes, apesar do ajuste de fluidoterapia. Concomitante, manteve quadro confusional associado a evidência de infecção respiratória com febre, tremor generalizado e mioclonias. Assim, iniciou terapêutica anti-comicial dupla, antibioterapia empírica e soro hipotónico. Foi feita tomografia axial computadorizada de crânio (TC-CE) e angiografia e ainda punção lombar que não revelaram alterações.

Contudo, o doente apresentou agravamento neurológico e respiratório (Glasgow Coma Score 8, mioclonias e acidémia respiratória), pelo que se procedeu a entubação orotraqueal com início de ventilação mecânica invasiva, repetição da TC-CE (sem novas alterações) e admissão do doente na unidade de Cuidados Intensivos.

Houve evidência de estado de mal epiléptico, inicialmente mioclónico e posteriormente não convulsivo, controlado com o aumento da sedação profunda. A evolução neurológica desfavorável, confirmada por ressonância magnética (RM) de crânio que mostrou síndrome de desmielinização osmótica pontina extensa, lesões punctiformes isquémicas agudas, alterações micro-vasculares crónicas e atrofia cerebral de predomínio cortical. Tentou-se reduzir progressivamente sedoanalgesia, contudo mantendo GCS 2T-4T após 120h de suspensão total da mesma. Dado o prognóstico neurológico vital e funcional reservados, foi decidida a cessação das medidas de suporte e manter cuidados de conforto, tendo o doente falecido.

Conclusão: A correcção de sódio deve seguir uma vigilância cuidadosa especialmente em doentes com factores de risco para o desenvolvimento de MPC, como o caso deste doente que estava desnutrido e tinha hiponatremia crónica, hábitos etanólicos e provável doença hepática. Poderá ser necessária a RM para o diagnóstico definitivo.

PO 27

AS VÁLVULAS TAMBÉM SE INFECTAM NO HOSPITAL

Bárbara Batista¹; Ana Isabel Sousa¹;
Joana Sant'anna¹; Maria Inês Ribeiro¹;
Juliana Ávila¹; Nelson Cardoso¹; Chantre Lima¹
¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A maioria dos casos de endocardite infecciosa envolve apenas uma válvula, existindo pouca informação sobre endocardite bivalvular. O envolvimento de mais do que uma válvula parece implicar mais complicações, sendo ilustrado no seguinte caso.

Caso: Mulher de 47 anos, foi ao serviço de Urgência por toracalgia infra-mamária esquerda e dor no hipocôndrio esquerdo com 12 horas de evolução. Tinha de antecedentes síndrome depressivo, diabetes *Mellitus* tipo 1, lúpus sistémico eritematoso com anticorpos antifosfolipídicos positivos, anemia e trombocitopénia, válvula aórtica biológica por bicuspidia 2020 e histerectomia por mioma uterino 2016. Era medicada habitualmente com fluoxetina 20 mg, hidroxicloroquina 400 mg, azatioprina 50 mg, prednisolona 5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, insulina por bomba, atorvastatina 20 mg.

À observação apresentava palpação dolorosa nos quadrantes esquerdos do abdómen; analiticamente tinha anemia N/N (Hb 8,6 g/dL), trombocitopénia (104000/L) e elevação de troponina (1,29 ng/mL). Foi-lhe diagnosticada provável pericardite lúpica e ainda enfarte esplénico por tomografia axial computadorizada (TAC), pelo que foi internada e iniciada anticoagulação.

No 4º dia de internamento identificou-se uma flebite do antebraço esquerdo (local de acesso venoso periférico) e no 5º dia febre com calafrio, culminando rapidamente em choque séptico com falência multiorgânica associada a insuficiência cardíaca aguda. A doente foi assim entubada orotraquealmente e transfe-

rida para a unidade de Cuidados Intensivos. Posteriormente, com o isolamento de bacteriémia *S. aureus* metilicilino-resistente foi realizado ecocardiograma transesofágico que encontrou vegetação na prótese aórtica biológica e na válvula mitral nativa, associada a insuficiência mitral moderada, função sistólica ligeiramente deprimida e forâmen oval patente. Foi feita também TAC de corpo que excluiu fenómenos de embolização à distância. Com as medidas de suporte de órgão instituídas, optimização de antibioterapia e a negatificação de balanço, a doente evoluiu favoravelmente tendo sido extubada.

Na reavaliação as hemoculturas foram negativas, mas apresentava aumento da vegetação valvular aórtica e ainda imagem sugestiva de abscesso peri-aórtico, tendo sido intervencionada pela Cirurgia Cardíaca. Contudo no dia seguinte desenvolveu AVC cardioembólico da ACM esquerda, tendo sido feita trombectomia com posterior transformação hemorrágica condicionando re-início de anticoagulação. Actualmente encontra-se internada em Rankin 5 sob reabilitação motora.

Conclusão: Este caso de endocardite infecciosa bivalvular com origem em flebite no local de acesso venoso periférico numa doente imunodeprimida, demonstra a relevância no diagnóstico precoce de endocardite bem como a referenciação cirúrgica por forma a melhorar o prognóstico de uma entidade que per se acarreta uma elevada mortalidade.

PO 28

TERROR NA TERRA NATAL: FOI PASSAR FÉRIAS E REGRESSOU MUITO ... MAL

Bárbara Batista¹; Iolanda Oliveira¹; Ana Isabel Sousa¹; Joana Sant'anna¹; Maria Inês Ribeiro¹;
Juliana Ávila¹; Nelson Cardoso¹; Chantre Lima¹
¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: Apresenta-se um caso de coagulação intravascular disseminada (CID) difícil de gerir e com complicações graves.

Caso: Mulher de 52 anos, que teve alta contra parecer médico, sob dupla anti-agregação e anticoagulação por enfarte agudo do miocárdio antero-latero-inferior e presença de um trombo apical no ventrículo esquerdo. A coronariografia mostrou abundantes trombos na descendente anterior média e distal, sem outras lesões coronárias. Neste internamento foi-lhe diagnosticada infecção por SARS-CoV-2.

Regressou novamente ao serviço de Urgência, 1 semana depois, por quadro com 1 dia de evolução de dispneia, astenia, tonturas, náuseas e vômitos. Tinha como antecedentes conhecidos hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo activo; estaria medicada com anti-hipertensores que não sabia especificar. À observação encontrava-se em choque obstructivo, por tamponamento cardíaco, com falência multiorgânica, tendo sido entubada orotraquealmente e procedendo-se a pericardiocentese emergente com saída de 1,2L de sangue.

Nesse mesmo dia, a doente progrediu para choque misto refractário, conseqüente a discrasia hemorrágica generalizada grave e sépsis (febre, procalcitonina elevada, sem foco ou agente identificado) pelo que iniciou antibioterapia de largo espectro e suporte transfusional. Por suspeita de ruptura do miocárdio foi intervencionada pela Cirurgia Cardíaca, não se tendo identificado ruptura.

A doente manteve-se em coagulopatia durante 2 semanas (ISTH DIC Score de 8, SIC score de 6), com necessidade de hemoderivados em grande quantidade, tendo sido feito estudo de trombofilia que foi negativo. Verificaram-se também episódios frequentes de disautonomia e RASS-5 apesar da suspensão de sedo-analgésia, pelo que realizou ressonância magnética de crânio que revelou lesão hemorrágica frontal paramediana esquerda, fronto-orbitária com edema envolvente,

múltiplas e incontáveis áreas milimétricas de blooming de predomínio supratentorial e na transição supratentorial à esquerda e na vertente posterior do hemisfério cerebeloso. A presença de hemorragia cerebral protelou a retoma de anticoagulação.

De forma paulatina a doente foi recuperando das disfunções de órgão, subsistindo, contudo, a disfunção renal e a disfunção respiratória por miopatia importante. Por extubação sem sucesso foi realizada traqueostomia cirúrgica e por episódio de dor abdominal fez ainda uma TAC que excluiu complicações, nomeadamente eventos trombóticos.

A pedido da família, a doente foi transportada de volta para o país de residência, dependente de técnica dialítica e de ventilação mecânica invasiva.

Conclusão: Este caso de CID parece ser fruto de um quadro séptico associado a infecção SARS-CoV-2 recente, potenciado pela anti-agregação e anticoagulação, que condicionou complicações hemorrágicas graves e contribuiu para elevada morbidade no contexto de choque.

PO 29

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

Helena Judite Vieira Dias¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: O estado de mal epiléptico é uma condição resultante da falha dos mecanismos responsáveis pela cessação da convulsão ou a presença de mecanismos que levam a convulsões prolongadas. Trata-se de uma emergência médica, pois se não for atempadamente identificada e controlada pode ter conseqüências a longo prazo nomeadamente lesão neuronal e morte neuronal.

Objectivos: Revisão da principal literatura publicada sobre diagnóstico e tratamento do Mal Epiléptico Convulsivo e Não Convulsivo, Mal Refratário e Mal Super Refratário. Refor-

çar a necessidade de elevada suspeição clínica para identificação do estado de mal não convulsivo dado a sua semiologia motora ser fruste ou muitas vezes ausente.

Material e métodos: Discussão dos consensos e *guidelines* publicados pela American Epilepsy Society, International League Against Epilepsy e Neurocritical Care Society; revisão de alguns estudos farmacológicos comparativos.

Resultado e conclusões: Apesar do Estado de Mal Epiléptico ser uma entidade clínica reconhecida há várias décadas, apenas as benzodiazepinas apresentam nível de evidência A como classe farmacológica de primeira linha. Ainda há dúvidas quanto ao tratamento de eleição de 2ª e 3ª linha, não existindo ainda estudos controlados e randomizados para o tratamento do Estado de Mal Super-Refratário. O EEG mantém-se como o gold standart tanto no diagnóstico como na monitorização da resposta terapêutica.

PO 30

UMA CAUSA RARA DE ACIDENTE VASCULAR ISQUÊMICO

Filipa Carvas Feliciano¹; Rosario Cardoso¹;
António Pais Martins¹; Joana Osório¹;
Catarina Conceição¹; Cláudia Carvalho¹
¹Hospital São Francisco Xavier

Introdução: A miocardiopatia não compactada isolada do ventrículo esquerdo (LVNC) é uma doença genética rara, caracterizada ecograficamente por presença de trabéculas e recessos intertrabeculares, por duas camadas compactadas de miocárdio e uma não compactada. Manifesta-se por dispneia, palpitações, toracalgia e síncope e pode condicionar insuficiência cardíaca (IC), arritmias, eventos tromboembólicos e morte súbita. Descreve-se um caso de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, associado a LVNC.

Caso clínico: Homem de 40 anos, autónomo, com história de hipertensão arterial, etanolismo e IC em estudo. Desenvolve episódio de

cefaleia explosiva acompanhada de náuseas, vômitos. À admissão, apresentava disartria, nistagmo, ataxia, parestesia facial central e hipostesia do hemicorpo à esquerda. A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) identificava AVC isquémico cerebeloso bilateral. Em D2, a TC-CE mostrou edema cerebeloso com efeito de massa e hidrocefalia. Foi colocada uma derivação ventricular externa e ficou internado na unidade de Cuidados Intensivos. Estudo etiológico: ECG com hipertrofia do ventrículo esquerdo; Holter com taquicardia supraventricular paroxística; análises, serologias, estudo imunológico, Angio-TC e doppler dos vasos do pescoço sem alterações. Ecocardiograma transtorácico mostrou trombos no ápex do ventrículo esquerdo, este com hipertrofia em cavidade dilatada e fração de ejeção de 19 %, cumprindo critérios para LVNC. Assumiu-se AVC isquémico de origem cardioembólica, associada a LVNC. Iniciou anticoagulação e terapêutica modificadora de prognóstico. Por melhoria progressiva, a D21 foi transferido para o serviço de Neurologia.

Conclusão: A LVNC deve ser excluída em casos de doentes jovens com diagnóstico inaugural de insuficiência cardíaca. Apesar de etiologia pouco frequente, as suas complicações causam morbimortalidade importante e o seu diagnóstico pode influenciar a terapêutica.

PO 31

SÍNDROME EISENMENGER – UMA APRESENTAÇÃO RARA NO PÓS-OPERATÓRIO

Maria Eduarda Batista¹; Miguel Ferreira Barbosa¹;
Joana Alves Cabrita¹; José Casimiro¹;
Sofia Cardoso¹; Nuno Germano¹
¹Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central,
Hospital Curry Cabral

Introdução: A cardiopatia congénita é a anomalia congénita mais comum, sendo as comunicações interventriculares (CIV) as alterações mais frequentes na infância, e as

segundas mais comuns na idade adulta.

O síndrome de Eisenmenger (SE) representa um fenótipo grave de hipertensão pulmonar (HTP) em doentes com CIV, com elevada mortalidade. Através de um shunt esquerdo-direito, existe incremento da resistência vascular pulmonar e posteriormente HTP. Na progressão da doença, existe inversão dos fluxos na CIV, resultando em hipoxémia e cianose, com elevado risco de falência multi-orgânica.

Estes doentes requerem uma abordagem multidisciplinar, com vista a prevenção das principais as complicações -HTP e insuficiência cardíaca congestiva. Diuréticos e terapêutica direccionada para a HTP são frequentemente utilizados, contudo, o tratamento definitivo é o transplante pulmonar ou cardíaco e pulmonar e encerramento do shunt.

Descrição de caso: Jovem de 18 anos, com história de intolerância ao esforço físico, é submetida a instrumentação posterior pedicular de D6 a L3 para correção da escoliose. No pós-operatório, verificou-se dessaturação (SpO₂ 85-88 %), hipoxémia (PaO₂ 52,6 mmHg) e anemia (Hb 10 mg/dL), assintomática. Realizou Angio-TC que não revelou alterações parenquimatosas ou trombo-embolismo pulmonar. Neste contexto, admitida na unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Foi realizado trial de oxigenoterapia de alto fluxo (70°, 40L, 80 %) com gasimetria a evidenciar pH 7,41, pCO₂ 37,9 mmHg, pO₂ 66,5 mmHg, StO₂ 99 %; Hb 11,4, sem outras alterações analíticas. Ao exame objetivo, a destacar sudorese, palidez, taquicárdia (frequência cardíaca 105bpm), com incremento de P2 na auscultação cardíaca e sopro sistólico localizado no bordo externo esquerdo. Nas primeiras horas, verificou-se agravamento clínico, com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Objetivada melhoria da oxigenação com PEEP (positive end-expiratory pressure) 0 cmH₂O. Revisto TC tórax com evidência de

CIV estimada em 19 mm. Adotada estratégia de otimização de hemoglobina para valores habituais (Hb 15g/dL) e ventilação sem PEEP. Realizou oxido nítrico 20ppm e sildenafil 20 mg 8/8h dada provável HTP. Extubada após 24h de VMI, mantendo aporte oxigénio por máscara de alta concentração (10- 15L/min) com PaO₂ 40-45 mmHg e StO₂ 80-85 %, frequência respiratória 20cpm, assintomática. Foi transferida para UCI de Cardiologia para realização de cateterismo e seguimento pela especialidade.

Conclusão: O diagnóstico precoce da CIV é essencial, possibilitando o seu encerramento e impedindo a HTP. Apesar de infrequente, deve constar no diagnóstico diferencial após a exclusão de causas mais frequentes para hipoxémia.

PO 32

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL – UMA RARA COMPLICAÇÃO

Liliana Castro Costa¹; João Vilaça¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A laceração da traqueia (TQ) é uma complicação extramente rara da intubação orotraqueal (IOT).

Vários fatores de risco foram identificados, tais como, traumatismo aquando IOT (uso de adjuvantes), hiperinsuflação do *cuff*, reposicionamento do tubo orotraqueal sem desinsuflação do *cuff*, tosse e movimentos vigorosos da cabeça, idade >50 anos, baixa estatura, doença pulmonar obstrutiva crónica, alterações da conformação da traqueia.

Os sinais clínicos incluem enfisema subcutâneo (SC), pneumotórax, hemoptises e dificuldade respiratória. Pode ser clinicamente evidente no imediato ou mais tardiamente até cerca de 4 dias após. A broncofibroscopia é o melhor método de diagnóstico.

Descrição do caso: Feminino, 52 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial, hérnia de

hiato, IMC 23kg/m², altura 162cm. Antecedentes cirúrgicos de discectomia L5-S1 e 2 cesarianas, sem intercorrências relatadas.

Doente transferida de outra instituição hospitalar onde foi submetida a colecistectomia laparoscópica, sem qualquer complicação cirúrgica ou anestésica durante o procedimento e aquando extubação. No recobro, episódio de vômito abundante com posterior identificação de exuberante enfisema SC no tórax, pescoço e face, associado a dor torácica. Fez tomografia computadorizada (TC) no hospital de origem, onde se identificou discreta heterogeneidade da vertente lateral esquerda do esôfago a cerca de 9-10 cm do hiato, enfisema SC e exuberante pneumomediastino, sem pneumotórax. Levantada a suspeita de Síndrome de Boerhaave e transferida para avaliação por Cirurgia Cardiorotáca. Na admissão na Sala de Emergência, salienta-se estabilidade hemodinâmica, via aérea permeável, sem desvio da traqueia, sem insuficiência respiratória e presença de enfisema SC. Decidido repetir TC com contraste oral, onde após revisão cuidada de imagens se identifica laceração da parede póstero-lateral esquerda da traqueia, numa extensão crânio-caudal superior a 25 mm, com gap de pelo menos 3 mm, com extremidade distal a cerca de 40 mm da carina.

Contactada Pneumologia, que perante estabilidade clínica adota atitude expectante, privilegiando vigilância, supressão da tosse e reavaliação imagiologia após 1 semana. Por Cirurgia Cardiorotáca, sem indicação cirúrgica urgente.

Doente permanece internada no serviço de Medicina Intensiva, durante 6 dias para vigilância, cumpre reavaliação imagiológica com aparente resolução da laceração e restantes achados globalmente sobreponíveis. Teve alta após 13 dias, sem registo de intercorrências.

Conclusão: A laceração da traqueia é um

evento raro, mas que pode ter graves consequências. Todos devem estar atentos a eventuais fatores de risco e sinais clínicos de forma a detetarem esta complicação o mais precocemente possível.

PO 33

UMA PANCREATITE PROBLEMÁTICA – QUANDO PENSAR EM FUNGOS?

Liliana Costa¹; João Vilaça¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A pancreatite aguda (PA) é uma doença comum, com incidência crescente. Geralmente surge como um quadro ligeiro e auto limitado, no entanto, a PA grave, está associada a importante morbi mortalidade, sendo a infeção a principal causa de morte. Os agentes bacterianos são os mais comuns, mas, nos últimos anos tem havido um reconhecimento crescente de infeção fúngica. Esta última está associada a um mau prognóstico e possivelmente a um aumento da mortalidade.

Descrição do caso: Feminino, 65 anos, hipertensa, com diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2 e obesidade grau II. Dirige-se ao serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução, de vômitos e dor abdominal inespecífica. Objectivamente, abdómem doloroso de forma generalizada. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos, lesão renal aguda AKIN 3 KDIGO não oligúrica, amilase 709 U/L (>8x LSN), lipase 561 U/L (>9x LSN), sem hiperbilirrubinemia ou colestase enzimática. Ecografia abdominal, com vesícula biliar sem alterações, sem dilatação das vias biliares. Gasimetricamente, insuficiência respiratória tipo 1. Portanto, PA BISAP score 4, disfunção respiratória e renal, foi internada no serviço de Medicina Intensiva.

Inicialmente evolução clínica e analítica favorável, mas com múltiplas coleções de líquido peri pancreático, pelo que realiza drenagem

por ecoendoscopia ao 24º dia. Posteriormente, evolução desfavorável, com necrose pancreática encapsulada infectada. Submetida a múltiplas drenagens e necrosectomia. Vários isolamentos bacterianos, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae* e *Morganella morganii*. Finalmente ao 97º dia, isolamento no pús das locas abdominais de *Morganella morganii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* e *Candida albicans* (R Itraconazol, Posaconazol, Micafungina; S fluconazol, anidulafungina), após este isolamento inicia terapêutica antifúngica, mantendo restante esquema antibiótico. Hemoculturas sem isolamentos.

De referir, cursos prolongados de Piperacilina/Tazobactam, Meropenem, Ertapenem, Imipenem, Vancomicina, Cefepime e Metronidazol. No que concerne ao antifúngico cumpriu 48 dias de Fluconazol após o isolamento da *Candida albicans*. Após suspensão de antimicrobianos, manteve estabilidade clínica, analítica e imagiológica, alta após 185 dias.

Conclusão: A infecção fúngica em doentes com PA grave tem vindo a ser progressivamente mais reconhecida. Devemos estar alerta para múltiplos fatores de risco, tais como cursos longos de antibioterapia de largo espectro, cirurgia ou drenagens abdominais, internamento prolongado e DM. Embora não haja claro benefício na terapia antifúngica profilática, sabe-se que perante infeção, o diagnóstico e tratamento precoce podem melhorar o prognóstico. Urgem estudos para melhor gerir esta tipologia de doentes, nomeadamente qual o antifúngico e duração mais apropriados, e qual o seu impacto no prognóstico.

PO 34

ANGEÍTE DO PUERPÉRIO: A PROPÓSITO DE UM CASI CLÍNICO

Sonia Baldo¹; Marta Ramos¹; Carolina Alegria¹; Joana Coelho¹; Grace Staring²; Isabel Botelho¹; Armindo Ramos¹

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

Introdução: A angeíte do puerpério é uma entidade diagnóstica, que partilha sinais e sintomas, bem como achados analíticos e imagiológicos com outras entidades, dando suporte ao Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (RCVS), que se caracteriza por estreitamentos multifocais reversíveis das artérias cerebrais. Tipicamente cursa com cefaleia aguda e excruciante à apresentação, sintoma único na maioria dos doentes, contudo alguns apresentam défices neurológicos em relação com edema cerebral, trombose ou atividade convulsiva.

Caso clínico: Sexo feminino, 42 anos de idade, previamente autónoma. Antecedentes pessoais de Heterozigotia para MTHFR 667 CT, anti B2 GP1 fracamente positivo, síndrome vertiginosa, rinite alérgica, status pós-gravidez ectópica, quistectomias e miomectomias uterinas, submetida a cesariana electiva por múltiplos miomas uterinos, com excisão de teratoma ovárico. Admitida no serviço de urgência (SU) ao 7º dia do pós-parto por quadro de cefaleia intensa com dois dias de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. À admissão apresentou crise tónico-clónica generalizada inaugural. Foi submetida a estudo imagiológico (TC-CE/Angio-TC), que não revelou alterações. A avaliação eletroencefalográfica evidenciava atividade lenta hemisférica esquerda. Por alterações no exame citoquímico no LCR, foi assumida meningoencefalite, tendo iniciado terapêutica empírica. No entanto, o quadro evoluiu com nova crise convulsiva, com afundamento marcado do estado de consciência, sen-

do necessário a entubação orotraqueal com ventilação mecânica, sendo transferida para a UCI. Foi submetida a novo estudo imagiológico, cujos achados eram compatíveis com RCVS. A abordagem terapêutica contemplou a administração de bloqueadores dos canais de cálcio peri-angiografia cerebral, bem como no seguimento da doença. Extubada ao 13º dia de internamento, evidenciava hemiparesia direita ligeira com hipotonia associada. A reavaliação ao 19º dia era compatível com melhoria/resolução do vasoespasmio.

Conclusão: RCVS contempla um prognóstico favorável, uma vez que na maioria dos casos tem um curso auto-limitado. Contudo, pode evoluir para lesões irreversíveis e morte, sendo vital o seu diagnóstico precoce.

PO 35

CRIOCOCOSE DISSEMINADA COM ENVOLVIMENTO CUTÂNEO

Andreia Barbosa¹; Ricardo Pereira²; Rita Francisco³; Luís Bento³

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; ³Centro Hospitalar Lisboa Central

Doente do sexo feminino de 45 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, admitida no serviço de Urgência por quadro clínico caracterizado por febre, cefaleia, astenia, vômitos, diarreia e perda ponderal de 20 %, com mais de um mês de evolução.

Analiticamente a destacar pancitopenia e realizou TC-toraco-abdomino-pelvica para investigação que revelou padrão de micronodularidade pulmonar e múltiplas adenopatias axilares, mediastínicas, retroperitoneais e inguinais.

A serologia HIV 1 foi positiva, com contagem de 32/microL CD4+ e carga viral de 16800 cp/mL.

Ao longo do internamento, desenvolveu um exantema papulo-vesicular umbilicado com ulceração central na face, um padrão típico na criococose cutânea.

Foi isolado *Cryptococcus neoformans* em hemoculturas, cultura de LCR e biopsia ganglionar. Admitiu-se o diagnóstico de criococose com disseminação pulmonar, hematogénica, linfática, cutânea e do SNC, tendo iniciado terapêutica dirigida com Anfotericina B e flucitocina. Realizou ainda punção lombar evacuadora por sinais de hipertensão intracraniana.

Evoluiu com insuficiência respiratória, motivo pelo qual foi admitida na UCI. Realizou pesquisa de SARS-CoV2, com resultado positivo, e lavado bronco-alveolar onde se isolou *Pneumocystis jirovecii*, tendo iniciado terapêutica com trimetoprim/sulfametoxazol e suporte ventilatório não invasivo.

Apesar da terapêutica dirigida otimizada, o seu estado clínico deteriorou-se ao longo dos dias seguintes, tendo vindo a falecer.

As infeções oportunistas no doente com SIDA correlacionam-se com elevada mortalidade, pelo que é determinante a sua identificação e tratamento precoces.

O envolvimento cutâneo ocorre em cerca de 15 % dos casos de criococose disseminada e elevam a suspeição clínica em doentes com imunossupressão. Nesta doente foi possível iniciar terapêutica dirigida após identificação microbiológica no sangue, que coincidiu com o surgimento das lesões cutâneas.

PO 36

ENFARTE DA ARTÉRIA DE PERCHERON: UM CASO CLINICO

Daniela Dos Santos Bento¹; Diogo Costa Oliveira¹; Cristina Sousa¹; Daniel Calado¹;

Rita Queiroz Rodrigues¹; Mariana Nunes¹; Margarida Carvalho¹; Ana Vaz Cristino¹;

Francisco Esteves¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A artéria de Percheron (AP) é uma variante anatómica relativamente rara. Caracteriza-se por um tronco arterial único

com origem no segmento proximal da artéria cerebral posterior e irriga bilateralmente a região paramediana do tálamo, podendo também irrigar simultaneamente a porção rostral do mesencéfalo. A oclusão da AP resulta numa apresentação clínica vasta desde perda de consciência transitória até coma, comprometimento da memória, afasia, disartria, disfunção oculomotora e défices motores e sensitivos. Imagiologicamente, um enfarte da AP pode também passar despercebido na tomografia computadorizada (TC), atrasando o seu diagnóstico e comprometendo o potencial tratamento.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 77 anos, autônoma e cognitivamente íntegra, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia por hipercolesterolemia, que deu entrada na sala de emergência por alteração aguda do estado de consciência. À admissão a doente encontrava-se com pontuação inicial de 7 na escala de coma de Glasgow, sem evidência de sinais neurológicos focais. Na TC cranioencefálica apenas visível um hematoma epicraniano agudo parietal à direita, já na AngioTC cranioencefálica verificou-se suboclusão de P1 com hipodensidades talâmicas bilaterais e no mesencéfalo compatíveis com enfarte da AP. Não sendo candidata a técnica de reperfusão devido à extensão e temporalidade do enfarte, a doente acabou por ser admitida na unidade de cuidados intensivos para suporte ventilatório até estratificação neurológica e prognóstica.

A Ressonância Magnética (RM) cranioencefálica confirmatória exibiu enfartes talâmicos bilaterais, com maior dimensão à esquerda, com extensão aos pedúnculos cerebrais e mesencéfalo (imagens). Após a extubação a doente apresentou estado neurológico flutuante, entre 8 e 14 na escala de coma de Glasgow, com paralisia oculomotora direita

e tetraparesia. Infelizmente não se verificou melhoria do estado neurológico, pelo que a doente se encontra atualmente numa unidade dedicada aos cuidados da neurologia.

Conclusões: O diagnóstico do enfarte da AP é um desafio tanto pela clínica vasta como pelo diagnóstico radiológico que muitas vezes não encontra alterações. Este relato surge da necessidade de relembrar a existência desta entidade, e necessidade de acesso a RM em alguns contextos, já que o diagnóstico precoce irá permitir uma revascularização atempada melhorando o prognóstico destes doentes.

PO 37

MUCORMICOSE – ANÁLISE CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Diogo Ferreira da Silva¹; Pedro Oliveira Raimundo²; Raquel Avelãs Cavaco¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Hospital da Luz Lisboa

A mucormicose é uma infecção fúngica rara, provocada por fungos da ordem Mucorales, que afecta sobretudo doentes imunodeprimidos e se associa a elevada morbimortalidade. Propusemo-nos a realizar a análise casuística desta infecção numa unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Terciário português.

O presente trabalho pretende caracterizar os pacientes diagnosticados com mucormicose nesta UCI entre Janeiro de 2017 e Setembro de 2022.

Recorrendo à análise da base de dados de doentes internados nesta UCI, identificaram-se os casos de mucormicose, considerando-se como critério diagnóstico a identificação histológica ou micológica de fungos da classe Zygomycetes, tendo sido analisados os relatórios de internamento (notas de admissão, diários clínicos e notas de alta/óbito) e exames complementares de diagnóstico. Analisaram-se os casos registados quanto às suas características demográficas, tipo

de mucormicose registada e classificação do agente, factores de risco associados [história de tabagismo, diabetes *Mellitus* (DM), doença neoplásica activa ou presença de outras causas de imunossupressão], tempos de internamento, tratamentos realizados e resultado do internamento na nossa instituição e a longo prazo.

Identificaram-se 7 casos de mucormicose, 5 em pacientes do sexo masculino e 2 em doentes do sexo feminino, com idades entre os 22 e os 81 anos. Registaram-se 6 casos de mucormicose rinocerebral e 1 caso de mucormicose cutânea. Apenas um dos doentes não era imunocomprometido, apresentando como único factor de risco o tabagismo activo, tendo sido inclusivamente excluídas causas primárias de imunodeficiência; de entre os restantes, destaca-se a presença de DM (4 casos), corticoterapia (3) e neoplasia (2). 4 doentes apresentavam mais do que um factor de risco (1 caso de tabagismo + DM, 1 de DM + corticoterapia, 1 de neoplasia activa + aplasia iatrogénica, 1 de DM + neoplasia activa + corticoterapia). Em 4 doentes conseguiu-se obter diagnóstico micológico, com identificação de *Rhizopus arrizus complex* e nos 3 restantes apenas histológico com identificação de fungos morfológicamente pertencentes à classe Zygomycetes, sendo que num dos casos o diagnóstico só foi confirmado em estudo pós-mortem por autópsia. O tempo de permanência na UCI variou entre 1 e 17 dias, e o tempo de internamento total entre 6 e 256 dias. O antifúngico utilizado inicialmente foi em todos os casos a anfotericina B e em apenas 2 dos casos não foi realizado qualquer tipo de desbridamento cirúrgico. Em 2 doentes recorreu-se a oxigenoterapia hiperbárica como forma de tentativa de controlo das lesões. Registou-se uma taxa de mortalidade intra-hospitalar de 71 %, sendo que um dos indivíduos permanece internado fora da UCI

ao fim de 30 dias de internamento e o 7º faleceu mais de 3 anos após o diagnóstico, de complicações relacionadas com outra condição.



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de Enfermeiros

POE 01

NEUROMONITORIZAÇÃO E DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO DOENTE

Filipe Miguel Onofre Ramos¹;
Anabela de Sousa Picado¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A drenagem ventricular externa como dispositivo utilizado para a monitorização contínua do líquido cefalorraquidiano e adjuvante no controlo da pressão intracraniana encontra-se presente nas unidades de cuidados intensivos dedicadas ao doente neurocrítico. Nesse sentido, as equipas de enfermagem destes serviços especializados aplicam intervenções específicas direcionadas ao doente com este tipo de dispositivo tendo em vista a sua segurança através da neuromonitorização e prevenção de complicações.

Objetivos: Sistematizar as intervenções de enfermagem adequadas à neuromonitorização do doente com drenagem ventricular externa que contribuem para a sua segurança.

Material e métodos: Recurso a uma revisão integrativa da literatura em bases de dados eletrónicas.

Resultados e conclusões: Evidencia-se neste trabalho aspectos relacionados com a neuromonitorização efetuada pela equipa de enfermagem, que contribuem para a minimização do tempo de permanência da drenagem ventricular externa, bem como da ocorrência de eventuais complicações relacionadas com a manipulação do sistema e o potencial risco

de infeção. A prestação de intervenções de enfermagem sistematizadas e seguras, contribuem para a melhoria contínua da qualidade e segurança assistencial do doente neurocrítico.

POE 02 Retirado

POE 03

PREVENÇÃO E CONTROLO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

Ana Filipa de Sousa Oliveira¹; Patrícia Carvalho¹;
Maria Antónia Costa²

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; ²Instituto Politécnico de Beja

Introdução: As Infeções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são eventos adversos (EA) com bastante expressão durante a prestação de cuidados. Um em cada quinze doentes adquire pelo menos uma IACS e considera-se que mais de metade seriam evitáveis. A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) é uma das infeções mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos (UCI), sendo definida como uma infeção respiratória que se desenvolve entre as 48 - 72 horas após a intubação endotraqueal ou quando surge em menos de 48h após a suspensão da mesma.

Objetivos: Pretendemos conhecer a evidência mais recente sobre os cuidados de prevenção e controlo da pneumonia associada à intubação.

Material e métodos: Foi usado o método booleano, usando os descritores “*Ventilator associated pneumonia*”, “*Bundles prevention*” e “*Health care associated infections*” nos mo-

tores de busca da *PubMed*, *MEDLINE*, *Cochrane* e *CINAHL*, com hiato temporal entre 2018-2022. Foi realizada uma análise descritiva de 14 artigos e sistematizada a informação em tabelas, que nos possibilitaram a interpretação dos resultados em resposta ao objetivo delineado.

Resultados e conclusões: A evidência científica aponta um conjunto de medidas que devem ser adotadas no sentido de prevenir a PAI: a avaliação diária da sedação/possibilidade de extubação e a sua redução sempre que possível; os cuidados de manutenção dos circuitos ventilatórios; a vigilância da pressão do *cuff* entre 20 e 30cm H2O; a elevação da cabeceira 30° a 45° e por fim, a higiene oral realizada de forma regular e através de ação mecânica. Não há evidência suficiente que permita recomendar o *timing* de mudança de circuitos ventilatórios/filtros nem decidir o melhor tipo de filtros ventilatórios a utilizar. O melhor investimento é a prevenção. É necessária a existência de uma equipa multidisciplinar qualificada e verdadeiramente consciente da sua prática para que haja uma efetiva redução de IACS, nomeadamente da PAI e para que os doentes obtenham o melhor *outcome*.

POE 04

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA (HIC)

Sara Esperança¹; Inês Machado¹; Luís Carvalho¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José

Introdução: A abordagem do doente neurocrítico apresenta-se como uma visão complexa e sistemática entre os vários sistemas e o sistema nervoso central, devendo-se estabelecer prioridades na intervenção que visem potenciar o melhor *outcome*.

A prestação de cuidados ao doente na unidade de cuidados intensivos deverá ser sustentada pela experiência e pela fundamentação

científica específica que este requer.

O mecanismo fisiopatológico mais comum às diferentes situações clínicas neurocríticas é o fenómeno da hipertensão intracraniana (HIC).

Objetivo: Uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente com HIC.

Material e métodos: Pesquisa sistematizada em bases de dados, literatura e outras fontes de referências.

Resultados: Em situações normais, a pressão de sangue arterial vai-se alterando para garantir o metabolismo cerebral adequado estabelecendo-se, assim, uma dinâmica de autorregulação que garante um fluxo sanguíneo suficiente às necessidades metabólicas recorrendo à plasticidade vascular cerebral.

A ocorrência de um mecanismo de lesão cerebral causa uma alteração dos volumes intracranianos dando início a um incremento no mecanismo da autorregulação cerebral como forma de controlar a elevação da pressão intracraniana.

Os cuidados de enfermagem assumem uma grande importância no *outcome* dos doentes com HIC.

Assim, surge a neuroprotecção, um conjunto de medidas e intervenções que visam minimizar a lesão secundária e limitar a lesão a primária.

A neuromonitorização multimodal que, através de diversos equipamentos tecnológicos, permite uma monitorização e vigilância contínua de parâmetros que assumem papéis determinantes na hipertensão Intracraniana: monitorização de PIC, temperatura cerebral, oximetria cerebral, BIS, oximetria cerebral no invasiva (INVOS).

As intervenções interdependes de enfermagem na prevenção/ tratamento da HIC passam por: Vigilância de sinais de alerta, nomeadamente, a Tríade de Cushing e Vigilância, otimização e gestão da ventilação, hemodinâmica, sedoanalgesia, temperatura e equilíbrio

hidroelectrolítico.

As intervenções autónomas de enfermagem na prevenção/ tratamento da HIC passam por: Posicionar adequadamente o doente com HIC, garantir valores normais de pressão intra-torácica e intra-abdominal, promover o conforto, reduzir a estimulação sensorial, controlar os estímulos ambientais, otimizar o equilíbrio nutricional e glicémico.

Conclusão: A vigilância neurológica do doente com HIC, de acordo com o fenómeno fisiopatológico inerente e o seu momento de doença atual, a vigilância com recurso à neuromonitorização multimodal, os cuidados de enfermagem, sejam estes autónomos ou interdependentes em conjunto com a equipa multidisciplinar, assumem-se como intervenções fundamentais nos cuidados diferenciados ao doente com Hipertensão Intracraniana em unidade de Cuidados Intensivos.



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Patrocínios

PLATINA

Baxter

mc medical
a werfen company

SOCIME MEDICAL
MEDICAL DEVICES COMPANY

OURO

clinifar
MEDICAL CARE SOLUTIONS

GETINGE *

octapharma
For the safe and optimal use of human proteins

SPECULUM
Advancements in patient care

PRATA

INTERSURGICAL
P U R T U G A L

Pfizer

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

E: paula.cordeiro@admedic.pt | paulo.jorge@admedic.pt

W: www.admedic.pt



Versão digital do programa
com resumos dos trabalhos