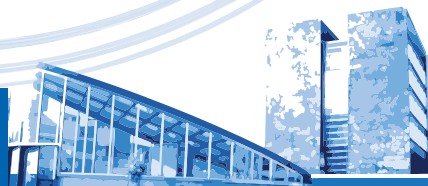




X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

06 e 07 de novembro de 2025
Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa

RESSUSCITAÇÃO



Síndromas *Major* no Doente Crítico

Patrocínio Científico

Programa



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
Medicina Intensiva

X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

PRESIDENTE DAS JORNADAS

Prof. Doutor Luís Bento

SECRETÁRIA GERAL

Dra. Raquel Avelãs Cavaco

TESOUREIRA

Dra. Sofia Cardoso

COMISSÃO ORGANIZADORA

Dra. Ana Rita Cruz | *Médica Interna de Medicina Intensiva, ULS São José*

Dra. Ariana Azevedo | *Assistente Hospitalar de Nefrologia, ULS São José*

Dr. Ary de Sousa | *Assistente Hospitalar de Neurologia, ULS São José*

Enf. Filipe Ramos | *Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ULS São José*

Dra. Frederica Faria | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Enfa. Irina Silva | *Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ULS São José*

Dra. Joana Cabrita | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*

Dra. Maria Amaral | *Assistente Hospitalar Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. Rui Cunha | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, ULS São José*

Enfa. Sandra Santos | *Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ULS São José*

Dra. Sofia Dias | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. Tiago Duarte | *Assistente Hospitalar em Medicina Intensiva e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*



COMISSÃO CIENTÍFICA

Enfa. Adelaide Pacheco | *Enfermeira Gestora, ULS São José*

Enfa. Ana Padrão | *Enfermeira de Reabilitação, ULS São José*

Enfa. Cristina Amaral | *Enfermeira Coordenadora da UCI CR-ECMO e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ULS São José*

Enfa. Laurinda Santos | *Enfermeira Gestora da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos e Trauma e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ULS São José*

Dr. Nuno Germano | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 7, ULS São José*

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

Enfa. Paula Baena | *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira Coordenadora da UCIP 4, ULS São José*

Dr. Philip Fortuna | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador da UCI CR-ECMO, ULS São José*

INTERVENIENTES NO PROGRAMA

Enfa. Alexandra Caseiro | *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ULS São José*

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

Dra. Ana Taia Cysneiros | *Assistente Hospitalar Graduada de Pneumologia e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. André Borges | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Enf. André Simas | *Enfermeiro, ULS São José*

Dra. Ariana Azevedo | *Assistente Hospitalar de Nefrologia, ULS São José*

Dr. César Vieira | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Enfa. Daniela Almeida | *Enfermeira na Unidade de Urgência Médica, ULS São José*

Dra. Daniela Carneiro | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*

Enfa. Filipa Barros | *Enfermeira, Mestre em Enfermagem, ULS São José*

Enf. Hugo Marques | *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na UCI Centro de Referência ECMO, ULS São José*

Enfa. Irina Silva | *Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ULS São José*

Dra. Joana Cabrita | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*

Dra. Joana Monteiro | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dra. Joana Rodrigues | *Assistente Hospitalar de Anestesiologia, ULS São José*

Dr. João Melo Alves | *Assistente Hospitalar, ULS São José*

Enf. José Manuel Velasco | *Coordenador del proyecto H-URGENCIAS*

Dra. Lúcia Proença | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Medicina Intensiva e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*

Prof. Doutor Luís Bento | *Diretor da Área de Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos, Responsável da Especialidade de Medicina Intensiva, Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dra. Maria Amaral | *Assistente Hospitalar da Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. Mário Ferraz | *Assistente Hospitalar de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dra. Marta Adriano | *Assistente Hospitalar de Anestesiologia, ULS São José*

Dra. Marta Torre | *Assistente Hospitalar de Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. Nuno Germano | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, Coordenador da UCIP 7, ULS São José*

Dr. Pedro Silva | *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dra. Raquel Avelãs Cavaco | *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna, Medicina Intensiva e Medicina de Urgência e Emergência, ULS São José*

Enfa. Raquel Calhau | *Enfermeira, ULS São José*

Prof. Doutor Rui Pereira | *Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Dr. Vítor Lopes | *Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Medicina Interna e Medicina Intensiva, ULS São José*

Enf. Yáñez Benjamín | *Coordinador del proyecto H-URGENCIAS*



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Quinta-feira | 06 de novembro 2025

07:30h	Abertura do Secretariado
08:00-09:00h	APRESENTAÇÃO DE POSTERS Júri Médico: Dra. Ana Santos e Dr. Bruno Maia POA 01 POA 02 POA 03 POA 04 POA 05 POA 06 POA 11 Júri Enfermagem: Enf. Filipe Ramos e Enfa. Irina Silva POEA 01 POEA 02 POEA 03 POEA 04
09:00-09:30h	SESSÃO DE ABERTURA Prof. Doutor Luís Bento Dra. Raquel Avelãs Cavaco Enfa. Adelaide Pacheco
09:30-10:30h	SESSÃO I IMPACTO DOS ENDÓTIPOS E FENÓTIPOS NOS SÍNDROMES MAJOR Moderador: Prof. Doutor Luís Bento Palestrante: Dr. André Borges
10:30-11:00h	Coffee break
11:00-12:00h	SESSÃO II CHOQUE SÉTICO REFRATÁRIO Moderadores: Prof. Dr. Luís Bento, Enfa. Adelaide Pacheco e Dra. Filipa Monteiro Choque séptico: Quando refratário Prof. Dr. Luís Bento
12:00-13:00h	MESA REDONDA NOVAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS Palestrantes: Dr. Pedro Silva, Dra. Ana Rita Francisco e Dr. Nuno Germano
13:00-14:00h	Almoço
14:00-16:00h	SESSÃO III INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA Moderadores: Dr. Philip Fortuna e Enfa. Cristina Amaral Utilidade do balão esofágico Dra. Daniela Guerreiro Carneiro Broncofibroscopia no ARDS Dra. Ana Taia Cysneiros Decúbito ventral: Quando e como? Enfa. Alexandra Caseiro Gestão de insuficiência respiratória para além da ventilação Dra. Lúcia Proença e Enf. Hugo Marques

16:00-16:30h Coffee break

16:30-17:00h

SIMPÓSIO SATÉLITE

HEMOADSORÇÃO HOJE E O FUTURO

Palestrante: Dra Catarina Carvalho

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE



17:00-18:30h

SESSÃO IV LESÃO HEPÁTICA AGUDA

Moderadores: Dr. Nuno Germano e Enfa. Ana Padrão

Na Sepsis

Dr. Mário Ferraz

No HELLP

Dra. Maria Amaral

Na intoxicação

Dr. César Vieira

18:30h

Encerramento do primeiro dia das Jornadas

Sexta-feira | 07 de novembro 2025

07:30h

Abertura do Secretariado

08:00-09:00h

APRESENTAÇÃO DE POSTERS

Júri Médico: Dra. Ana Santos e Dr. João Torres

POA 07 | POA 08 | POA 09 | POA 10 | POA 12 | POA 14 | POA 15

Júri Enfermagem: Enf. Filipe Ramos e Enfa. Irina Silva

POEA 05 | POEA 06 | POEA 07

09:00-11:00h

SESSÃO V LESÃO RENAL AGUDA

Moderadores: Dr. Armando Graça e Enfa. Clara Santa-Rita

Classificação da LRA na era da inteligência artificial

Prof. Dr. Luís Bento

O doente oligúrico

Dra. Ariana Azevedo

Prolongar vida do filtro

Enfa. Daniela Almeida

"Trauma" da diálise

Dra. Joana Monteiro

11:00-11:30h

Coffee break

11:30-13:00h

SESSÃO VI SÍNDROMA DE COMPARTIMENTO

Moderadoras: Dra. Tânia Sequeira e Enfa. Paula Baena

Desafios do síndrome compartimental abdominal

Prof. Dr. Rui Pereira

Sinais precoces de HIC

Dra. Marta Torre e Enfa. Raquel Calhau

Síndrome de reperfusão

Dr. Vítor Lopes e Enf. André Simas

13:00-14:00h

Almoço

14:00-16:00h

SESSÃO VII POLITRAUMA

Moderadores: Dr. Bruno Maia e Enfa. Laurinda Santos

Da Urgência à UCI

Dr. João Melo Alves

Imobilização em trauma

Enfa. Filipa Barros

Estratificação de risco no trauma

Dra. Joana Cabrita

"Controlo da dor" Locoregionais

Dra. Joana Rodrigues

16:00-16:30h

Coffee break

16:30-17:00h

QUIZ DAS JORNADAS

17:00-18:30h

SESSÃO VIII QUALIDADE NA UCI PARA ALÉM DOS ÍNDICES

Moderadores: Dra. Raquel Avelãs Cavaco e Enf. Filipe Ramos

Simulação no treino de equipas

Dra. Marta Adriano

Humanização de Cuidados na UCI e na Urgência

- Projeto HU-CI – Enf. José Manuel Velasco
- Projeto HURGENCIAS – Enf. Yáñez Benjamín

18:30h

Sessão de Encerramento

Prof. Doutor Luís Bento

Dra. Raquel Avelãs Cavaco

Dra. Joana Cabrita



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters médicos com apresentação

POA 01

PANCREATITE AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA: A REALIDADE DE UMA UCI PORTUGUESA

José Pedro Vinhal; Ana Sousa Lopes; Gabriel Ferreira; Filipa Brochado; Jean Alves; Elsa Sousa
ULS Entre Douro e Vouga

Introdução: A hipertrigliceridemia é a terceira etiologia mais frequente de pancreatite aguda, associada a elevada morbilidade e mortalidade.^{1,2} A patogénese não está totalmente esclarecida, sendo que níveis superiores a 1000 mg/dL promovem acumulação de quilomícrons, congestão capilar e isquemia pancreática. A lipase pancreática hidrolisa triglicerídeos, libertando ácidos gordos livres que causam lesão celular, inflamação sistémica e falência multiorgânica.¹⁻⁴

Objetivo: Caracterizar as admissões por PA secundária a hipertrigliceridemia numa Serviço de Medicina Intensiva português em seis anos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo num Serviço de Medicina Intensiva de 12 camas, realizado entre janeiro de 2019 e junho de 2025. Incluíram-se todos os adultos admitidos com pancreatite aguda por hipertrigliceridemia. Recolheram-se dados demográficos, *scores* de gravidade, terapêuticas e resultados clínicos. A análise estatística foi efetuada em GraphPad Prism.

Resultados e conclusões: Foram identificados 93 doentes com diagnóstico de pancreatite aguda, 8 deles por hipertrigliceridemia (8,6% das admissões) com idade média de 44,8 anos

e predomínio do sexo masculino (75 %). História prévia de hipertrigliceridemia estava presente em 62,5 %. Os *scores* revelaram doença crítica com uma média de APACHE II de 18,8, SAPS II de 32 e SOFA à admissão de 9. O internamento médio foi de 23,8 dias e a mortalidade 37,5%. A trigliceridemia média inicial foi 6800 mg/dL. Cinco doentes realizaram plasmáfereze: três normalizaram (<500 mg/dL) após uma única sessão. A redução média após a primeira sessão foi de 70%. Nos restantes três doentes, dois responderam a perfusão de insulina; um evoluiu rapidamente para síndrome do compartimento abdominal com óbito em menos de 48h.

A pancreatite aguda por hipertrigliceridemia é rara mas grave, afetando sobretudo doentes jovens, com mortalidade superior à observada noutras etiologias.¹⁻³ O reconhecimento precoce e o controlo metabólico intensivo são essenciais para reduzir a inflamação e evolução em falência orgânica.^{2,5} Estratégias como insulina endovenosa e plasmáfereze podem reduzir rapidamente a trigliceridemia, mas o impacto em desfechos clínicos permanece incerto.⁵⁻⁷ De acordo com literatura disponível, na maioria dos casos existia diagnóstico prévio de hipertrigliceridemia. Contudo, a nossa população apresenta níveis de triglicerídeos à admissão mais elevados, bem como maior gravidade quando comparado com outras coortes.^{8,9} Urgem estudos multicêntricos que clarifiquem a eficácia destas intervenções e orientem protocolos uniformes de abordagem.

POA 02

POTENCIAL DO PAINEL MOLECULAR DE PNEUMONIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

Natacha Silveira; Adelaide Valente; Ricardo Oliveira; Maksym Dykyy
ULS Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: A pneumonia é uma infecção respiratória comum, porém potencialmente grave, sobretudo em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. As pneumonias associadas aos cuidados de saúde têm elevada mortalidade e morbilidade. A crescente resistência antimicrobiana intensifica o desafio de uma antibioterapia eficaz e dirigida, exigindo métodos diagnósticos mais rápidos. O painel molecular multiplex de pneumonia permite a deteção simultânea e rápida de diversos agentes etiológicos, bacterianos e virais, bem como marcadores de resistência.

Objetivos: Avaliar a utilidade do painel molecular de pneumonia em doentes admitidos num Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital Periférico, comparando os seus resultados com os métodos culturais convencionais e analisando o seu impacto na decisão terapêutica antimicrobiana.

Material e métodos: Estudo retrospectivo realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos entre maio de 2024 e setembro de 2025. Foram incluídos doentes ≥ 18 anos com suspeita clínica e radiológica de pneumonia adquirida na comunidade ou associada aos cuidados de saúde. As amostras biológicas (lavado broncoalveolar, aspirado traqueal ou expetoração) foram analisadas por painel molecular multiplex e cultura microbiológica tradicional. Análise estatística realizada com o software IBM SPSS Statistics.

Resultados e conclusões: Foram identificados 85 doentes com diagnóstico de pneumonia, 60% do sexo masculino. A pneumonia adquirida na comunidade foi a mais preva-

lente (62,4%). Foram obtidas 8 amostras de lavado broncoalveolar, 60 de aspirado traqueal e 17 de expetoração. O isolamento por cultura foi positivo em 37,5% das amostras de lavado broncoalveolar, 45% do aspirado traqueal e 47,1% das de expetoração. Em 44,7% dos casos houve concordância entre os resultados do painel molecular e da cultura. Em 17,6% dos doentes, o painel molecular permitiu o início ou ajuste precoce da antibioterapia, antes do resultado cultural definitivo. Apenas 1,2% apresentou discordância entre os métodos. A introdução do painel molecular parece contribuir para uma abordagem mais rápida, precisa e racional na terapêutica. Embora não substitua a cultura tradicional, é uma ferramenta complementar relevante, com potencial para melhorar os resultados clínicos e auxiliar no combate à resistência antimicrobiana.

POA 03

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA TRAUMÁTICA: PARA ALÉM DO ÓBVIO

Teresa Miranda; Márcia Presume; Daniel Gomes; João Presume; Pedro Freitas; Henrique Mesquita Gabriel; João Roque; João Brito
ULSLO

Introdução: A paragem cardiorrespiratória (PCR) no contexto de trauma representa uma situação crítica, associada a elevada mortalidade. A abordagem inicial foca-se na identificação e correção imediata das causas potencialmente reversíveis.

Caso: Homem de 36 anos, sem antecedentes pessoais, vítima de acidente de motociclo com projeção de 10 metros do qual resultou traumatismo torácico contuso. Assistido no local pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e encontrava-se em GCS 15, referindo dor torácica opressiva. Ao exame objetivo, salientava-se equimose no centro do tórax, sugestiva de impacto direto, sem assimetrias na expansão torácica e hemodi-

namicamente estável (TA 150/40 mmHg, FC 90 bpm, SpO2 100% em ar ambiente).

Imediatamente após admissão no SU evoluiu em PCR em fibrilhação ventricular (FV). Iniciaram-se manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) com recuperação da circulação espontânea (RCE) após 20 minutos. Durante as manobras foram excluídas causas reversíveis de PCR no contexto de trauma, nomeadamente pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e hemorragia exsanguinante.

O ECG pós-RCE evidenciou ritmo sinusal com inversão difusa das ondas T e infradesnívelamento do segmento ST em todas as derivações precordiais. O ecocardiograma transtorácico mostrou depressão grave da fração de ejeção ventricular esquerda por acinesia dos segmentos médios da parede anterior e septo interventricular e de todos os segmentos apicais; sem valvulopatia significativa, ventrículo direito com função longitudinal preservada, aorta proximal não dilatada. Evolução inicial pós-RCE em choque cardiogénico, com necessidade de doses crescentes de vasopressores (noradrenalina máxima 0.6mcg/Kg/min).

Perante os achados acima, e tendo em conta as alterações segmentares extensas, decidida realização de angioTC cardíaca para exclusão de disseção da aorta e patologia coronária. A angioTC revelou lesão longa da artéria descendente anterior (DA), sugestiva de disseção traumática, condicionando estenose 70-90%. A coronariografia emergente confirmou a suspeita inicial.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e foi decidido cirurgia de revascularização miocárdica emergente.

O doente evoluiu favoravelmente durante o internamento, foi extubado às 48 horas de pós-operatório e alta para o domicílio ao 9º dia, sem sequelas neurológicas e com recuperação parcial da função ventricular esquerda.

Conclusão: O traumatismo torácico contuso pode ser responsável por lesões cardíacas,

incluindo a contusão miocárdica, disseção da aorta ascendente ou de coronária. Esta última é uma complicação rara, mas grave de lesão torácica contusa (< 4%). A DA é a mais frequentemente afetada devido à sua posição anterior. O desfecho favorável depende de uma forte suspeita clínica seguida de exames complementares adequados, de modo a permitir um diagnóstico rápido e o tratamento definitivo.

POA 04

UTILIZAÇÃO DE ECPR PROLONGADA NUM CASO DE HIPOTERMIA ACIDENTAL GRAVE NUM HOSPITAL AUSTRIACO

Catarina Marques Dos Santos¹; Jens Meier²

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Kepler Universitätsklinikum

Introdução: A hipotermia accidental grave é uma das causas reversíveis de paragem cardiorrespiratória (PCR). Nestes casos, a aplicação de estratégias de suporte extracorporeal de vida, nomeadamente a circulação extracorporeal com oxigenação por membrana (ECMO) em contexto de ressuscitação cardiopulmonar extracorporeal (eCPR), pode permitir a sobrevivência com prognóstico neurológico favorável, mesmo após períodos prolongados de ausência de circulação espontânea. A estrita aplicação de algoritmos de reanimação específicos para hipotermia, em articulação com equipas diferenciadas em ECMO, tem vindo a modificar a abordagem destes doentes.

Descrição do caso: Homem de 54 anos, sem-abrigo, encontrado inconsciente na via pública durante o Inverno. No transporte pré-hospitalar, verificada paragem cardiorrespiratória em ritmo de fibrilhação ventricular. Admitido inicialmente em hospital periférico sob suporte avançado de vida e constatada hipotermia grave (temperatura central 24,0 °C), com lactato 17 mmol/L e pH 6,90. Após 60 minutos de reanimação, ativado centro de referência para ECMO-VA. À admissão no segundo hospital, HOPE score com 45% de probabilidade de sobrevivência. Iniciada eCPR com ECMO-

-VA periférico aos 142 minutos pós-paragem. O reaquecimento até 32,7 °C permitiu desfibrilhação eficaz ao fim de dez horas de PCR, com retorno de ritmo sinusal. O internamento complicou-se, numa fase precoce, de coagulopatia hemorrágica e pneumotórax hipertensivo, e, posteriormente, de pneumonia associada ao ventilador e lesão renal aguda com necessidade de técnica de substituição da função renal. O ECMO-VA foi removido ao 4.º dia. O doente foi extubado definitivamente ao 8.º dia e transferido para o hospital de origem ao 9.º dia, neurologicamente íntegro, em ventilação espontânea e sem suporte inotrópico ou vasopressor.

Conclusão: Apesar de a eCPR, sobretudo aplicada a paragens cardiorrespiratórias extra-hospitalares, ser a indicação para ECMO-VA associada a pior prognóstico, reportamos a sua aplicação com sucesso num caso de paragem cardiorrespiratória por hipotermia accidental. A sobrevivência neurológica intacta, após mais de duas horas de suporte avançado de vida e dez horas até retorno da circulação espontânea, reforça a importância da referenciação precoce para centros com capacidade de ECMO nos casos de paragem por hipotermia.

POA 05

PNEUMOMEDIASTINO COM PNEUMOPERICÁRDIO: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE TRAUMA TORÁCICO FECHADO

Inês Pinto Pereira; Raquel Torres; Paulo Marçal
ULSGE

Introdução: O Pneumomediastino (PNM) surge raramente após trauma torácico fechado, por rutura alveolar, com passagem do ar através das fáscias perivasculares e peribrônquicas ou, menos frequentemente, por laceração da via aérea inferior ou esófago. O Pneumopericárdio (PNP) é ainda mais raro: num estudo(1) com 389 doentes com trauma torácico fechado, verificou-se PNM em 5.9%, PNM+PNP em

1.5% e PNP em 0.3% (1 doente). Apresenta-se em tamponamento cardíaco em cerca de 40% dos casos, sobretudo em doentes ventilados, requerendo pericardiocentese imediata. Nos restantes casos, recomenda-se tratamento conservador. O TC de tórax é o método diagnóstico preferencial, devendo ser procurados sinais de rutura de esófago, traqueia e brônquios principais, e a necessidade de endoscopia ou broncofibroscopia é ditada pela evolução do doente. O PNM e PNP são habitualmente achados incidentais e benignos se tratados corretamente, e o prognóstico do doente depende, sobretudo, das lesões concomitantes.

Caso clínico: homem de 36 anos, condutor de veículo de 2 rodas e vítima de embate contra ligeiro de 4 rodas, com projeção de vários metros, sofre um TCE grave (pelo qual foi entubado e ventilado) e um trauma torácico com fratura de 3 arcos costais direitos, diástase manúbrio-esternal, enfisema subcutâneo torácico extenso, pneumotórax (PNT) bilateral, PNM e PNP. Sem sinais clínicos ou ecocardiográficos de tamponamento cardíaco. Foram colocados drenos pleurais bilateralmente.

Foi realizada broncofibroscopia por PNM e PNP sem melhoria e PNT recidivante, observando-se laceração do brônquio principal direito. Sob tratamento conservador, com ventilação ajustada para baixas pressões, e drenos torácicos em aspiração, as câmaras de PNT, PNM e PNP resolveram, tendo sido removidos os drenos ao 22o dia de internamento.

Apesar da resolução do trauma torácico, o doente faleceu ao 29o dia, devido às graves lesões neurológicas.

Conclusão: o PNM e PNP são raros após trauma torácico fechado, mas devem ser pesquisados ativamente por TC de tórax.

Aqui apresenta-se um caso de PNM e PNP decorrentes de uma laceração brônquica, sem melhoria significativa após colocação de drenos pleurais, e associados a PNT persisti-

tente, provavelmente decorrentes do efeito da ventilação por pressão positiva.

Sobretudo nos casos sem melhoria inicial, devem ser pesquisadas lesões do trato respiratório ou digestivo, ponderando a necessidade de estudos endoscópicos, já que a falha no seu diagnóstico e tratamento pode condicionar agravamento do quadro, por choque obstrutivo ou aparecimento de outras complicações.

POA 06

HEMOGLOBINOPATIA SC

– UMA APRESENTAÇÃO CATASTRÓFICA PERI-PARTO

Joana Pires Coelho¹; Carolina Alegria¹; Pedro Gomes¹; Isabel Botelho¹; Simão Rodeia²; Armindo Ramos¹

¹Hospital de Cascais; ²Hospital de São José - UCI CR ECMO

A hemoglobinopatia SC é causada por um defeito estrutural dos eritrócitos e é a segunda mais frequente, a seguir à anemia de células falciformes, comportando-se como esta, mas geralmente de forma menos grave e com menos complicações.

Descrevemos o caso de uma grávida de 26 anos com idade gestacional de 30 semanas (G2P0) e antecedentes de anemia crônica.

Admitida no hospital por dor abdominal com irradiação lombar. Analiticamente sem anemia, com padrão de citocolestase e elevação de LDH. Realizou ecografia abdominal que revelou fígado com dimensões no limite superior da normalidade e esplenomegalia.

Ao 3º dia de internamento objetivado quadro de encefalopatia, acompanhado de cervicalgia e parestesias na língua. Concomitantemente com agravamento da citocolestase. Admitido síndrome de HELLP, realizada cesariana urgente seguida de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios.

Evolução em choque com disfunção multiorgânica. Realizado ecocardiograma com sinais indiretos de tromboembolismo pulmonar, disfunção ventricular direita, múltiplos trombos

na aurícula direita e comunicação interauricular não conhecida. Confirmado diagnóstico de tromboembolismo pulmonar maciço por tomografia torácica.

Dos restantes exames complementares de diagnóstico a destacar esfregaço de sangue periférico com ligeira policromatofilia, poiquilocitose, raras target cells e esquizócitos, anemia de 7.1 g/dL e trombocitopenia grave de $40 \times 10^9/L$.

Contactada equipa de cardiologia de intervenção, para discussão sobre eventual trombectomia mecânica e abordagem da comunicação interauricular, no entanto foi considerado não existirem condições clínicas para realização do procedimento, pelo que iniciou heparina não fracionada.

Evolução para paragem cardiorrespiratória, 16 horas após admissão. Apesar de risco hemorrágico, realizada fibrinólise intra-paragem. Por acidemia metabólica e hipercaliemia, realizou também medidas expoliadoras de potássio e bicarbonato de sódio endovenoso, com recuperação da circulação espontânea após 14 minutos de *low-flow*.

Por manter instabilidade hemodinâmica, iniciado suporte circulatório mecânico extra-corporal (ECMO V-A), por equipa especializada, tendo sido posteriormente transferida para a unidade de referência, onde evoluiu com choque hemorrágico refratário apesar de toda a terapêutica de suporte.

Realizada tomografia craniana com sinais de encefalopatia hipóxico-ischémica grave e sinais indiretos de hipertensão intra-craniana.

Por manter evolução desfavorável e refratária, e com base nos achados imagiológicos precoces, foi decidida adequação dos objetivos terapêuticos, passando a terapêutica de conforto pelo prognóstico neurológico fechado, culminando em óbito 48 horas após o parto.

Dos achados laboratoriais *post-mortem* foi feito o diagnóstico de hemoglobinopatia SC, sendo este caso uma forma de apresentação rara e severa desta entidade.

POA 07

ETOMIDATO COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CUSHING REFRACTÁRIA

Fábio Neves Correia; Inês Silveira; Gonçalo Torrinha;
Ana Raquel Covas; Luís Ribeiro; Pedro Silveira
Hospital de Braga

Introdução: A Doença de Cushing é uma condição endócrina complexa, caracterizada pela produção excessiva de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) pela hipófise anterior, levando à hipersecreção de cortisol pelas glândulas suprarrenais. Clinicamente, manifesta-se de forma variável, incluindo astenia, hipertensão arterial, diabetes mellitus de novo e alterações neuropsiquiátricas. O tratamento passa, idealmente, pela ressecção cirúrgica do tumor produtor de ACTH, sendo o tratamento farmacológico considerado quando a cirurgia está contraindicada ou não se mostra eficaz em controlar o hipercortisolismo.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente de 52 anos, do sexo masculino, com antecedentes de internamento psiquiátrico recente devido a quadro de delírio, alucinações auditivas e comportamento heteroagressivo. Foi admitido no serviço de urgência com um quadro maniaco e sinais compatíveis com urgência hipertensiva. O estudo analítico realizado revelou hipocaliémia significativa, com níveis séricos de potássio de 2,9 meq/L. Realizou punção lombar e TC-CE sem alterações significativas. Durante o internamento, foram identificados níveis elevados de cortisol e de ACTH sérico compatíveis com Doença de Cushing. Realizou ressonância magnética que confirmou a presença de um macroadenoma hipofisário. No contexto deste diagnóstico, iniciou-se terapêutica supressiva com Cetoconazol. Apesar disso, apresentou hipercortisolismo refratário, com alteração do estado de consciência, hipertensão arterial e hipocaliémia refratárias a terapêutica. Assim,

iniciou-se tratamento com Etomidato em perfusão contínua para supressão suprarrenal, tendo sido iniciada numa dose de 0,03 mg/kg/h e ajustada, posteriormente, para 0,015 mg/kg/h, com medições seriadas de cortisol sérico a cada 6 horas. Após 24 horas, verificou-se redução significativa dos níveis de cortisol (de 98 µg/dL para 25 µg/dL). Nos dias seguintes, os níveis de cortisol estabilizaram, permitindo a transição para terapêutica com Metirapona após quatro dias de tratamento com Etomidato. A terapêutica com Etomidato foi suspensa após seis dias, já sem evidência de hipercortisolismo. Assim, o doente apresentou resolução da sintomatologia neuropsiquiátrica e melhoria do estado de consciência. À data da transferência, encontrava-se consciente e colaborante com escassos períodos de desorientação temporal.

Conclusão: O Etomidato, pela inibição da enzima 11β-hidroxilase, pode ter aplicação clínica no tratamento da Doença de Cushing refratária a outras opções terapêuticas. Além disso, pode ser uma alternativa importante quando a terapêutica médica preconizada não é viável, proporcionando uma estratégia efetiva para na gestão de casos complexos de hipercortisolismo.

POA 08

EXCESSO DE PESO NO DOENTE CRÍTICO: O PARADOXO EM UCI

Rita Dos Santos Almeida; Sofia Camões; Patrícia Carção; Beatriz Dias Silva; Catarina Pereira Gomes; Filipa Reis; Henrique Elvas; Sara Manuel Dias; Catarina Oliveira; Inês Barros; Ana Albuquerque
ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução: A obesidade é uma doença crónica e multifatorial com impacto significativo na saúde pública. O seu aumento global, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como epidemia desde 1997, reflete a sua relevância clínica e social. Em doentes críticos, a obesidade influencia a fisiopatologia, a

resposta metabólica e os desfechos clínicos. Este estudo retrospectivo analisa a influência do excesso de peso em diferentes contextos clínicos e o fenómeno designado *Risk Factor Paradox*, no qual o excesso de peso aparenta associar-se, paradoxalmente, a melhores resultados clínicos.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados no SMI (Serviço de Medicina Intensiva) segundo o índice de massa corporal (IMC) e comparar patologias mais frequentes, tempo de internamento e *outcomes* entre doentes com e sem excesso de peso, avaliando a eventual presença do *Risk Factor Paradox*.

Materiais e métodos: Análise descritiva dos doentes admitidos no SMI de um hospital central entre 1 de janeiro de 2023 e 31 de março de 2025. Incluíram-se todos os doentes com registo completo de peso e altura à admissão. Os doentes foram divididos em dois grupos: sem excesso de peso ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) e com excesso de peso/obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Os dados clínicos e antropométricos foram obtidos através da plataforma PaTIENT.CARE/B-Simple. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 30.0.0.0.

Resultados e conclusões: A amostra inicial era composta por 950 doentes. Após exclusão dos casos com dados incompletos, foram incluídos na análise final 453 doentes. Dos doentes analisados, 301 (66,4%) apresentavam excesso de peso. A obesidade foi mais prevalente no sexo feminino. A gravidade dos doentes, avaliada pelos *scores* SAPS II e APACHE II não apresentou correlação significativa com o IMC. A mortalidade à alta da UCI (21% vs 24%) e hospitalar (30,7% vs 30,4%) foi semelhante entre grupos. Os doentes com excesso de peso apresentaram menor duração média de internamento (9,2 vs 12,4 dias; $p < 0,01$). Os principais motivos de admissão foram falência respiratória aguda e choque séptico em ambos os grupos. A obesidade e o

excesso de peso não se associaram a maior gravidade nem mortalidade em doentes críticos, mas relacionaram-se com internamentos significativamente mais curtos. Estes resultados corroboram o conceito de *Risk Factor Paradox*, sugerindo que o excesso de peso pode não representar um fator prognóstico adverso no contexto do doente crítico. São necessários estudos prospetivos e multicêntricos para confirmar estes achados e compreender os mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

POA 09

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: CASO CLÍNICO

Patrícia da Silva; Andreia Barbosa; Rafaela Gonçalves; Steeve Rosado; Carlos Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A embolia de líquido amniótico é uma complicação obstétrica rara, caracterizada pelo colapso hemodinâmico, coagulopatia e falência multiorgânica. O diagnóstico é clínico e de exclusão, e o tratamento essencialmente de suporte.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, 38s+3d, multipara, antecedentes de colestase gravídica. Admitida para indução de trabalho de parto. Durante a vigilância verificou-se bradicardia fetal e hipertonia uterina, refratárias a terapêutica médica, proposta para cesariana emergente realizada sob bloqueio epidural. Evolução no intraoperatório desfavorável com perdas hemorrágicas mantidas, por atonia uterina ($\approx 4000 \text{ mL}$) e hipotensão persistente. Refratariedade à terapêutica médica inicial com balão intra-uterino, ocitocina, misoprostol, sulprostone, ácido tranexâmico, tendo iniciado perfusão de fenilefrina, e, nesta altura se decidido avançar para histerectomia de emergência para o controlo da hemorragia, ativado o protocolo de transfusão maciça. Indução anestésica com evolução para PCR em atividade elétrica sem pulso, revertida após um ciclo de SAV com adrenalina. Transferi-

da para UCI. A persistência de instabilidade hemodinâmica, levantou a hipótese de embolia amniótica vs tromboembolia pulmonar. Dos exames complementares de diagnóstico: EcoTT: revelou disfunção direita grave, sem sinais de tamponamento. Angio-TC torácica confirmou a presença de êmbolos nos ramos subsegmentares do lobo pulmonar direito.

Evolução desfavorável nas 12h seguintes com necessidade crescente do suporte vasopressor com noradrenalina, cor pulmonale agudo, coagulação intravascular disseminada, em provável contexto de embolia do líquido amniótico, persistência de hemorragia ativa e choque hemorrágico, tendo sido reintervencionada cirurgicamente de emergência para controlo hemostático. Suporte transfusional total com 10 UCE, 12 PFC, 3 pools de plaquetas, 13g de fibrinogénio, 1g de complexo protrombínico e 2g de ácido tranexâmico.

Evolução subsequente favorável, a permitir suspensão do suporte vasopressor, extubação às 24h melhoria da função renal e normalização do lactato. EcoTT ao 7º dia com feij 60%, VD normofuncionante e PSAP 36 mmHg.

Discussão: A embolia de líquido amniótico deve ser suspeitada em contexto de colapso hemodinâmico, coagulopatia e disfunção ventricular direita aguda. A confirmação baseia-se em exclusão de evento trombótico e integração clínico-imagiológica. A TC pode revelar microêmbolos ou defeitos subsegmentares. O tratamento é de suporte. A intervenção obstétrica precoce são determinantes para o prognóstico.

Conclusão: Este caso ilustra uma forma de apresentação grave de embolia do líquido amniótico com evolução para PCR, CID e choque hemorrágico, revertida com abordagem intensiva multidisciplinar, resultando em recuperação hemodinâmica e funcional completa.

POA 10

FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA INDUZIDA POR INIBIDORES CHECKPOINT IMUNITÁRIOS E TOMADA DE DECISÕES

Sara Manuel Dias; Ana Albuquerque; Henrique Santos; Rita Dos Santos Almeida
ULS Viseu Dão Lafões

Introdução: Os inibidores *checkpoint* imunitários têm uma abrangência clínica cada vez maior, estando a sua crescente utilização associada a aumento de efeitos adversos, com afetação multiorgânica. A hepatite imunomediada é um dos eventos mais frequentes, podendo evoluir para falência hepática aguda.

Descrição do caso: Homem, 80 anos, com antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia e mesotelioma estadio IV sob nivolumab + ipilimumab desde há cerca de um ano, com resposta parcial. História prévia de alterações da enzimologia hepática, que levou a suspensão temporária da imunoterapia.

É levado ao serviço de urgência por quadro de prostração, apatia, anorexia e oligúria. Analiticamente com elevação das transaminases, hiperbilirrubinemia, trombocitopenia, coagulopatia e lesão renal aguda. Sem alterações imagiológicas de relevo. Admitido em internamento com diagnóstico de falência hepática aguda grave provavelmente imunomediada. Evolução nas primeiras horas com encefalopatia hepática grau IV e necessidade de entubação orotraqueal. Contactada equipa de transplantação hepática, que recusa o doente face à idade e ao prognóstico da doença de base.

Apesar disto, é admitido no Serviço de Medicina Intensiva, para *full support* e como ICU trial. Inicia técnica de substituição da função renal e corticoterapia em doses adequadas. Apresentou melhoria analítica gradual, apesar de manter encefalopatia grave. Foram descartadas alterações neurológicas estruturais e analíticas, pelo que se optou por prolongar terapêutica. Ao 14º dia de internamento de-

envolve quadro séptico respiratório, tendo sido identificada bacteriemia secundária. Evolução em choque séptico refratário, pelo que foram suspensas medidas terapêuticas e instituídos cuidados de conforto.

Conclusão: O desenvolvimento de fármacos inibidores de *checkpoint* imunitários veio revolucionar a oncologia e alterar a sobrevida de doentes que deles beneficiam. Os efeitos adversos imunomediados, nomeadamente, hepatites, são frequentes, mas quando evoluem para falência hepática aguda, acrescentam uma elevada mortalidade. A admissão em ambiente de Medicina Intensiva é desafiante e questionável, sendo o UCI *trial* uma ferramenta de decisão importante. Neste sentido, a evolução clínica é fundamental para a tomada de decisões de medidas de limitação terapêutica, incluindo cuidados de conforto em fim de vida.

POA 12

BACTERIÉMIAS POR *E. COLI*: ESBL VERSUS NÃO-ESBL – HÁ DIFERENÇAS NO DESFECHO?

Mariana Freitas Silva; Cláudia Lemos; Susana Chaves;
Matilde Drummond; Teresa Silva; Gonçalo Silva;
José Júlio Nóbrega
Hospital Central do Funchal

As bacteriémias causadas por *Escherichia Coli* (EC) produtora de β -lactamases de espectro alargado (ESBL) constituem um desafio na prática clínica pela limitação terapêutica, risco de falência de órgão e potencial aumento da mortalidade. Estas infeções, têm-se tornando mais prevalentes em contexto comunitário e hospitalar, incluindo Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Apesar de diversos estudos associarem a bacteriemia por EC ESBL a piores desfechos clínicos, a evidência sobre o seu impacto na mortalidade e na necessidade de suporte de órgão em doentes críticos permanece inconsistente.

O principal objetivo do estudo é avaliar se a

bacteriemia por EC ESBL se associa a maior mortalidade em comparação com bacteriémias por EC não-ESBL (N-ESBL). Objetivos secundários incluíram a comparação do tempo até à morte, duração de internamento na UCI e necessidade de terapêutica de suporte de órgão entre grupos.

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo numa coorte de doentes admitidos numa UCI polivalente entre 2020-2023, com isolamento de EC em hemocultura. Os doentes foram classificados em dois grupos (ESBL e N-ESBL). Recolheram-se variáveis demográficas, SOFA *score*, necessidade de suporte de órgão (ventilação mecânica invasiva (VMI), suporte vasopressor (SVP), terapêutica de substituição da função renal (TSFR)), mortalidade em UCI e hospitalar, tempo até ao óbito e duração do internamento em UCI. O nível de significância foi definido como $p < 0,05$.

Foram incluídos 127 doentes, 20 (15,7%) apresentaram bacteriemia por EC ESBL vs 107 (84,3%) N-ESBL. A média de idade foi $65,5 \pm 12,9$ anos, 79 (62,2%) eram do sexo masculino. O SOFA médio foi semelhante entre grupos (ESBL: 7,97 vs N-ESBL: 8,23; $p = 0,72$). A mortalidade em UCI foi significativamente superior no grupo N-ESBL (46,7%) vs ESBL (20,0%; $p = 0,029$). Não se verificaram diferenças na mortalidade hospitalar após alta da UCI. Observou-se uma tendência a maior frequência de SVP no grupo ESBL (90%) vs N-ESBL (85%), embora sem significância estatística $p = 0,74$. Entre os falecidos, a mediana de dias até óbito foi superior no grupo ESBL (6 dias [IQR 4–8]) comparado com N-ESBL (2 dias [IQR 1–7]), sem atingir significância estatística ($p = 0,162$). O tempo de internamento em UCI foi semelhante ($p = 0,507$).

Nesta coorte, a bacteriemia por EC ESBL não se associou a maior mortalidade ou maior necessidade de suporte de órgão. Pelo contrário, a mortalidade em UCI foi superior nos

doentes com infeção N-ESBL. Estes resultados sugerem que o impacto da resistência ESBL poderá ser mais relevante na escolha da terapêutica antibiótica inicial do que nos desfechos imediatos de gravidade. Contudo, o reduzido número de casos ESBL e a ausência de ajuste para confundidores limitam a interpretação, devendo os resultados ser considerados exploratórios. Estudos multicêntricos, prospetivos são necessários para clarificar relação entre resistência antimicrobiana e prognóstico.

POA 14

VIGILÂNCIA PÓS- RESSECÇÃO HEPÁTICA EM CUIDADOS INTENSIVOS – A EXPERIÊNCIA APÓS 1 ANO

Mariana Farinha; Miguel Gonzalez Santos;
Luís Val-Flores; Odete Gomes; João Simões;
Ricardo Martins; Miguel Coelho
ULS Região de Leiria

Introdução: A ressecção hepática é uma intervenção fundamental no tratamento de neoplasias hepáticas primárias e de lesões metastáticas. Os avanços nas técnicas cirúrgicas e nos cuidados perioperatórios contribuíram significativamente para a melhoria dos desfechos clínicos. A monitorização intensiva no pós-operatório imediato, em unidade de cuidados intensivos (UCI), desempenha um papel crucial na deteção precoce de complicações e na otimização do prognóstico. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico, os diagnósticos e os desfechos pós-operatórios de doentes submetidos a ressecção hepática com vigilância pós-operatória imediata em UCI.

Material e métodos: Estudo retrospectivo envolvendo 56 doentes submetidos a ressecção hepática (*major* ou *minor*) entre outubro de 2024 e setembro de 2025. Foram analisadas variáveis demográficas, classificação ASA, performance status (ECOG), Índice de Comorbilidade de Charlson, diagnóstico pré-operatório, duração do internamento (em UCI

e total), complicações pós-operatórias segundo a classificação de Clavien-Dindo e taxa de reinternamento hospitalar até 30 dias.

Resultados: A média de idade dos doentes foi de 64,2 anos (intervalo: 44–83), com predominância do sexo masculino (68%). A maioria apresentava classificação ASA III (63%) e índice de comorbilidade de Charlson médio de 6,6. As intervenções cirúrgicas incluíram metástases hepáticas (53,4%), neoplasias hepáticas primárias (26,8%), patologia das vias biliares (14,3%) e suspeita de neoplasia da vesícula biliar (5,4%). O tempo médio de internamento na UCI foi de 2,1 dias e o internamento hospitalar total teve uma duração média de 5,3 dias. Complicações pós-operatórias foram registadas em 26,8% dos casos, maioritariamente classificadas como Clavien-Dindo II, com destaque para íleus paralítico (26,7%). Complicações inerentes ao procedimento cirúrgico foram pouco frequentes, com apenas três casos de infeção/abcesso e dois casos com suspeita de fistula biliar. A taxa de reinternamento em menos de 30 dias foi de 9%.

Conclusão: Apesar do perfil clínico complexo da coorte, com elevada idade média e carga significativa de comorbilidades, os resultados pós-operatórios foram globalmente favoráveis. A baixa incidência de complicações graves, a curta duração de internamento e a reduzida taxa de reinternamento sugerem que a ressecção hepática, quando realizada em centros especializados e com monitorização intensiva no pós-operatório imediato, é um procedimento seguro e eficaz, mesmo em doentes com risco elevado

PREVALÊNCIA DE ESTADOS DE MAL EPILEPTICOS NUMA UNIDADE POLIVALENTE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Maria da Veiga França Aguiar; Catarina Lume;
José Júlio Nóbrega; Mariana Silva; Matilde Drumond;
Teresa Silva; Gonçalo Silva; Cláudia Lemos
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução e objetivos: O estado de mal (EM) epiléptico constitui uma emergência neurológica e define-se como a evidência de atividade epiléptica (clínica ou eletroencefalográfica) contínua de duração superior a 5 min ou recorrente sem recuperação neurológica entre crises, com potencial de lesão neurológica a longo prazo. Quando a atividade persiste após administração de terapêutica de primeira e segunda linha (benzodiazepinas e fármacos antiepiléticos, respetivamente), estamos perante um EM refratário. Caso ocorram crises por mais de 24h após a introdução de terapêutica de terceira linha (fármacos anestésicos) ou estas recorram após a sua suspensão, define-se como EM super-refratário.

Este trabalho pretende analisar a incidência, abordagem e mortalidade dos EM numa unidade de cuidados intensivos (UCI) polivalente ao longo de 10 anos.

Métodos: Análise retrospectiva de dados referentes ao período compreendido entre 01/01/2015 e 31/12/2024, obtidos a partir de base de dados própria da Unidade e consulta de processo clínico informático. Os critérios de admissão utilizados compreenderam diagnóstico principal de “Estado de Mal Epiléptico” ou diagnóstico APACHE II de “Doença Convulsiva”. Foram excluídos doentes com idade inferior a 18 anos e com EM não confirmado.

Resultados: Foram analisadas 5936 admissões, das quais 90 (1,52%) cumpriam os critérios de admissão. Destas, foram excluídas 31 admissões (28 por EM não confirmado, 2 por idade <18 anos e 1 repetida), admitindo-se uma incidência de 59 EM (0,99%) dos quais 36

(61%) eram homens e 23 (39%) eram mulheres, com média de idade de 57,3 anos.

A etiologia foi confirmada em 93,2% dos casos, sendo as principais causas a epilepsia prévia (52,5% [38,7% dos quais por epilepsia secundária a alcoolismo crónico]) e causas metabólicas (18,6%). Outras etiologias identificadas incluem trauma, infeção, patologia vascular ou tumoral e ainda um caso de Doença de Creutzfeldt-Jakob.

Verificou-se uma incidência de 29 (49,2%) EM refratários e 14 (23,7%) super-refratários. 26 casos (44,1%) registaram duração de estado de mal superior a 48h e 15 doentes (25,4%) cumpriram coma barbitúrico com tiopental.

A média de duração de internamento em UCI foi de 9,4 dias, com média de internamento hospitalar de 24,8 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 28,8% e de 17% durante internamento agudo em UCI.

Conclusão: Esta análise vem demonstrar a elevada mortalidade associada ao estado de mal epiléptico, com especial destaque para as causas potencialmente evitáveis como o alcoolismo crónico.



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de enfermagem com apresentação

POEA 01

CONTRIBUTOS DA GESTÃO DO DELIRIUM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: UMA REVISÃO UMBRELLA

Daniela Carvalho Plácido¹; Maria Rosário Pinto²; Cândida Durão³; Helga Henriques²; Joana Teixeira⁴

¹Unidade de Urgência Médica; ²CIDNUR, Lisboa, Portugal; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; ³CIDNUR, Lisboa, Portugal; ⁴CIDNUR, Lisboa, Portugal; Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, UICISA: E, Coimbra, Portugal

Introdução: O delirium define-se como uma perturbação aguda, súbita ou flutuante, com alterações na função cognitiva do doente, não explicáveis pelo diagnóstico de uma outra doença neurocognitiva ou pré-existente. Produz *outcomes* negativos para o doente crítico e família, correlacionados com a presença de eventos adversos, nomeadamente a remoção acidental de dispositivos médicos, queda, consequência da manifestação de comportamentos de agitação e confusão, e que consequentemente aumentam o tempo de internamento hospitalar. **Objetivos:** Identificar as intervenções de enfermagem na gestão do delirium para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica e família.

Material e métodos: Foi conduzida uma *Umbrella review* por cinco investigadores de acordo com as *guidelines* do Instituto Joanna Briggs, entre maio e agosto de 2023, através de pesquisas nas bases de dados Medline, CINAHL, Scopus, *Web of Science*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, bem como

em artigos obtidos de outras fontes. Para extração e seleção dos artigos, foram aplicados critérios de elegibilidade, aplicando critérios de inclusão/exclusão pelos diferentes autores, de forma independente, tendo sido incluídas 22 revisões sistemáticas finais para extração e análise de dados.

Resultados e conclusões: Os resultados obtidos evidenciam, no âmbito da vigilância e avaliação sistemática, a aplicação da escala *Confusion Assessment Method*. Do ponto de vista da intervenção, quer na prevenção, quer na gestão do delirium, as intervenções multi-componentes – farmacológicas e não farmacológicas –, assumem particular importância, destacando-se na sua composição, o uso de dexmedetomidina, o envolvimento da família como elemento de suporte e a mobilização precoce. A gestão do delirium do doente crítico e família constitui uma área particularmente sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto direto na prevenção de complicações e na promoção da segurança dos doentes. Esta perspetiva, encontra-se informada pela evidência e suportada pela teoria de vigilância de Meyer e Lavin, que defende a importância do agir antecipado do enfermeiro, na prevenção de eventos adversos, promoção da segurança do doente, com repercussões também na família e organizações de saúde. Recomendam-se estudos de capacitação de enfermeiros para a gestão do delirium. Nesta, encontra-se em desenvolvimento um estudo aprovado pela CE da ULS nesta área.

POEA 02

PREVENÇÃO DO SÍNDROME PÓS INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Daniela Almeida; Inês Gonçalves; Sergio Jorge;
Daniela Plácido
ULS S. José

Introdução: O desenvolvimento científico e tecnológico da medicina intensiva e, consequente aperfeiçoamento das opções terapêuticas para o doente crítico, contribuiu para o aumento exponencial da sobrevivência após o internamento, diminuindo a taxa de mortalidade. Contudo, isso resulta em taxas elevadas de morbilidade, readmissão hospitalar e mortalidade entre os sobreviventes.

Aos problemas de saúde que permanecem e agravam após a doença crítica ou a novos que possam surgir, sejam eles do foro fisiológico, cognitivo, psicológico ou social, dá-se o nome de Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Em Portugal afeta entre 50 a 70% dos doentes com alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e pode permanecer durante 5 anos após a hospitalização.

As exposições a vários fatores de risco podem levar ao desenvolvimento de SPICI, no entanto, a implementação precoce de intervenções de enfermagem e procedimentos em colaboração com a equipa transdisciplinar, pode reduzir e/ou prevenir a sua incidência.

Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem realizadas durante o internamento em UCI que previnam a síndrome pós alta da UCI na PSC.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de agosto a setembro de 2025, por quatro investigadores de acordo com as *guidelines* do Instituto Joanna Briggs, através de pesquisas nas bases de dados Medline, CINAHL, PubMed e *Chocrane Central Register of Controlled Trials*, bem

como em artigos obtidos de outras fontes. Para extração e seleção dos artigos, foram aplicados critérios de elegibilidade, aplicando critérios de inclusão/exclusão pelos diferentes autores, de forma independente, tendo sido incluídas 30 artigos finais para extração e análise de dados.

Resultados e conclusões: A SPICI representa um desafio substancial para doentes, familiares e o sistema de saúde. Os enfermeiros de cuidados críticos desempenham um papel central na deteção precoce e no tratamento da PICS. Dos artigos finais analisados, resultou um conjunto de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, que visam a prevenção da SPICI desde a admissão até à alta da UCI. Mais especificamente, na suspensão/titulação da sedação; execução de testes de ventilação espontânea e desmame ventilatório; comunicação e estabelecimento da relação terapêutica com o doente/família; gestão da dor com recurso a escalas validadas; ser um elo na gestão transdisciplinar do delirium; promover a mobilização precoce; privilegiar a presença da família e efetuar um diário de internamento. A incorporação destas práticas na rotina clínica contribui para a melhoria da qualidade de vida, redução de complicações e fortalecimento do cuidado centrado no doente crítico.

POEA 03

PROTOCOLO DE INSULINA NO DOENTE CRÍTICO: UM NOVA ABORDAGEM

Hugo Marques; Gonçalo Ricardo; Ana Catarina Carvalho;
Carina Ferreira; Irina Pais; Maura Clemente; Flávia
Martins; Pedro Eduardo Silva
Hospital de São José - UCI CR ECMO

Introdução: Na UCI as alterações no metabolismo da glicose são frequentes e os efeitos da hiperglicémia nos *outcomes* são vastamente conhecidos, com impacto na mortalidade e morbilidade. É, por isso, essencial instituir protocolos em UCI que controlem a glicémia de

forma segura, não apenas com enfoque na hiperglicemia, mas também na prevenção das hipoglicemias. A hiperglicemia deve ser tratada para evitar os *outcomes* desfavoráveis.

O algoritmo em uso na UCI tem por base um algoritmo criado em colaboração entre o serviço de medicina intensiva e o serviço de endocrinologia de um Hospital Universitário, com o intuito de ser utilizado na hiperglicemia de stress, na hiperglicêmica diabética e na cetoacidose diabética. A sua aplicação foi desenhada através de uma folha de cálculo em Excel®, onde são introduzidas todas as fórmulas para o cálculo do ritmo de insulina, em que após o preenchimento do peso e da glicemia atual, são gerados um valor de ritmo de infusão de insulina e o horário da sua avaliação com base nos pressupostos e fórmulas.

Objetivos: Implementar algoritmo de insulina, avaliar a sua aplicação em situações particulares, detetar erros associados à sua utilização e divulgar resultados com propostas de melhoria.

Material e método: Revisão dos processos clínicos de todos os doentes internados na UCI de 11 de abril a 18 de agosto de 2025 sob insulinoaterapia, com recolha de dados, cálculo dos indicadores e elaboração da respetiva análise crítica.

Resultados e conclusões: Foram incluídos nesta colheita os dados de 26 doentes, totalizando 3913 registos de glicemia. Ocorrência de 2 episódios de hipoglicemia, 2098 registos controlados e 1813 registos de hiperglicemia. Dos 26 doentes analisados, 11 doentes tinham antecedentes de Diabetes Mellitus e 14 estiveram sob corticoterapia durante o internamento. Incluem-se ainda 2 doentes com cetose euglicêmica sob insulinoaterapia.

Após a análise dos dados, assume-se que a aplicação do algoritmo é segura na prevenção das hipoglicemias. No entanto, alertamos para a existência significativa de erros na operacionalização do algoritmo, bem como

de atrasos no seu início, que podem conduzir ao prolongamento de episódios de hiperglicemia. Propõe-se a monitorização sistemática dos resultados obtidos, refresh dos critérios e operacionalização do algoritmo junto da equipa para minimizar os erros identificados.

POEA 04

FOLLOW-UP DO DOENTE CRÍTICO (AINDA MAIS?) COM SUPORTE DE ECMO

Carla Braz; Oga Rego

UCI CR ECMO da ULS S. José

Introdução: ECMO é um tratamento de resgate utilizado em doentes com disfunção pulmonar e/ou cardíaca graves, e a sua utilização tem crescido globalmente. São doentes com índices de gravidade importante e com risco elevado de desenvolver PICS, que engloba défices físicos, cognitivos e psicológicos na pessoa que sofreu doença crítica. Estudos recentes têm demonstrado que é comum ocorrerem complicações neurológicas durante o suporte de ECMO, o que sublinha a necessidade de acompanhamento destes doentes após a alta da UCI, em consulta de *follow up* de medicina intensiva para despiste de PICS, referência e acompanhamento destes doentes.

Objetivos: Comparar a população sobrevivente ao internamento em UCI sob suporte de ECMO com os sobreviventes à doença crítica não submetidos a ECMO, 3 meses após a alta da alta da unidade.

Amostra: 59 doentes internados entre 2023 e 2025:

- 20 doentes submetidos a ECMO
- 39 doentes internados na mesma UCI, sem ECMO

Metodologia: Estudo retrospectivo tendo como fonte dos dados a revisão de processos através da base de dados da consulta de *follow up* aos 3 meses após alta da Medicina Intensiva.

Os doentes são avaliados através da aplicação de instrumentos relativos à qualidade de

vida relacionada com a saúde (EQ-5D), medição do estado de saúde (SF-36), capacidade funcional (Barthel) patologia do foro da ansiedade/(HADS), stress pós-traumático (PTSS14) e avaliação cognitiva (MMSE). É realizado o seguimento da evolução dos problemas pendentes no momento de alta e encaminhamentos se necessários.

CrITÉRIOS de inclusão: duração do internamento em UCI nível III superior a 48h (com e sem recurso a ECMO)

Resultados e conclusões: Mobilidade alterada - ECMO25%; Não ECMO 26%; Dependência nas AVD - ECMO30%, Não ECMO 27% Alterações psicológicas - ECMO 45%; Não ECMO 30% Alterações cognitivas - ECMO 10%; Não ECMO 11%; Regresso à atividade habitual - ECMO 25%; Não ECMO 46%

Existem numerosos estudos relativos a PICS nos sobreviventes a doença crítica com resultados variáveis na prevalência destas sequelas e começam a surgir estudos específicos do doente submetido a ECMO. Literatura recente afirma que os sobreviventes submetidos a ECMO apresentam défices físicos, cognitivos, neurológicos e pior qualidade de vida do que a população em geral mas semelhantes a outras pessoas que tiveram doença crítica.

Evidencia-se uma maior incidência de alterações psicológicas nos doentes de ECMO VV do que no ECMO V-A. No nosso estudo os doentes em ECMO apresentam maior incidência de problemas psicológicos quando comparados aos outros doentes críticos. Não fizemos análise do subgrupo de doentes relativamente às diferentes modalidades de ECMO.

Salientamos que mais de metade dos doentes não tinham ainda regressado ao trabalho ou às rotinas quotidianas, o que traduz o impacto que a doença crítica tem na vida da pessoa, da família e da sociedade.

Palavras chave: *Follow up*, consulta, doente crítico, suporte de ECMO, PICS

POEA 05

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA SEDE EM DOENTES EM UCI: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Margarida Almeida¹; Florinda Galinha de Sá²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: A sede constitui um dos sintomas mais frequentes em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com uma prevalência estimada entre 70% e 80%. Este sintoma representa um fator significativo de desconforto e de stress, estando associado a um risco acrescido de desenvolvimento de Delirium, quando persiste por mais de 24 horas. O reconhecimento precoce da sede e a implementação de intervenções eficazes para a sua gestão constituem uma área sensível dos cuidados de enfermagem, com impacto direto na promoção do conforto e na melhoria da experiência de internamento do doente em UCI.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à gestão da sede em doentes internados em UCI.

Material e métodos: Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), recorrendo às bases de dados CINAHL, MEDLINE, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, SCOPUS, bem como à literatura cinzenta. Foram incluídos estudos publicados nos últimos dez anos (2015–2025), envolvendo doentes internados em UCI com ≥ 18 anos e que abordassem intervenções de enfermagem para prevenção e/ou gestão da sede. A seleção e avaliação da qualidade da evidência foram realizadas com o apoio do software Rayyan e das ferramentas do Joanna Briggs Institute. No total, quinze estudos foram incluídos para análise.

Resultados: Os resultados preliminares da RIL evidenciam que a sede deve ser avaliada frequentemente, utilizando escalas de autoavaliação, como a Escala Numérica ou a Escala Visual Analógica, assim como escalas de

heteroavaliação da condição da mucosa oral em doentes incapazes de comunicar. As intervenções para o alívio da sede devem ser diversificadas, aplicadas de forma sistemática e, preferencialmente, integradas em bundles de atuação para uma maior eficácia. Envolvem intervenções dirigidas ao alívio local da mucosa oral (sprays, colutórios, hidratantes labiais e esponjas orais), à gestão ambiental (controlo da temperatura e ventilação das unidades dos doentes), ao controlo de parâmetros fisiológicos (níveis de sódio sérico) e à comunicação terapêutica com o doente.

Conclusão: A avaliação da sede e a implementação de intervenções para o seu alívio devem ser consideradas componentes essenciais do plano de cuidados de enfermagem, promovendo o conforto do doente e a humanização dos cuidados. Em Portugal, a gestão da sede em UCI permanece pouco estudada e valorizada, sendo necessária mais investigação, divulgação e padronização de práticas baseadas em evidência.

POEA 06

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA PÓS-INTERNAMENTO EM UCI NEUROCRÍTICOS E TRAUMA: ANÁLISE EQ-5D-5L

Ana Leite; Ana Margarida Fernandes

Introdução: Um doente crítico pode apresentar múltiplas disfunções orgânicas. O internamento em UCI pode representar um impacto significativo na qualidade de vida e no seu regresso ao seu quotidiano.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) em 108 pacientes após internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de neurocríticos e trauma, utilizando o questionário EQ-5D-5L e a Escala Visual Analógica (EVA) do EQ-5D.

Métodos: Análise de dados de 108 pacientes, abrangendo cinco dimensões de saúde (Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades

Habituais, Dor/Mal-Estar e Ansiedade/Depressão) e a autoavaliação da saúde geral (EVA, escala de 0 a 10). As respostas foram codificadas em níveis de gravidade de 1 a 5 para cada dimensão. Foram calculadas estatísticas descritivas e correlações. Resultados: A percepção média de saúde (EVA) foi de 5.92 (DP=2.25). Observou-se uma variabilidade significativa, com 13% dos pacientes reportando saúde muito boa (EVA ≥ 9) e 26% com percepção de saúde baixa (EVA < 5), incluindo 3.7% com pontuações de 0 ou 1. As dimensões mais afetadas foram Dor/Mal-Estar (43.52% ligeiros, 24.07% moderados), Atividades Habituais (25% incapacidade extrema, 11.36% graves) e Ansiedade/Depressão (60.42% ligeiros, 33.33% moderados). A Mobilidade apresentou problemas em 23.15% (ligeiros) e 21.30% (moderados), enquanto Cuidados Pessoais foi a dimensão menos afetada (65.09% sem problemas). No entanto, 7.55% dos pacientes apresentaram incapacidade extrema em Cuidados Pessoais. 22 pacientes (20.37%) reportaram problemas graves (pontuação ≥ 4) em pelo menos uma dimensão. A análise de correlação de Pearson revelou uma correlação negativa moderada a forte entre a EVA e as dimensões de Mobilidade (-0.50), Cuidados Pessoais (-0.49), Atividades Habituais (-0.61) e Dor/Mal-Estar (-0.48), indicando que o aumento da gravidade nestas dimensões está associado a uma menor percepção de saúde. A correlação com Ansiedade/Depressão foi mais fraca (-0.31).

Conclusão: Os pacientes pós-UCI neurocríticos e trauma enfrentam desafios consideráveis na sua QVRS, particularmente nas dimensões de Dor/Mal-Estar, Atividades Habituais e Ansiedade/Depressão. A forte associação entre a gravidade dos problemas e a autoavaliação da saúde sublinha a necessidade de intervenções direcionadas para melhorar a QVRS nesta população. A presença de dados ausentes em algumas dimensões sugere a importância de otimizar a recolha de dados futuros.

HIERARQUIZAÇÃO/SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES NOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NUMA UCINCT

Ana Leite; Dra Ana Margarida Fernanfes
Hospital de São José

Introdução: O internamento de um familiar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um evento de elevado impacto para a família, sendo crucial a identificação das necessidades e humanização dos cuidados. A compreensão da perspetiva da família permite aos profissionais de saúde orientar a eficácia das suas intervenções.

Objetivo: Avaliar a hierarquização/satisfação das necessidades de 86 familiares de referência de doentes internados numa UCINCT, utilizando o *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI).

Material e métodos: Um estudo quantitativo através da análise de 86 respostas, obtidos através de um formulário de 39 questões avaliando o nível de importância que o familiar de referência atribui a cinco necessidades: segurança, informação, proximidade, suporte e conforto. As respostas são de quatro pontos: (1) não importante, (2) pouco importante, (3) importante e (4) muito importante. A pontuação é obtida através da soma da totalidade das respostas de cada necessidade, sendo calculada a percentagem individualmente.

Resultados: A análise dos dados permitiu hierarquizar as cinco dimensões de necessidades. A necessidade de Segurança obteve uma percentagem de respostas “muito importante” de 79.93% e de “importante” 19,42%. As famílias sentem segurança na possibilidade de telefonar, de ter assistência religiosa/espiritual e de falar diariamente com o mesmo profissional de saúde.

A necessidade de Informação é assumida como “muito importante” para 79.36% dos inquiridos e “importante” para 20.06%. Esta

necessidade abrange informações sobre o prognóstico do seu familiar, conhecer a equipa multidisciplinar e saber exatamente quais os tratamentos efetuados.

A necessidade de suporte é assumida como “importante” para 42.69% dos inquiridos, e 42.19% como “muito importante”.

O conforto é assumido como uma necessidade “importante” para 45,35% dos inquiridos, e 36,24% como “muito importante”.

A proximidade é a necessidade de menor relevo, sendo considerada “importante” para 41.86% e “muito importante” para 37.78%. Esta engloba itens como visitar o familiar fora do horário estipulado e a possibilidade de visitar o paciente a qualquer hora.

Conclusões: O cuidado dos profissionais de saúde para com a família é essencial para a qualidade do cuidado prestado ao doente crítico. O suporte e o apoio aos familiares são parte integrante desse cuidado. As necessidades prementes consideradas muito importantes, pelos familiares de referência dizem respeito à segurança e à informação. A necessidade de proximidade é a menos relevante. É identificada como limitação o tamanho reduzido da amostra, sendo sugestão para para futuros estudos a articulação da CCFNI com outros instrumentos de caracterização/avaliação da família.



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters médicos

PO 01

BATTLING LISTERIA IN THE ICU: INSIGHTS FROM A 2017–2022 CASE SERIES

Ana Sousa Lopes; José Pedro Vinhal; Elsa Sousa;
Jean Alves; Ricardo Pinho
ULS de Entre Douro e Vouga

Introdução: A listeriose, por *Listeria monocytogenes*, é uma infeção rara, que ocorre sobretudo em indivíduos imunodeprimidos, idosos e grávidas. A taxa de mortalidade pode atingir os 30% e mais de metade dos sobreviventes desenvolvem sequelas neurológicas graves. A disfunção neurológica é o principal motivo de admissão em cuidados intensivos.

Objetivo: Apresentar uma série de casos de infeção grave por *Listeria monocytogenes*, ocorridos entre 2017 e 2022 e admitidos no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) da ULSEDV.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de doentes internados com infeção do sistema nervoso central (SNC) por *L.monocytogenes* confirmados por isolamento em cultura (hemocultura) ou por reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido cefalorraquidiano (LCR). Recolheram-se dados demográficos, clínicos, analíticos e terapêuticos, registando-se as complicações e o estado neurológico/funcional à alta.

Resultados: Foram identificados quatro doentes. Verificou-se um predomínio do género masculino (três), com idades compreendidas entre 44 e 71 anos. Todos apresentavam fatores de risco para listeriose, nomeadamente

imunossupressão por corticoterapia (n=1) e etilismo crónico (n=3). O diagnóstico etiológico foi confirmado por isolamento de *L. monocytogenes* em hemocultura num caso e por PCR multiplex no LCR nos restantes três casos. Clinicamente, três doentes apresentaram meningoencefalite (incluindo um caso de rombencefalite) e um apresentou bacteriemia isolada. Todos os doentes iniciaram antibioterapia empírica com ampicilina intravenosa, tendo sido adicionada gentamicina em três casos. Dois doentes necessitaram de ventilação mecânica invasiva (VMI) devido à deterioração do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow <7), associada a insuficiência respiratória grave. Um dos doentes desenvolveu rombencefalite com estado de mal epilético refratário, com necessidade de VMI prolongada. O eletroencefalograma evidenciou encefalopatia grave. Nenhum doente faleceu. Os dois doentes que não necessitaram de VMI apresentaram evolução favorável, sem défices neurológicos. Dos dois doentes que desenvolveram défices neurológicos, um (com rombencefalite) permaneceu em coma vígil, com prognóstico neurológico muito reservado devido a lesões encefálicas difusas, tendo sido transferido para uma unidade de cuidados continuados. O segundo doente submetido a VMI apresentou confusão mental residual, disartria, miopatia do doente crítico e disfagia grave, tendo sido transferido para um centro de reabilitação.

Conclusões: Apesar da raridade, a infeção do SNC por *L. monocytogenes* representa um

desafio terapêutico. Esta série de quatro casos demonstrou que uma abordagem terapêutica agressiva e a um suporte intensivo individualizado, pode permitir a sobrevivência dos doentes, embora a recuperação funcional varie significativamente.

PO 02

DISSEÇÃO DA AORTA ASCENDENTE

Beatriz Pacheco Moreira; Cristina Lameirão Gomes;
Nelson Barros; Ana Governo Ribeiro;
Francisco João Ferro Amado; Filipa Crespo Santos;
Filipa Pacharro Nogueira; Pedro Rebelo Marquez
ULSTMAD

Introdução: A Dissecção da aorta aguda é um evento potencialmente fatal cuja intervenção atempada é essencial para a sobrevida do doente. Dependente da localização, a apresentação clínica poderá ser atípica, pelo que a abordagem sistemática é fulcral para a sua deteção. **Caso clínico:** Masculino de 70 anos, recorre ao serviço de urgência após síncope. O evento foi presenciado, sendo que os presentes referem que o doente terá estado inconsciente cerca de 10 minutos, sem movimentos sugestivos de crise tónico-clónico generalizada, e com posteriores queixas de dor abdominal inespecífica.

À admissão, o doente apresentava-se com 13 pontos na Escala de Coma de Glasgow, febril, hipotenso (sem diferencial de tensão arterial significativo entre membros), anúrico e com Mottling grau 3. No estudo analítico inicial, é apenas de salientar acidemia metabólica (pH 7.30, pCO₂ 32mmHg, HCO₃ 15.7mEq/L), hiperlactacidemia (Lactatos 5.6mmol/L), lesão renal aguda (Creatinina Sérica 1.4mg/dL para basal 0.9mg/dL) e D-Dímeros 6.8µg/L.

O estudo de imagem revelou derrame pericárdico de moderado-grande volume no ecocardiograma inicial e aneurisma dissecante da aorta torácica ascendente (Tipo A na classificação Stanford).

O doente foi encaminhado a Cirurgia Cardio-

torácica, tendo sido submetido inicialmente a correção cirúrgica do aneurisma e, posteriormente, a re-intervenções por tamponamento e complicações imediatas da cirurgia inicial. Iniciou Oxigenação por Membrana Extra Corporal (ECMO) no 5º dia de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios por disfunção severa do ventrículo direito. **Discussão:** Pela localização da lesão, a apresentação deste caso não incluiu a usual dor torácica anterior com irradiação posterior em “rasgão”, ou o diferencial de tensão arterial entre membros. Contudo, com uma avaliação sistemática, foi possível a deteção atempada e a estabilização do doente até à intervenção cirúrgica.

PO 03

ENDOCARDITE VALVULAR PULMONAR

ISOLADA APÓS INJEÇÕES

INTRA-ARTICULARES: RELATO DE CASO E REVISÃO

Mariana Martins Teixeira; Margarida Gonçalves;
Catarina Nunes; Érico Costa
USLGE

Introdução: A endocardite infecciosa da válvula pulmonar é uma entidade rara, responsável por apenas 1–2% de todos os casos de endocardite, e pouco caracterizada fora do contexto de consumo de drogas injetáveis, dispositivos cardíacos ou cardiopatias congénitas.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 66 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, sem fatores de risco clássicos, que recorreu ao hospital por dispneia, tosse produtiva e dor no ombro direito após múltiplas infiltrações intra-articulares. A tomografia torácica revelou massa pulmonar em continuidade com abscesso dos tecidos moles, inicialmente interpretada como possível neoplasia. Hemoculturas isolaram *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, com evolução para choque séptico, insuficiência respiratória e renal, exigindo cuidados inten-

sivos. A ecocardiografia transtorácica inicial foi inconclusiva, mas exames subsequentes, incluindo ecocardiografia transesofágica, evidenciaram vegetação de 30 mm na válvula pulmonar, confirmando o diagnóstico. Apesar da antibioterapia dirigida, o doente evoluiu com rotura valvular e choque refratário, falecendo ao 23.º dia de internamento.

Conclusão: A revisão da literatura identificou apenas 35 casos nos últimos 25 anos, maioritariamente em doentes com fatores predisponentes conhecidos, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente mais frequente. Este caso ilustra um possível mecanismo alternativo de infeção, através de bacteriemia iatrogénica secundária a infiltrações articulares, com subsequente embolização séptica pulmonar e atingimento valvular. Este relato reforça a necessidade de considerar a endocardite da válvula pulmonar em doentes com fenómenos embólicos pulmonares persistentes, mesmo na ausência de fatores de risco tradicionais, sublinhando a importância da suspeição precoce, da repetição de exames de imagem e da abordagem multidisciplinar para otimizar o prognóstico.

PO 04

IMPORTÂNCIA DA EQUIPA INTERDISCIPLINAR NO SUCESSO DA EXTUBAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO EM UCI

Alexandra Lourenço
HFAR PL

Introdução: A extubação é uma etapa crítica no processo de desmame da ventilação mecânica, associada a riscos significativos de complicações respiratórias com consequente reintubação e aumento da mortalidade. A literatura científica destaca o papel essencial da equipa interdisciplinar — composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais — na decisão e condução segura da extubação. No entanto, a implementação prática deste modelo varia entre

contextos e países, sendo relevante compreender até que ponto a colaboração efetiva entre profissionais impacta diretamente o sucesso da extubação.

Objetivos: Avaliar o impacto da atuação da equipa interdisciplinar no processo de extubação no doente crítico, identificando intervenções colaborativas associadas a maior êxito clínico, em estudos recentes e em contexto de UCI.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, SciELO e LILACS, utilizando os descritores: “extubação”, “equipa interdisciplinar” e “UCI”, entre 2020 e 2025, em inglês, português e espanhol. Incluíram-se estudos originais e meta-análises. Foi também considerado o editorial de Ramalho et al. (2024), que, apesar da sua classificação formal, apresenta dados originais provenientes de um inquérito nacional sobre fisioterapia em UCI em Portugal, com aprovação ética.

Resultados: Foram incluídos seis artigos que demonstram, que a atuação interdisciplinar estruturada contribui para a redução do tempo de ventilação mecânica, da duração do internamento e da taxa de falha na extubação. Intervenções como ferramentas cognitivas partilhadas, rondas com prompts específicos e bundles multidisciplinares demonstraram melhorar a tomada de decisão clínica e a comunicação entre os profissionais. O estudo de Ramalho et al. (2024) revelou que apenas 11 % dos fisioterapeutas portugueses trabalham exclusivamente em UCI e que metade não está integrada em equipas interdisciplinares, apesar de evidências apontarem para o seu papel essencial na extubação e reabilitação precoce.

Conclusões: A literatura reforça que a extubação bem-sucedida não depende apenas de critérios clínicos isolados, mas sim de uma abordagem colaborativa, em que a equipa interdisciplinar assume um papel central. O envolvimento ativo de fisioterapeutas e en-

fermeiros, aliados à liderança médica e uso de protocolos partilhados, está associado a melhores resultados. A realidade nacional, no entanto, ainda demonstra fragilidades na integração plena destas equipas, sugerindo a necessidade de políticas institucionais que promovam a presença contínua e qualificada de todos os profissionais na UCI.

PO 05

A VARIAÇÃO HEMODINÂMICA NO DOENTE CRÍTICO AO EXERCÍCIO: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Margarida Carvalho¹; Susana Fernandes²; Daniel Caldeira²; Alda Frangolho¹; Germano Ferreira¹; Carina Furtado¹; Luisa Dias¹; Maria Calado¹; Maria Pinto¹

¹ULS São José; ²ULS Santa Maria

Introdução: Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos cardiovasculares da mobilização precoce no doente crítico, no que diz respeito à frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e saturação periférica de oxigénio (SatO2) com base na análise da literatura atual.

Metodologia: Realizou-se uma revisão sistemática em conformidade com a *checklist* PRISMA, abrangendo a pesquisa em seis bases de dados, na literatura cinzenta e através de pesquisa manual, entre 12 e 16 de janeiro de 2024. Foram identificados estudos que apresentassem dados sobre FC, PA, SatO2 associados à mobilização precoce do doente crítico.

Resultados: De um total de 9076 artigos, 12 estudos cumpriram os critérios de inclusão, com um total de 467 doentes e avaliação de 1220 sessões de fisioterapia. Observou-se diferenças significativas na FC e PAD (pressão arterial diastólica) entre *baseline* e o momento do exercício, embora a magnitude da diferença fosse inferior a 7 bpm e 8 mmHg. Após o exercício não se observaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao basal.

Conclusão: A mobilização ativa precoce não

se traduziu nesta população de doentes em variação clinicamente significativa de nenhum indicador fisiológico avaliado.

Palavras-chave: “mobilização precoce”, “doente crítico”, “cuidados intensivos”, “resposta hemodinâmica”, “eventos adversos”.

PO 06

TUBERCULOSE EM CUIDADOS INTENSIVOS: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, VENTILAÇÃO MECÂNICA E PROGNÓSTICO

Duarte Marques¹; Inês Antunes²; Francisco Coelho²

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

Introdução: A tuberculose (TB) em doentes críticos é pouco frequente, mas tende a apresentar elevada gravidade e necessidade de medidas de isolamento respiratório e suporte invasivo. A caracterização clínica em UCI pode otimizar o diagnóstico atempado, o início de terapêutica específica e a gestão de recursos. **Objetivos:** Caracterizar os doentes com TB internados em UCI, avaliando gravidade (SAPS II), necessidade e duração de ventilação mecânica (VM), tempo de internamento (LOS) e mortalidade.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 11 doentes com TB internados numa UCI polivalente (2023–2025). Recolheram-se dados demográficos, SAPS II, LOS, utilização de VM (invasiva e não invasiva) e desfecho hospitalar. As formas clínicas foram agrupadas em: pulmonar, extrapulmonar, miliar e mista (associação pulmonar/extrapulmonar).

Resultados: Idade média 58 anos; SAPS II médio 44; LOS médio 9,5 dias. Não se registaram óbitos.

- Pulmonar (7 doentes): SAPS II 39; LOS 12 dias; 3 ventilados (VM média 6 dias).
- Extrapulmonar (1 doente): SAPS II 74; LOS 1 dia; ventilação não invasiva 1 dia.
- Miliar (2 doentes): SAPS II 45; LOS 10 dias; ambos ventilados (VM média 9 dias).

- Misto (1 doente): SAPS II 38; LOS 3 dias; VM invasiva <24 horas.

Conclusões: Nesta série, a TB em UCI apresentou gravidade elevada (SAPS II 44) e necessidade frequente de VM (7/11), sobretudo nas formas miliar e pulmonar, com maior duração de internamento. Apesar do perfil de risco descrito na literatura, não se observaram óbitos, o que pode refletir diagnóstico mais precoce, início célere de terapêutica específica e suporte intensivo adequado. Estes achados reforçam a importância do isolamento respiratório imediato, da colheita rápida de amostras e do início de tratamento dirigido, em linha com recomendações internacionais, para melhorar prognóstico e racionalizar recursos.

PO 07

DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS: ETIOLOGIA, VENTILAÇÃO MECÂNICA E PROGNÓSTICO

Duarte Marques¹; Inês Antunes²; Francisco Coelho²

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

Introdução: A doença hepática crónica (DHC) associa-se a elevada gravidade em UCI. O impacto da etiologia nos desfechos clínicos e na necessidade de ventilação mecânica (VM) permanece pouco caracterizado.

Objetivos: Avaliar a influência da etiologia da DHC na gravidade clínica, tempo de internamento, necessidade de VM e mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo de 36 doentes com DHC internados numa UCI polivalente (2023–2025). Recolheram-se idade, SAPS II, tempo de internamento (LOS), utilização de VM invasiva e não invasiva (VNI) e desfecho hospitalar. As etiologias foram agrupadas em: alcoólica, viral, tóxica e idiopática.

Resultados: Idade média 61 anos; SAPS II médio 39; LOS médio 5,1 dias; mortalidade global 22%; 16 doentes (44%) sob VM e 2 sob VNI.

- Tóxica (2 doentes): mortalidade 50%;

ambos ventilados invasivamente.

- Viral: Hepatite B (7 doentes; mortalidade 14%; 29% VM); Hepatite C (12 doentes; mortalidade 25%; 42% VM).
- Alcoólica: Hepatite alcoólica (3 doentes; mortalidade 33%; 33% VM); Cirrose alcoólica (9 doentes; mortalidade 11%; 44% VM).
- Idiopática: Cirrose não especificada (1 doente; mortalidade 0%; sem VM); Doença hepática não especificada (2 doentes; mortalidade 100%; nº 2/100% VM).

Conclusões: A etiologia condiciona fortemente o prognóstico em UCI. Mortalidade mais elevada em etiologias tóxicas e não especificadas, intermédia nas alcoólicas e menor nas virais. A elevada proporção de doentes sob VM reforça a importância da estratificação etiológica precoce e do planeamento do suporte intensivo.

PO 08

SÍNDROME MALIGNO DOS NEUROLÉPTICOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Gouveia Lima; Lara Quintas; Filipa Cosme Ferreira; Raquel Silva; Paulo Telles de Freitas
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma emergência neurológica que resulta de uma reação idiossincrática, na maior parte das vezes, a antipsicóticos. A fisiopatologia não está totalmente esclarecida, mas algumas teorias defendem que se deve a uma diminuição abrupta na estimulação dos receptores dopaminérgicos ao nível do hipotálamo, via nigroestriada, mesolímbica e mesocortical. O uso concomitante de lítio, fármacos em formulação depot, abuso de substâncias, doenças neurológicas e doença aguda são alguns dos fatores de risco identificados. Os sintomas incluem hipertermia, alteração do estado de consciência, rigidez muscular e disautonomia, sendo o diagnóstico clínico. O

tratamento consiste na descontinuação do fármaco implicado e terapêutica de suporte em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O caso clínico apresentado refere-se a uma doente com alteração do estado de consciência e choque séptico, que motivou admissão em UCI. Apesar da melhoria inicial do quadro clínico, a evolução com hipertermia refratária e rigidez muscular fez levantar a hipótese de SMN, particularmente após introdução da medicação neuroléptica de ambulatório. Com este caso pretende-se evidenciar as particularidades no diagnóstico desta entidade, que apesar de rara, pode ser uma consequência letal do uso de neurolépticos.

PO 09

ENCEFALITE IMUNOMEDIADA PELOS INIBIDORES DE *CHECKPOINT* (ICIS) – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisca Tato Fernandes; Sandra Nunes; Margarida Carvalho; Maria Ana Canelas
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A imunoterapia revolucionou a terapêutica oncológica ao ser capaz de atingir células imunes em vez das células cancerígenas. Os inibidores de *checkpoint* (ICIs) são a base deste tratamento. No entanto também podem induzir eventos adversos relacionados com o sistema imunológico (irAEs), tais como toxicidade gastrointestinal, metabólica, dermatológica, neurológica, respiratória ou cardiovascular. Estas complicações raras podem ser fatais. Os irAEs neurológicos, particularmente a encefalite-ICI, afetam 1-3% dos pacientes e envolvem tanto o sistema nervoso central, como o periférico. A encefalite-ICI está associada a altas taxas de mortalidade (cerca de 20%) e apresenta desafios diagnósticos devido à ausência de marcadores clínicos específicos, sobrepondo-se a outras condições como encefalopatia metabólica ou progressão da doença oncológica. A ausência de critérios de diagnóstico ou da descrição

das complicações associadas ao tratamento, tornam o diagnóstico um desafio.

Descrição do caso: Homem de 62 anos, com carcinoma hepatocelular sob imunoterapia (Tremelimumab e Durvalumab) e sob tratamento anti-retroviral por Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de alteração do estado de consciência com três dias de evolução e hiperglicemia grave com cetonemia. Durante a permanência no SU agrava com disfunção multiorgânica - nomeadamente neurológica, cardiovascular, hepática e endocrino-metabólica. O doente foi entubado e internado no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP). Estudo analítico (sangue e urina) sem evidência de infeção. TC do crânio sem alterações e punção lombar sem critérios de infeção, sem pleocitose ou bandas oligoclonais no liquor. O diagnóstico diferencial foi um desafio e incluiu, entre outros, cetoacidose diabética, encefalite imunomediada, encefalite infecciosa e disfunção neurológica de etiologia metabólica.

Conclusão: O reconhecimento de sintomas possivelmente associados a efeitos adversos da imunoterapia é de extrema importância. No entanto, são necessárias melhores ferramentas de diagnóstico. A descontinuação precoce dos ICI e a terapia imunossupressora podem melhorar os resultados dos irAEs neurológicos.

PO 10

PÚRPURA FULMINANTE E ECMO-VA: A FACE MAIS GRAVE DA RICKETTSIOSE

Nicole Foreman; Ana Vaz; Isabel Durães Campos; Roberto Roncon-Albuquerque Jr
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A rickettsiose é uma zoonose causada por bactérias do género *Rickettsia*, transmitidas pela picada de carraças infetadas. Em Portugal, a *Rickettsia conorii* é o principal agente da febre escaro-nodular, caracteristicamente associada a febre, exantema e escara

de inoculação. Apesar de habitualmente auto-limitada, algumas subespécies, como *R. conorii* subsp. *israelensis*, podem originar quadros graves, com evolução rápida para disfunção multiorgânica.

Descrição do caso: Mulher de 59 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência durante as férias numa região rural do nordeste português com febre elevada e lesões cutâneas violáceas difusas, inicialmente semelhantes a equimoses, algumas bolhosas, sem escara de inoculação identificável. Nas horas seguintes, a doente evoluiu desfavoravelmente com disfunção multiorgânica secundária a choque séptico refratário com evidência de disfunção miocárdica (ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo gravemente reduzida), tornando necessário suporte circulatório mecânico com ECMO veno-arterial. As lesões cutâneas agravaram-se, evoluindo para placas de necrose dolorosas compatíveis com púrpura fulminante. A serologia e PCR confirmaram infeção por *R. conorii* subsp. *israelensis*. Foi instituída antibióterapia dirigida com doxiciclina associada a cobertura empírica inicial com piperacilina-tazobactam, com evolução favorável e remoção do suporte mecânico ao 7.º dia de internamento.

Conclusão: A associação entre púrpura fulminante por *R. conorii* subsp. *israelensis* e choque séptico com cardiomiopatia séptica refratária com necessidade de suporte cardiocirculatório por VA-ECMO é excecional. Na revisão da literatura não identificámos descrições publicadas idênticas, o que torna este caso particularmente relevante para intensivistas e especialistas em doenças infecciosas. A ausência de escara de inoculação reforça a necessidade de um elevado grau de suspeição clínica em contextos epidemiológicos compatíveis, uma vez que o diagnóstico e tratamento precoces são determinantes para o prognóstico.

PO 11

ENTRE A PLEURA E A FÁSCIA: UM ESPAÇO ESQUECIDO DO TRAUMA TORÁCICO

Patrícia Carrão; Rita Dos Santos Almeida; Henrique Elvas; Catarina Pereira Gomes; Sara Manuel Dias; Carla Eira; Carla Ferreira Santos; Ana Albuquerque

ULSVDL

Introdução: O hematoma extrapleural é uma complicação rara do trauma torácico, resultante da acumulação de sangue entre a pleura parietal e a fáscia endotorácica. Surge habitualmente nas primeiras 24–48 horas após a lesão e pode mimetizar um hemotórax, sendo o diagnóstico diferencial fundamental, dado que a drenagem torácica é ineficaz e potencialmente prejudicial. A distinção entre hemotórax e hematoma extrapleural é difícil, assumindo a imagiologia um papel central. Na radiografia torácica, o achado típico é uma opacidade periférica em forma de “D” quando a localização é lateral, sendo que, ao contrário do hemotórax, esta opacidade não depende da gravidade. A tomografia computadorizada (TC) do tórax com contraste é o *gold standard* no diagnóstico, permitindo identificar o “sinal da gordura extrapleural”, correspondente ao deslocamento interno da gordura extrapleural por uma coleção líquida periférica intratorácica.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 67 anos, sem terapêutica antiplaquetária ou anticoagulante, admitido em Unidade de Cuidados Intensivos por politrauma após queda de 3 metros de altura. À admissão apresentava trauma torácico com fratura de múltiplas costelas, falência respiratória e necessidade de suporte ventilatório invasivo. Nas primeiras 24 horas, a radiografia torácica revelou de novo uma opacidade periférica, sugestiva de hematoma extrapleural. A TC do tórax com contraste confirmou a presença de uma volumosa coleção extrapleural, sem sinais de hemorragia ativa. Optou-se por uma abordagem conservadora com monitorização

clínica e imagiológica seriada, verificando-se uma evolução favorável, com reabsorção progressiva da coleção.

Conclusão: O hematoma extrapleural deve ser considerado em doentes com trauma torácico e achados radiológicos sugestivos. O reconhecimento precoce permite evitar intervenções desnecessárias e direcionar a abordagem terapêutica. A maioria dos casos pode ser tratada de forma conservadora, reservando-se os procedimentos invasivos para situações de hemorragia ativa, infecção ou colapso pulmonar significativo. A monitorização clínica e imagiológica rigorosa é determinante para garantir uma evolução favorável.

PO 12

STREPTOCOCCUS PYOGENES: UM RARO CULPADO DE MENINGITE

José Pedro Vinhal; Nuno Prucha Leite; Elsa Sousa
ULS Entre Douro e Vouga

Streptococcus pyogenes, também conhecido como *streptococcus* do grupo A (GAS), é habitualmente um colonizador benigno da pele e da orofaringe, mas pode ocasionalmente ser responsável por infeções graves, incluindo meningite. A meningite causada por GAS é particularmente rara, representando apenas 1–2% das infeções por este agente e menos de 0,2 casos por milhão de adultos anualmente. Apesar da sua raridade, está associada a uma elevada taxa de mortalidade, podendo atingir os 30%. Este relato de caso descreve uma dessas situações incomuns, mas clinicamente relevantes, de meningite por GAS num adulto sem os fatores de risco habituais, salientando os desafios diagnósticos e considerações terapêuticas.

O principal objetivo do estudo é documentar um caso raro de meningite por GAS, incluindo a sua apresentação clínica, processo diagnóstico, abordagem terapêutica e evolução do doente. O caso pretende alertar para este agente como causa potencial de meningite

bacteriana aguda, mesmo na ausência de fatores de risco típicos, como neurocirurgia ou traumatismo craniano.

Este estudo consiste num relato de caso de um único doente, um homem de 47 anos, admitido no serviço de urgência com uma escala de coma de Glasgow de 13, cefaleia intensa, fotofobia, náuseas e febre, após um episódio de otite externa não resolvida. Foi realizada uma avaliação clínica completa, incluindo exames laboratoriais e imagiológicos. O processo diagnóstico incluiu análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) através de punção lombar e culturas microbiológicas. Foi iniciada antibioterapia empírica de largo espectro (ceftriaxone, vancomicina e ampicilina) associada a corticoterapia, posteriormente ajustada para ceftriaxona e clindamicina com base nos resultados microbiológicos. Estudos imagiológicos (TAC e ressonância magnética) permitiram avaliar o envolvimento intracraniano e do ouvido médio. O doente teve uma evolução favorável, com recuperação completa e sem complicações significativas.

Este caso reforça a importância de considerar o *Streptococcus pyogenes* como possível agente etiológico de meningite. Apoiar igualmente a utilização de clindamicina como terapêutica adjuvante em infeções graves por GAS, devido à sua capacidade de reduzir a produção de exotoxinas.

O reconhecimento precoce, a antibioterapia adequada e a monitorização cuidadosa são essenciais para prevenir complicações graves e melhorar o prognóstico nestas infeções raras, mas potencialmente fatais.

PO 13

QUANDO A VENTILAÇÃO VEM DA LACERAÇÃO: CASO RARO DE AUTOLESÃO CERVICAL

Ana Sousa Lopes; Nuno Alçada; Alexandra Correia; Pedro Tadeu; Jean François; Elsa Sousa; Ricardo Pinho
ULS de Entre Douro e Vouga

Introdução: As lesões autoinfligidas da cabeça e pescoço são relativamente comuns, representando 30% do total de tentativas de suicídio.¹ No entanto, tentativas de suicídio por lesão cortante cervical são raras, representando 2-3% do total e são habitualmente associadas a múltiplos cortes de hesitação próximos da lesão principal.² Os autores apresentam um caso incomum de tentativa de suicídio, com corte único e profundo da região cervical.

Descrição do caso: Homem, imigrante, de 29 anos, com antecedentes de internamento hospitalar por perturbação psicótica, recorreu a uma farmácia após tentativa de suicídio com lesão cervical. À chegada ao local da equipa de emergência pré-hospitalar, é objetivada uma laceração única de aproximadamente 10 cm, acima da cartilagem tiroide, expondo a incisura tiróidea e estruturas glóticas. Observou-se também sialorreia exuberante peri-cervical, sem hemorragia, sugerindo uma lesão com horas de evolução. O doente ventilava através da lesão, calmo, eupneico, com saturação de 98% em ar ambiente e hemodinamicamente estável. Barreira linguística impediu o apuramento da história clínica. A equipa pré-hospitalar acabou com proceder à proteção da via aérea com entubação orotraqueal por videolaringoscopia, sem intercorrências. Transporte decorreu sem intercorrências. Após avaliação primária na sala de emergência, com o apoio da equipa de otorrinolaringologia, foi decidido tratamento cirúrgico da ferida em bloco operatório, tendo sido realizada sutura

dos vários planos lacerados, reconstrução da epiglote e encerramento cirúrgico, com dreno e confecção de traqueostomia. O doente ficou internado no Serviço de Medicina Intensiva durante 14 dias, com uma evolução favorável do ponto de vista da lesão cervical, mas pausada por alguma desorientação, orientada por psiquiatria, mas sem complicações do ponto de vista cirúrgico. Teve alta para enfermaria.

Conclusão: Este caso clínico evidencia a gravidade das tentativas de suicídio por lesão cortante cervical profunda, destacando a importância da abordagem multidisciplinar e intervenção cirúrgica precoce, determinante para a recuperação anatômica e funcional do doente.

PO 14

UM CASO RARO DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA – LIPOMATOSE LINGUAL

Ana Sousa Lopes; Elsa Meireles; Filipa Brochado; Elsa Sousa; Ricardo Pinho
ULS de Entre Douro e Vouga

Introdução: Neoplasias benignas, como o lipoma oral, representam apenas cerca de 1–5% de todos os tumores da cavidade oral¹ e a localização na língua é particularmente incomum, correspondendo a ~0,3% dos tumores linguais.² A lipomatose lingual é extremamente rara, podendo manifestar-se clinicamente como macroglossia difusa e simétrica, levando a obstrução das vias aéreas superiores.³

Caso clínico: Trata-se de um homem, de 85 anos de idade, com antecedentes pessoais fatores de risco vascular, estenose aórtica moderada, carcinoma papilar da tiroide (submetido a hemitiroidectomia esquerda) e lipomatose lingual em seguimento em consulta de otorrinolaringologia. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia em decúbito e disфонia com alguns dias de evolução e agravamento progressivo da macroglossia. Apresentava-se normotenso, normocárdico, com oxigenação periférica 96% em ar ambiente, mas com polipneia, padrão respiratório abdominal e or-

topneia. Objetivou-se macroglossia grave, difusa e simétrica, ocupando quase totalmente a cavidade oral, com incapacidade de encerramento labial. A língua apresentava algumas lesões nodulares nos bordos laterais visíveis. Analiticamente sem evidência de processo infeccioso agudo e função tireoideia normal. A tomografia computadorizada dos tecidos moles, evidenciou aumento difuso da língua, compatível com tecido adiposo infiltrativo, sem captação de contraste pós-administração endovenosa, mas com obstrução da via aérea. Com o apoio da anestesiologia, procedeu-se a entubação orotraqueal com o doente acordado e anestesia local, sob videolaringoscopia, sem intercorrências. O internamento complicou, mas primeiras 24 horas com fibrilhação auricular com resposta ventricular lenta e necessidade de colocação de pacemaker, após exclusão da hipótese de compressão extrínseca. Face ao quadro de macroglossia massiva, foi realizada traqueostomia ao terceiro dia internamento. Após o desmame de sedação constatada hemiparesia direita de novo, com identificação na tomografia cranioencefálica de acidente vascular isquêmico no território da artéria cerebral média esquerda. Perante a evolução clínica, as intercorrências no internamento e a um *clinical frailty scale* elevado, com potencial de recuperação muito baixo, após discussão multidisciplinar e com envolvimento da família, decidiu-se pela adoção de medidas de fim de vida, tendo o doente vindo a falecer no internamento.

Conclusão: A macroglossia por lipomatose lingual é uma condição rara, mas que pode acarretar complicações potencialmente fatais.⁴ O presente caso pautou-se pelo desafio de uma condição etiológicamente benigna, num doente idoso, com sucessivas complicações durante o internamento e culminando na discussão inter pares e englobando a família sobre o benefício da manutenção de cuidados.

PO 15

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA ASSOCIADA AO PONATINIB

Bruna Mota¹; Diana Fernandes¹; Cristiana Teles²; Daniela Franco¹; David Araujo¹; José Manuel Pereira¹; José Artur Paiva¹

¹ULS São João; ²ULS Nordeste

Introdução: Ponatinib, inibidor tirosina-quinase (TKI) de terceira geração, é utilizado como terapêutica de resgate no tratamento da Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) Philadelphia positivo (Ph+). Apesar da sua utilização ter mudado o panorama terapêutico destas patologias, apresenta um elevado risco de cardiotoxicidade, nomeadamente o desenvolvimento de hipertensão. A emergência hipertensiva é uma condição potencialmente fatal, cujo prognóstico depende do início de tratamento adequado atempadamente, evitando complicações associadas à lesão de órgão alvo.

Descrição do caso: Sexo masculino, 66 anos, com diagnóstico LLA Ph +, sob terapêutica dirigida com Ponatinib 15mg diariamente. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de vômitos e visão turva com 12 horas de evolução e episódio de alteração do estado de consciência associada a crise convulsiva. À observação doente hipertenso (PA 190/120mmHg), com achados em métodos complementares de diagnóstico a demonstrar lesão renal aguda e lesão miocárdica com subida de troponinas e com ECG com infraST em V4-V6. Avaliado por Oftalmologia que documentou ingurgitamento vascular e tortuosidade vascular aumentado e hemorragia em chama de vela nas arcadas vasculares. Diagnosticado com emergência hipertensiva com lesão de órgão alvo, nomeadamente neurológico, cardíaco, renal e ocular. Admitido em Medicina Intensiva sob perfusão da Labetalol para controlo tensional, suspenso Ponatinib e monitorização de disfunções orgânicas. Após alta, manteve-se suspenso Ponatinib.

Conclusão: O desenvolvimento de hipertensão associada à utilização de Ponatinib é frequente, contudo a sua manifestação como emergência hipertensiva é rara. O diagnóstico rápido, a suspensão do TKI e o início de tratamento adequado é crucial para evitar complicações *major* e melhorar o prognóstico da emergência hipertensiva. A reintrodução do TKI deverá ser ponderada consoante o controlo da hipertensão e a recuperação das lesões de órgão alvo.

PO 16

A TEMPESTADE SILENCIOSA: UM CASO DE LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA RECORRENTE

Ana Luísa Cadilhe; Henrique Varejão; Duarte Lima; Joana Soares Mendonça; Tânia Maia; Tiago Valente; Ana Hipólito Reis
ULSM

Introdução: A linfohistiocitose hemofagocítica secundária caracteriza-se por uma resposta inflamatória exagerada associada a uma tempestade de citocinas que, por sua vez, pode culminar num estado de disfunção multiorgânica. Trata-se de uma patologia rara, com uma taxa de mortalidade que pode atingir os 40%.

Descrição do caso: O presente caso clínico re-trata um doente do sexo masculino de 19 anos com quadro prolongado de febre persistente, mialgias e perda ponderal, sem clínica focalizadora de infeção. O estudo realizado durante o internamento em enfermaria geral demonstrou um aumento marcado dos parâmetros inflamatórios, bem como hepatoesplenomegalia e adenopatias generalizadas de progressão rápida em estudos tomográficos seriados.

Apresentou evolução desfavorável com disfunção respiratória e cardiovascular, tendo sido transferido para o Serviço de Medicina Intensiva com necessidade de suporte ventilatório invasivo e suporte vasopressor. *Score* calculado de 274 (*cut-off* 169 - probabilidade > 99%) com hiperferritinemia marcada e doseamento de CD25 > 2400 U/mL. Foi realizado mielograma

que revelou hiperplasia mielóide, sem blastos e sem evidência de hemofagocitose, e biópsia excisional de uma adenopatia que revelou Linfoma de Hodgkin. Após início de anakinra e de metilprednisolona em alta dose, verificou-se melhoria das disfunções em 48h, a permitir início de quimioterapia sob esquema ABVD (adriamicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina). Apesar da franca melhoria clínica e analítica com a estratégia inicial, verificou-se recidiva da linfohistiocitose hemofagocítica, manifestada por picos febris diários, reagravamento analítico e recidiva da disfunção cardiovascular, tendo-se associado esta evolução ao espaçamento entre os ciclos de quimioterapia, razão pela qual o regime foi alterado para o esquema BEACOPP escalonado (bleomicina, etoposido, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazina, prednisona).

Durante o internamento, foi excluído o contributo de causas infecciosas e autoimunes e o doente teve alta hospitalar após um total de 6 ciclos de quimioterapia, mantendo seguimento em consulta de Hematologia.

Conclusão: A Linfohistiocitose Hemofagocítica secundária a neoplasia hematológica está associada a uma alta taxa de mortalidade, exigindo diagnóstico precoce e um tratamento dirigido à causa. Este caso clínico demonstra a importância de uma abordagem multidisciplinar numa patologia complexa que culminou num desfecho favorável para o doente.

PO 17

A GESTÃO DA TEMPERATURA APÓS PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA – ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Teresa Maria Silva; Mariana Silva; Matilde Drumond; Brenda Soares Nunes; Ana Marta Mota; Júlio Nóbrega
SESARAM - Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: A gestão controlada de temperatura (GCT) com alvo entre os 32°C e os 36°C está recomendada para todos os adultos ví-

timas de paragem cardiorrespiratória (PCR) que permanecem inconscientes pós-retorno à circulação espontânea (ROSC) pelo facto de que o mau *outcome* neurológico está sobretudo associado à pirexia (1-3). Atualmente os estudos mais recentes demonstraram falta de consenso no benefício da sua realização (4).

Objetivos: Avaliar o efeito de diferentes alvos de GCT no *outcome* funcional e mortalidade em doentes que sofreram PCR.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo em que foram avaliados todos os doentes internados numa UCI de um hospital terciário entre janeiro de 2021 e dezembro de 2024. Os critérios de inclusão foram: adultos com diagnóstico de PCR à admissão e ROSC sustentado. Os critérios de exclusão foram escala de coma de Glasgow (GCS) >8 após ROSC, internamento <24h, ausência de registos clínicos e lesão hipóxico-isquémica grave à admissão. Foram criados 2 grupos: 32-34°C e 34.1-36°C. Foram colhidos dados demográficos, características da PCR e duração do internamento. O *outcome* primário foi a mortalidade e o *outcome* secundário o resultado funcional aos 6 meses, definido pela Escala de *outcome* de Glasgow (GOS), considerando GOS desfavorável 1-3 e GOS favorável 4-5. A análise estatística foi realizada pelo software SPSS® e o valor $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados e conclusões: Dos 2632 casos admitidos, foram incluídos 289 casos com PCR (254 doentes). Destes foram excluídos 102 casos. Foram incluídos no estudo 187 casos (186 doentes), dos quais 129 realizaram GCT: 43 (33.3%) eram do sexo feminino e 86 (66.7%) eram do sexo masculino, com uma média de idade de 65.8 ± 14.5 . Ocorreu PCR extra-hospitalar em 97 dos casos (75.2%) e intra-hospitalar em 32 dos casos (24.8%). Ao grupo com alvo entre 32-34°C pertenciam 51 casos e ao grupo entre 34.1-36°C pertenciam 78 casos. O SOFA *score* médio à admissão foi de 9 ± 3 . A

duração média de internamento foi de 8.5 ± 22.2 dias. Relativamente ao *outcome* primário, a GCT entre 32 e 34°C aumenta discretamente o risco (OR 1,32), mas não é estatisticamente significativa ($p = 0,528$, IC95%: 0,56–3,13). No que toca ao resultado funcional, a realização de GCT 32-34°C tem uma maior tendência para GOS desfavorável aos 6 meses sem significância estatística (OR 3,250; $p=0.167$; IC 95%: 0,61–17,28;). Os resultados vão de encontro aos artigos mais recentes.

PO 18

MUCORMICOSE RINO-ORBITO-CEREBRAL: UM DESAFIO CLÍNICO EM MEDICINA INTENSIVA

Filipa Crespo Santos; Filipa Pacharo Nogueira; Pedro Rebelo Marquez; Ana Governo Ribeiro; Beatriz Pacheco Moreira; Francisco João Amado; João Carvalho; Nelson Barros
Vila Real

Introdução: A mucormicose rino-orbito-cerebral (MROC) é uma infeção fúngica rara, agressiva e com elevada mortalidade, tipicamente associada a estados de imunossupressão ou feridas traumáticas. O diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico e terapêutica antifúngica adequada são cruciais para reduzir a mortalidade. Casos com envolvimento orbitário e/ou neurológico representam um desafio significativo em Medicina Intensiva, exigindo abordagem multidisciplinar.

Descrição do caso: Homem de 71 anos com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada e etilismo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia holocraniana, náuseas e hipoestesia facial com 4 dias de evolução. Na avaliação inicial apresentava patência da via aérea, sem sinais de insuficiência respiratória. Normotenso e normocárdico. Escala de Coma de Glasgow de 15, mas com flutuação durante a permanência no SU, ptose esquerda e oftalmoplegia, miose bilateral e hipoestesia facial

esquerda, sem défices motores evidentes. Hiperglicémico e febril. Analiticamente apenas com leucocitose. A tomografia computadorizada mostrou sinusite etmoidal e inflamação dos tecidos moles periorbitários e retro-orbitários com proptose ocular. Foi admitido em Medicina Intensiva (MI) por suspeita de MROC e iniciou terapêutica antifúngica sistêmica com anfotericina B. Pela estabilidade clínica após 2 dias teve alta para enfermaria, contudo aí apresentou evolução desfavorável e foi decidida intervenção cirúrgica. Foi submetido a maxiloetmoidectomia e exenteração da órbita esquerda para controlo de foco infeccioso, seguida de reintervenção para correção de fistula de líquido cefalorraquidiano. Foi readmitido em MI no pós-operatório imediato onde teve um internamento prolongado, com dificuldade no desmame de sedoanalgesia e ventilatório, inclusive com necessidade de traqueostomia. Apresentou como principal complicação um acidente vascular cerebral isquémico no território da artéria cerebral média esquerda, com hemiplegia direita associada. Tendo em consideração as múltiplas sequelas significativas e a baixa probabilidade de recuperação funcional, foi decidida limitação de esforço terapêutico, acabando por ser transferido para o internamento onde faleceu.

Conclusão: Este caso ilustra a gravidade da MROC num doente diabético no qual a progressão rápida, com envolvimento orbitário e neurológico, exigiu terapêutica antifúngica e intervenção cirúrgica agressivas com estadia prolongada em MI. Apesar do controlo do foco infeccioso, múltiplas complicações sistêmicas e neurológicas limitaram a recuperação funcional do paciente salientando que, mesmo com um diagnóstico e tratamento precoces, estes casos fazem-se acompanhar de um mau prognóstico. Assim, uma abordagem multidisciplinar e definição de objetivos terapêuticos realistas devem ser alvo de cuidadosa reflexão.

PO 19

ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA: CASO CLÍNICO EM MEDICINA INTENSIVA

Filipa Crespo Santos; Filipa Pacharo Nogueira;
Pedro Rebelo Marquez; Ana Governo Ribeiro;
Beatriz Pacheco Moreira; Francisco João Amado;
João Carvalho; Nelson Barros
Vila Real

Introdução: A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma infecção fúngica grave, geralmente associada a imunossupressão, mas que também tem sido descrita em doentes sem imunodeficiência clássica, sobretudo em contexto de Medicina Intensiva. O seu diagnóstico é desafiante devido à inespecificidade clínica e imagiológica, porém um reconhecimento e tratamento precoces são cruciais para o prognóstico.

Descrição do caso: Homem de 63 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, dislipidemia e amaurose bilateral. Recorreu ao serviço de urgência por febre, tosse produtiva, odinofagia, dispneia e dor torácica pleurítica com 3 dias de evolução. À observação apresentava via aérea patente, polipneia, SpO₂ 85% sob máscara de alto débito, hipoxemia grave (PaO₂/FiO₂ 70), sem alterações auscultatórias significativas. Estava taquicárdico (113 bpm), hipertenso (168/89 mmHg), com perfusão periférica normal. Consciente, orientado e febril (39,3°C). Do estudo efetuado apresentava subida de parâmetros inflamatórios, zangatoas virais negativas e tomografia computadorizada (TC) torácica com consolidações bilaterais. Assumiu-se sépsis com ponto de partida em pneumonia, iniciou suporte ventilatório não invasivo e antibioterapia empírica e foi admitido em Medicina Intensiva. Após uma fase inicial de evolução clínica favorável, com melhoria das trocas e diminuição progressiva do suporte ventilatório, apresentou reagravamento clínico e analítico, o que motivou repetição do estudo microbiológico,

alargamento do espectro antibiótico e repetição da TC torácica, sendo que esta última demonstrou consolidações bilaterais, vidro despolido e uma lesão nodular sugestiva de complicação necrótica, compatível com infecção fúngica. Nas secreções brônquicas foi isolado o agente *Aspergillus flavus*. Assumiu-se o diagnóstico provável de aspergilose pulmonar invasiva, tendo iniciado voriconazol, posteriormente substituído por isavuconazol por suspeita de reação cutânea adversa. O doente evoluiu favoravelmente, com diminuição progressiva do suporte ventilatório tendo alta para a enfermaria de Pneumologia 7 dias após ter iniciado tratamento antifúngico.

Conclusão: Este caso mostra que a API pode ocorrer em doentes críticos sem imunossupressão clássica, sendo a diabetes um fator de risco relevante. A apresentação inicial foi indistinguível de uma pneumonia bacteriana grave, e na qual a ausência de resposta sustentada à antibióterapia convencional foi determinante para levantar a suspeita de infecção fúngica. O diagnóstico baseou-se na conjugação de dados clínicos, microbiológicos e imagiológicos, permitindo iniciar precocemente terapêutica antifúngica adequada. A evolução favorável reflete a importância de uma abordagem multidisciplinar e da manutenção de um elevado índice de suspeição para infecções fúngicas invasivas em Medicina Intensiva.

PO 20

ERITROFERESE: UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NAS CRISES DE DREPANOCITOSE PARA OTIMIZAÇÃO PERI-PARTO

Marta Marques Pinheiro; Nuno Germano
Hospital Curry Cabral

A Drepanocitose ou Anemia das Células Falciformes é uma doença genética autossômica recessiva comum em indivíduos de raça negra. Num adulto saudável, podem ser identificados três tipos de hemoglobina: A, A2 e F. Nos doentes com Drepanocitose existe uma

alteração estrutural das cadeiras β , formando a denominada hemoglobina S. Durante a passagem dos eritrócitos pela microcirculação, ocorre a desoxigenação da hemoglobina, sendo que a S polimeriza na ausência de oxigénio, causando desidratação dos eritrócitos. Estes tornam-se rígidos, mudando de forma (em foice), levando a hemólise, oclusão microcirculatória e enfartes que se manifestam por crises vaso-oclusivas. Na gravidez, existe maior risco de surgimento dessas crises e de hemorragia significativa durante o parto.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 29 anos, natural de Angola, grávida de 36 semanas, internada na nossa Unidade Local de Saúde, através da urgência de Ginecologia, por um síndrome torácico agudo. A doente, após ter tido conhecimento da gravidez, suspendeu o tratamento habitual com hidroxiureia.

Na admissão, apresentava hemoglobina de 6,7 g/dL, leucopenia e trombocitose, tendo iniciado tratamento com fluidoterapia, analgesia e ácido fólico. O bem-estar fetal foi avaliado pela Obstetrícia. Apesar do tratamento instituído, a doente manteve sinais de dificuldade respiratória com necessidades crescentes de oxigenoterapia, tendo sido transferida para a unidade de cuidados intensivos. No ecocardiograma transtorácico realizado foi detetada uma cardiomiopatia dilatada e hipertensão pulmonar, tendo-se optado pelo tratamento com eritroferese. A doente necessitou de transfusão de duas unidades de concentrado eritrocitário ao longo do internamento, antes de ser submetida a cesariana.

Após a realização da aferese e da transfusão das duas unidades de concentrado eritrocitário, houve melhoria sintomática e a hemoglobina subiu para 9,0 g/dL, valor com que foi submetida a cesariana.

A eritroferese consiste na troca sanguínea automatizada com benefícios no tratamento de complicações decorrentes da Anemia de Cé-

lulas Falciformes. Sendo a Drepanocitose uma patologia de alta prevalência, torna-se importante conhecê-la, sabendo diagnosticar, tratar e prevenir as complicações que dela possam advir. Ter presente o possível agravamento durante a gestação e a hipótese de recorrer à eritroferese como forma de tratamento seguro e eficaz, torna-se relevante para qualquer Intensivista de uma unidade polivalente.

Palavras-chave: drepanocitose, gravidez, eritroferese

PO 21

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA AGUDA PROVOCADA POR GUARDA-CHUVA

Isa Cordeiro; Inês Quinteiro; Filipa Monteiro;
João Melo Alves; Ana Valente Santos; Luís Bento
Hospital de São José

Introdução: O uso de nimodipina em contexto de hemorragia subaracnoideia (HSA) aneurismática está bem estabelecido na prática clínica pela sua utilidade na prevenção do vasospasmo, um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade destes doentes. O seu mecanismo de ação depende, ao antagonizar os canais de cálcio, do relaxamento do músculo liso na vasculatura cerebral. O uso da nimodipina na hemorragia subaracnoideia traumática é controverso.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma HSA traumática complicada de pseudo-aneurisma com vasospasmo. Doente de 47 anos, sexo masculino, vítima de agressão com objeto perfurante (guarda-chuva). Da agressão resultou lesão penetrante com fratura da órbita. À chegada à Sala de Emergência Escala de Coma de Glasgow de 13-14 (O3M6V4-5), com lentificação psicomotora. Realizou Angio-Tomografia Crânio-Encefálica a mostrar extensa HSA, supra e infratentorial, com envolvimento assimétrico silvico e látero-bulbar mais expressivo à direita e, ainda, perimesencefálico esquerdo. Sem evidência de aneurisma. O doente foi admitido em Uni-

dade de Cuidados Intensivos para monitorização neurológica. Iniciou nimodipina 60mg 4/4h que se suspendeu ao terceiro dia de internamento após realização de ecodoppler transcraniano sem evidência de vasospasmo. Durante o internamento o doente evoluiu com agravamento da cefaleia, náuseas, vômitos e fotofobia, tendo realizado novo ecodoppler transcraniano que mostrou vasospasmo da artéria cerebral anterior. Retomou a nimodipina 60mg 4/4h e o caso foi discutido com Neuroradiologia de Intervenção para realização de angiografia, que confirmou a presença de pseudo-aneurisma roto dissecante da artéria cerebral anterior esquerda com coexistência de vasospasmo ligeiro a moderado do segmento A2 da artéria cerebral anterior esquerda. Optado por tratamento conservador pelo risco acrescido do tratamento endovascular. O internamento decorreu sem mais intercorrências, tendo o vasospasmo resolvido em dia 17 de nimodipina, manteve tratamento até cumprir os 21 dias, de acordo com as orientações HSA aneurismática. O doente teve alta para o domicílio sem défices neurológicos objetiváveis.

Conclusão: Embora o uso da nimodipina na profilaxia do vasospasmo esteja limitado às hemorragias subaracnoideias aneurismáticas, o seu papel ainda não está definido em que outras populações de doentes possa ter benefício. Este caso clínico enfatiza a necessidade de monitorização apertada destes doentes de forma a ser possível uma avaliação individualizada.

PO 22

GESTÃO DO RUÍDO EM CUIDADOS CRÍTICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Catarina Pinto¹; Inês Morais²; Helga Rafael³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²ULS S. José - Hospital S. José; ³Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apesar da crescente atenção ao tema, a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) continua a ser um dos ambientes mais ruidosos do

hospital, com níveis de ruído que excedem frequentemente os limites recomendados. O ruído na UCI corresponde a qualquer som indesejado que interfere com o conforto, descanso, comunicação ou recuperação do doente. Tem origem na tecnologia utilizada, nos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, na entrada contínua de doentes, nas chamadas telefónicas e na comunicação entre profissionais. Esta exposição tem repercussões negativas relevantes, incluindo ansiedade, distúrbios do sono, maior perceção da dor, delirium, défices cognitivos após a alta e maior tempo de internamento, tornando a redução do ruído uma prioridade clínica.

Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo foi identificar intervenções que contribuam para a minimização dos níveis de ruído em ambiente de contexto crítico. A pesquisa foi realizada em cinco bases de dados (MEDLINE, CINAHL, *Cochrane*, *Web of Science* e Scopus), utilizando termos em linguagem natural e descritores específicos. Foram identificados 1151 artigos; após remoção de duplicados e aplicação de critérios de inclusão, 21 artigos foram incluídos na análise integral.

As intervenções ambientais incluíram a manutenção das portas fechadas, a substituição ou manutenção de equipamentos ruidosos, a implementação de alterações arquitetónicas para isolamento acústico e a reorganização do espaço físico, afastando equipamentos barulhentos. As comportamentais/organizacionais englobaram a restrição de intervenções não essenciais e do acesso aos quartos, a redução do volume de conversas, alarmes e intensidade luminosa, a limitação do uso de dispositivos eletrónicos, a implementação de períodos de silêncio e a reestruturação das rotinas de cuidados com planeamento entre equipas. As educativas compreenderam sessões de sensibilização e formação das equipas, distribuição de materiais informativos,

campanhas de consciencialização, auditorias periódicas e treino na gestão de alarmes para reduzir falsos alarmes. Já as tecnológicas incluíram sistemas de cancelamento ativo de ruído, monitorização visual com feedback em tempo real, dispositivos de notificação secundária e otimização dos parâmetros dos alarmes, com ajuste individualizado, aumento da pausa e redução do volume e luminosidade, especialmente durante o período noturno.

A redução do ruído em contexto crítico requer uma abordagem multidimensional e integrada, combinando várias estratégias, envolvendo modificação de práticas, capacitação das equipas e incorporação de recursos tecnológicos. Conclui-se que, embora as intervenções possam propiciar alguma redução dos níveis de ruído, estas nem sempre têm uma expressão estatisticamente significativa ou são facilmente implementáveis.

PO 23

RESPIRATORY IMPACT OF ABDOMINAL BINDER IN SPINAL CORD INJURY: ICU IMPLICATIONS – SCOPING REVIEW

Germano Ferreira; Carina Rodrigues; Maria Vaz Pinto; Ana Margarida Carvalho; Alda Frangolho; Luisa Dias; Maria Calado
Hospital São José

Introduction: *Respiratory dysfunction remains a major cause of morbidity and mortality in patients with spinal cord injury (SCI), particularly in high cervical lesions. Abdominal binders, a non-invasive and low-cost intervention frequently used in respiratory physiotherapy, may enhance lung volumes, expiratory pressure, cough effectiveness, and voice quality. A 2009 meta-analysis demonstrated physiological benefits in rehabilitation settings, but no studies have explored their role in critically ill patients. Recent French guidelines (2020) recommend binder use during positional changes in SCI (GRADE 2+), yet evidence in intensive care remains scarce. This review aimed to map evi-*

dence (2009–2025) on abdominal binder use in SCI and assess potential implications for intensive care units (ICUs).

Material and methods: A scoping review was conducted following PRISMA-ScR methodology. PubMed, CINAHL, and CENTRAL were searched (2009–2025) for studies on spinal cord injury, abdominal binder, and respiratory outcomes. Eligible studies included adult humans with SCI in whom an abdominal binder was applied, and respiratory parameters were assessed. Screening and data extraction were performed independently by two reviewers, collecting information on study design, population, intervention, and respiratory outcomes.

Results: Fourteen records were identified; after duplicate removal and screening, five studies met inclusion criteria. Most were experimental or observational studies in rehabilitation or physiology contexts. Reported findings included increased vital capacity, inspiratory and expiratory volumes, and forced expiratory pressure. Some studies demonstrated improved cough peak flow and secretion clearance. No studies were conducted in ICU settings or during mechanical ventilation.

Conclusions: Abdominal binder use shows consistent short-term respiratory benefits in SCI patients outside intensive care. However, no evidence currently addresses its role in acute SCI, ventilator weaning, or mechanical ventilation. This gap highlights the need for targeted clinical trials to determine its potential as a simple, low-cost adjunct for respiratory management in critically ill SCI patients.

Keywords: spinal cord injury; abdominal binder; respiratory function; respiratory physiotherapy; cough; intensive care; scoping review.

PO 24

HIPERLACTACIDEMIA INEXPLICADA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Cota Medeiros¹; Filipa Monteiro²; Rita Cruz²;
Vasco Salgado Costa¹; Luís Bento²

¹ULSLO; ²UUM - HSJ

Introdução: A hiperlactacidemia não resulta exclusivamente de disóxia celular. O aumento da estimulação adrenérgica pode induzir produção aeróbia de lactato como substrato energético. Assim, perante hiperlactacidemia, importa analisar todos os mecanismos fisiopatológicos possíveis.

A retenção urinária, caracterizada pela incapacidade de esvaziamento vesical, pode, em casos extremos, provocar efeitos hemodinâmicos indiretos por compressão vascular extrínseca ou ativação simpática reflexa (1,2).

O efeito de massa vesical decorrente de retenções volumosas, embora raramente descrito, pode comprometer o retorno venoso, causar hipoperfusão sistémica e contribuir para hiperlactacidemia também por estimulação simpática, mimetizando quadros graves como choque séptico, isquemia mesentérica ou tromboembolismo pulmonar (1,3).

Descrição do caso: Homem de 75 anos, previamente autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada. Medicado habitualmente com irbesartan/hidroclorotiazida 150/12,5 mg/dia, lercanidipina 20 mg/dia, rosuvastatina 10 mg/dia, metformina 1 g/dia e semaglutida 1 mg/semana.

Foi levado ao Serviço de Urgência após episódios de lipotímia autolimitados sem perda de conhecimento, associados a hipersudorese profusa. À admissão encontrava-se orientado, eupneico, hipotenso (PA 96/52 mmHg) e taquicárdico (FC 110 bpm). Lactato inicial: 3,9 mmol/L. Sem sinais de hipoperfusão periférica (sem mottling ou atraso do tempo de reperfusão capilar). Abdómen globoso, indolor,

sem defesa. Diurese espontânea preservada. No estudo inicial, ECG sem sinais de isquemia aguda e Angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. Analiticamente sem alterações de função renal, ionograma, troponina, CK ou parâmetros inflamatórios. Face à hipotensão e hiperlactacidemia, administraram-se 3 L de cristaloides, com melhoria tensional, mas agravamento do lactato até 8,2 mmol/L.

Angio-TC abdomino-pélvica excluiu isquemia mesentérica, mas revelou volumosa formação quística (23,1 × 23,8 × 15,5 cm), compatível com megabexiga e divertículo associado, ambos distendidos. Após avaliação por Urologia e ecografia, procedeu-se a cateterização vesical com drenagem de 3,5 L de urina concentrada. Verificou-se normalização do lactato e resolução das queixas, tendo o doente tido alta orientado para consulta de urologia.

Conclusão: Este caso destaca a hiperlactacidemia não associada a hipoperfusão tecidual, mas provavelmente decorrente de hiperprodução aeróbia de lactato por hiperestimulação simpática e diminuição do retorno venoso causada pelo efeito de massa vesical, agravada por eventual hipovolémia induzida por hipersudorese. A ressuscitação volêmica contribuiu para maior distensão vesical e estimulação adrenérgica, justificando o agravamento transitório da hiperlactacidemia durante o internamento no SU.

PO 25

SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Sousa Lopes; Cátia Henriques; Cátia Oliveira;
João Carvalho; Elsa Sousa; Ricardo Pinho
ULS de Entre Douro e Vouga

Introdução: A Síndrome Maligna dos Neurolépticos caracteriza-se por um conjunto de sintomas como a alteração do estado de consciência, rigidez muscular, hipertermia e disautonomia. A sua incidência varia entre

0,02 e 3%, podendo evoluir em rabdomiólise e disfunção multiorgânica, com uma taxa de mortalidade reportada entre 11 e 38%.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, com patologia psiquiátrica, medicada com clomipramina e clozapina. Recorre ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência e mioclonias dos membros superiores. Medicada no pré-hospitalar com diazepam com resolução das mioclonias. Ao exame objetivo apresentava-se, taquipneica, com insuficiência respiratória tipo 1, frequência cardíaca 151 bpm e lactato 11 mmol/L apesar de tensão arterial normal; escala de coma de Glasgow de 11 com discurso incompreensível e sem a rigidez muscular; temperatura auricular de 40,8°C. Analiticamente com trombocitopenia, lesão renal aguda KDIGO 2, não oligúrica, rabdomiólise, e elevação das enzimas de citocolestase. Inicialmente assumido golpe de calor, tendo sido admitida no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) com disfunção multiorgânica. Apresentou evolução clínica favorável, sob tratamento de suporte, com resolução das disfunções e recuperação do estado neurológico para o estado basal. Teve alta para a enfermaria onde, com o reinício da medicação do domicílio, retoma quadro de hipertermia, prostração, rigidez dos membros superiores, insuficiência respiratória tipo 1, hipertensão e taquicardia e analiticamente com leucocitose e rabdomiólise bem como re-agravamento da função renal. Estudo imagiológico cranioencefálico normal e punção lombar que excluiu infeção do sistema nervoso central. Neste contexto, assumido Síndrome Maligna dos Neurolépticos, tendo sido readmitida no SMIP. Iniciado tratamento com dantroleno, sem melhoria clínica do estado neurológico, da disfunção respiratória e com hipertermia refratária (temperatura periférica 40°C). Foi então iniciado bloqueio neuromuscular, medidas de arrefecimento externo e técnica de substituição de função renal

(TSFR) com progressiva normalização do perfil térmico. A doente melhorou paulatinamente, com possibilidade de extubação e recuperação do estado de consciência. Pela manutenção de anúria, manteve necessidade de TSFR, mantendo seguimento em Nefrologia.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de suspeita clínica de SMN e do seu atempado tratamento. Retrospectivamente, poderá já ter sido o motivo da admissão, desencadeado por quadro de desidratação e exposição ao calor, com melhoria após suspensão do neuroléptico que fazia no domicílio e recorrência dos sintomas com a introdução do fármaco.

PO 27

DA VAPORIZAÇÃO À FIBROSE: CASO GRAVE DE EVALI COM NECESSIDADE DE SUPORTE VENTILATÓRIO INVASIVO

Mariana Farinha; Sara Mexia; Rui Dias; Miguel Santos; Jorge Mendes; Fernando Henriques; Luís Val-Flores; Odete Gomes

ULS Região de Leiria

Introdução: Os cigarros eletrónicos têm ganho popularidade por serem percecionados como uma alternativa menos nociva ao tabaco convencional. Contudo, a evidência científica que suporta essa maior segurança é limitada. A *E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury* (EVALI) constitui uma entidade clínica potencialmente grave, associada a lesão aguda da membrana alvéolo-capilar, induzida quimicamente, que compromete as trocas gasosas. A sua apresentação clínica pode simular infeções respiratórias, sendo agravada na presença de co-infeção. Apresentamos um caso de EVALI com evolução grave e admissão em cuidados intensivos.

Case report: Homem de 39 anos, ex-fumador (10 unidades maço-ano, cessação há dois meses, substituído por cigarros eletrónicos) e ex-consumidor de chimó, com obesidade grau I, hipertensão arterial e dislipidemia não medicadas. Recorreu ao SU por quadro de um

mês de tosse produtiva, dor pleurítica direita, dispneia para pequenos esforços, febre e sudorese noturna. Previamente medicado com amoxicilina + ácido clavulânico, sem melhoria clínica. À admissão, apresentava insuficiência respiratória global com necessidade de oxigenoterapia (3 L/min). A TC torácica revelou áreas de vidro despolido com predomínio nos lobos inferiores e espessamento septal, sugestivos de EVALI ou infeção atípica.

Apresentou evolução clínica desfavorável para ARDS, sendo admitido na UCI para suporte ventilatório mecânico invasiva, após falência de ONAF. Por hipercapnia grave, realizou ECCO2R, para permitir ventilação ultra-protetora, com boa resposta. Cumpriu metilprednisolona, piperacilina-tazobactam e profilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* com cotrimoxazol. O estudo microbiológico foi negativo; o lavado broncoalveolar mostrou predomínio de PMN e macrófagos. Foi extubado ao 6º dia sem intercorrências.

Tem seguimento em consulta de Pneumologia, com dispneia para esforços moderados e oxigenoterapia domiciliária (1 L/min). Na TC torácica de re-avaliação apresenta lesões compatíveis com um padrão de fibrose pulmonar.

Conclusão: O diagnóstico de EVALI é desafiante, baseando-se na história clínica e em padrões imagiológicos sugestivos, sendo um diagnóstico de exclusão. Nas formas graves, pode ser necessário ventilação mecânica invasiva, estando associada a elevada morbimortalidade. A cessação definitiva dos dispositivos de vaping é crucial, além do tratamento inicial com corticoterapia.

PO 28

DOENTES COM TEP SUBMETIDOS A FIBRINÓLISE DIRIGIDA POR CATÉTER GUIADO POR ULTRASSOM

Natacha Silveira; Adelaide Valente; José Saraiva;
Maksym Dykyy
ULS Algarve - Hospital de Portimão

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia potencialmente fatal que requer tratamento rápido e eficaz. A terapêutica dirigida por cateter com o sistema EKOS® combina fibrinólise local e ultrassons, permitindo a reperfusão pulmonar com menor dose de fibrinolítico.

Objectivo: Análise descritiva dos doentes com TEP tratados com EKOS® num hospital periférico.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva (período de outubro de 2024 a setembro de 2025) de 10 doentes internados com diagnóstico de TEP de risco intermédio-alto e tratados com EKOS® num hospital periférico. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos e laboratoriais, bem como registo de complicações associadas ao procedimento. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS Statistics.

Resultados e conclusões: A amostra incluiu 10 doentes (60% do sexo feminino, 40% masculino), com idade média de $65,9 \pm 16,9$ anos. O tempo médio de internamento na UCI foi de $1,9 \pm 0,9$ dias e o tempo total de internamento hospitalar de $11,1 \pm 6,0$ dias. Todos os doentes tinham evidência de TEP bilateral na angiotomografia de tórax, apresentavam disfunção ventricular direita na avaliação ecográfica. Analiticamente à admissão apresentavam valor médio de troponina T de $71,1 \pm 44,0$ ng/L e de proBNP $6274,0 \pm 5157,2$ pg/mL. Nenhum apresentava hiperlactacidemia na avaliação inicial. Quanto à estratificação de risco, todos foram classificados como risco intermédio-alto. Na avaliação do *score* PESI à

admissão, 50% dos doentes situavam-se na classe V, 20% na classe IV e 30% na classe III. Registou-se apenas em um doente complicação relevante associada ao procedimento (hematoma no membro superior direito) e verificou-se um óbito (sem correlação direta com o procedimento). Quatro dos doentes repetiram ecocardiograma transtorácico após o procedimento em que já não apresentavam disfunção do ventrículo direito. Embora numa amostra pequena os resultados sugerem que o tratamento do TEP com EKOS® é seguro e com baixa taxa de complicações. A elevada proporção de casos com disfunção VD e risco intermédio-alto reforça a importância da seleção adequada destes doentes e importância da vigilância clínica para deteção precoce de deterioração clínica. Estudos com maior dimensão da amostra e acompanhamento são necessários para confirmar estes achados e avaliar o impacto prognóstico a longo prazo.

PO 29

ENTRE SÉPSIS E SHU: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO EM TEMPO REAL

Pedro Pires Mesquita; Rui Castro; Cecília Vilaça;
Pedro Silveira
Hospital de Braga

Introdução: As microangiopatias trombóticas (MAT) caracterizam-se pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão de órgão-alvo associado a microtrombose. Podem ser classificadas em púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) - associada a défice de ADAMTS13 $<10\%$; síndrome hemolítico-urémica típica (SHU) - relacionada com a toxina Shiga; e síndrome hemolítico-urémica atípica (SHUA) - associada à desregulação da via alternativa do complemento. O diagnóstico diferencial é essencial, dado que o tratamento e prognóstico diferem substancialmente.

Descrição do caso: Mulher de 32 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de

urgência por dor abdominal nos quadrantes direitos, associada a febre (40°C), náuseas, vômitos e diarreia aquosa não sanguinolenta. Analiticamente apresentava hemoglobina (Hb) 10,6 g/dL, leucócitos 24000/μL, plaquetas 115.000/μL, creatinina (cr) 1,15 mg/dL, PCR 129 mg/dl e gasimetria com lactato 4,4 mmol/L. A ecografia abdominal demonstrou hidronefrose à direita por litíase ureteral. Iniciou-se ceftriaxone e realizou cateterismo ureteral com saída de urina purulenta.

No 1º dia de internamento na enfermaria de Urologia, com necessidade progressiva de oxigenoterapia e oligúria. Contactado o serviço de Medicina Intensiva e foi admitida por urosépsis com disfunção respiratória e renal. No 5º dia de internamento, apresentava Hb 8 g/dL, plaquetas 17.000/μL, cr 2,5 mg/dL, com melhoria dos parâmetros inflamatórios. O esfregaço sanguíneo com 6% de esquizócitos. O estudo analítico foi alargado demonstrando LDH >1000 U/L; haptoglobina <10% e testes de Coombs direto e indireto negativos. A TC-TAP revelou derrame pleural bilateral e ascite de novo.

Perante a tríade de MAT, iniciada permuta de plasma. Estudos complementares revelaram: ADAMTS13 80%, C3 diminuído (73 mg/dL), C4 normal, autoimunidade negativa. Hemoculturas e urocultura identificaram *E. coli* e *Proteus mirabilis*, sensíveis a ceftriaxone. A doente evoluiu favoravelmente, com plaquetas 183.000/μL, cr 0,8 mg/dL e Hb 7 g/dL, sem necessidade de transfusões. Transferida para o Hospital da área de residência ao 12º dia de internamento.

Conclusão: A associação de pródromo gastrointestinal, bacteriemia a *E. coli* e curso autolimitado com recuperação completa favorecem o diagnóstico de SHU. O consumo de C3 poderá ser transitório em contexto séptico, não confirmando SHUa. A permuta de plasma, embora não indicada em SHU deve ser iniciada até exclusão de PTT. Este caso

sublinha a importância de suspeitar de MAT em doentes sépticos, garantindo diagnóstico precoce e seguimento.

PO 30

QUANDO A PELE ENGANA: ERITRODERMIA GRAVE EM DOENTE COM PSORÍASE

Soraia G. Araújo; Rui Castro; Luis Reis; Pedro Silveira
ULS de Braga

Introdução: A eritrodermia é uma emergência dermatológica e sistêmica, frequentemente associada a falência orgânica e elevada mortalidade. O diagnóstico diferencial é complexo, especialmente em doentes com antecedentes dermatológicos, como a psoríase, cuja apresentação pode mimetizar outras patologias graves.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino de 70 anos, com antecedentes de psoríase e internamento prévio por toxicodermia de etiologia desconhecida, recorreu ao serviço de urgência por exantema eritematoso pruriginoso de progressão cefalocaudal e febre. Ao exame físico, apresentava eritrodermia extensa com descamação difusa, pústulas confluentes, sinal de Nikolsky positivo, que poupava as mucosas. Analiticamente apresentava anemia, trombocitopenia, elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda.

O diagnóstico diferencial incluiu psoríase pustulosa generalizada, pustulose exantemática aguda e síndrome da pele escaldada estafilocócica. Devido à gravidade do quadro clínico, iniciou tratamento antibiótico, assim como medidas de suporte e proteção individual em sede de cuidados intermédios. Após discussão multidisciplinar com dermatologia e infeciologia, iniciou imunossupressão com ciclosporina, considerando a extensão da doença e a baixa probabilidade clínica de etiologia infecciosa.

Evolução clínica favorável com resolução da dermatose. Posteriormente, a biópsia cutânea revelou dermatite psoriasiforme de tipo toxi-

codérmico, não compatível com psoríase ou pustulose exantemática aguda. Considerando o episódio prévio de toxidermia, concluiu-se tratar de toxidermia recorrente, embora a associação farmacológica exata não tenha sido possível determinar.

Conclusão: A eritrodermia grave constitui um desafio diagnóstico importante, e a suspeita de toxidermia, sobretudo quando não há uma associação clara com fármacos suspeitos, tende a não ser considerada de imediato. A presença de psoríase prévia pode complicar ainda mais a interpretação clínica e dificultar o diagnóstico diferencial. Além disso, a preocupação com uma possível infecção muitas vezes atrasa o início da imunossupressão. Este caso evidencia a importância da abordagem multidisciplinar, permitindo integrar informação clínica, analítica e histológica, facilitando decisões terapêuticas precoces, promovendo, assim, uma evolução favorável do doente.

PO 31

SOBREVIVÊNCIA APÓS SECÇÃO COMPLETA DA CARÓTIDA COMUM: QUANDO SEGUNDOS CONTAM

Pedro Pires Mesquita; Ines Silveira; Cecília Pacheco;
Cecília Vilaça; Pedro Silveira
Hospital de Braga

Introdução: As lesões traumáticas cervicais com envolvimento do eixo carotídeo representam uma emergência cirúrgica rara, com mortalidade elevada na ausência de intervenção imediata. O reconhecimento precoce do choque hemorrágico e a reposição agressiva de volume e hemocomponentes são cruciais antes, durante e após a reparação vascular definitiva.

Descrição do caso: Homem de 20 anos, previamente saudável, admitido na sala de emergência após traumatismo cervical por impacto de carrinho de choque, apresentando hemorragia exsanguinante pulsátil. À chegada da emergência pré-hospitalar foi realizada o tamponamento compressivo e transporte

emergente para o hospital. À admissão em choque hemorrágico (TA não mensurável, FC 150 bpm, sudorese profusa e obnubilado). Com a colaboração da Cirurgia Vascular na sala de emergência, procedeu-se à clampagem da artéria carótida comum esquerda associada a compressão digital, sendo o doente transportado de imediato ao bloco operatório. No intraoperatório constatou-se secção completa da artéria carótida comum esquerda e da veia jugular interna, com lesão associada da artéria vertebral. Realizou-se laqueação dos topos da veia jugular interna, colocação de prótese vascular sintética na artéria carótida comum e aplicação de cera óssea cervical para controlo hemostático. Evolução intraoperatória favorável. Foi iniciado protocolo de transfusão maciça, tendo recebido 6 unidades de concentrado eritrocitário, 1 g de fibrinogénio, 1 pool de plaquetas e 3 litros de solução polieletrólítica.

No pós-operatório foi admitido em cuidados intensivos sob ventilação mecânica e suporte vasopressor transitório com noradrenalina (débito máximo - 0,24 µg/kg/min). Extubado no 2º dia de internamento, mantendo estabilidade hemodinâmica e perfusão cerebral preservada. Durante o internamento sem intercorrências a destacar e teve alta hospitalar ao 9.º dia, sem défices neurológicos, cicatrização adequada e boa perfusão distal.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da intervenção precoce e da equipa multidisciplinar no trauma vascular cervical, associada a suporte intensivo, permitindo preservar a viabilidade cerebral e evitar complicações sépticas. A rápida atuação é determinante para a sobrevivência em lesões carotídeas traumáticas.

PO 32

DO ABCESSO VULVAR À FALÊNCIA MULTIORGÂNICA: UM CASO EXTREMO DE GANGRENA DE FOURNIER

Soraia G. Araujo; Rui Castro; Fábio Correia;
Pedro Silveira
ULS de Braga

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma infecção necrotizante de evolução fulminante que atinge a região perineal, frequentemente polimicrobiana (aeróbios e anaeróbios), com elevada mortalidade, sobretudo em doentes idosos com múltiplas comorbilidades. O diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico agressivo e o início preliminar de antibioterapia de largo espectro são determinantes na sobrevida.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino de 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, insuficiência cardíaca e obesidade, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal difusa de 4 dias de evolução, associada a febre e prostração. Referia história de abcesso vulvar recente tratado com antibiótico e antifúngico.

Ao exame apresentava hipotensão, taquicardia e polipneia. Abdómen doloroso à palpação com eritema difuso, edema significativo e crepitação subcutânea. A tomografia abdominopélvica identificou uma coleção líquida junto à parede vaginal esquerda, com bolhas de gás, estendendo-se para as partes moles supra púbicas e abdómen inferior, compatível com gangrena de Fournier.

A doente iniciou antibioterapia empírica e foi submetida a desbridamento cirúrgico extenso emergente. Durante a indução anestésica evoluiu para paragem cardiorrespiratória, que reverteu com 1 ciclo de suporte avançado de vida. No intraoperatório manteve hipotensão refratária, necessitando ressuscitação volémica agressiva, transfusional e de suporte vasopressor com noradrenalina e vasopressina. No pós-operatório imediato, admitida na Uni-

dade de Cuidados Intensivos, por choque séptico refratário com disfunção multiorgânica: disfunção cardiovascular com necessidade de suporte vasopressor com noradrenalina e vasopressina, disfunção respiratória sob ventilação mecânica invasiva e disfunção renal anúrica com acidemia metabólica grave e necessidade de terapêutica de substituição da função renal. Apesar das medidas instituídas, evoluiu para nova paragem cardiorrespiratória, culminando em óbito nas primeiras 24h de internamento.

Conclusão: A gangrena de Fournier mantém-se uma entidade clínica devastadora, com mortalidade elevada, sobretudo em doentes idosos e portadores de múltiplas comorbilidades. Este caso ilustra a evolução fulminante da doença, em que, apesar do diagnóstico precoce, da abordagem cirúrgica imediata, da antibioterapia de largo espectro e do suporte intensivo, a evolução foi rapidamente fatal.

PO 33

MENINGOENCEFALITE, UMA CORRIDA CONTRA O TEMPO

João M. S. Pereira¹; Pedro Lito¹; Vasco Neves¹; Gonçalo Miranda¹; Ricardo Tjeng¹; Vitor Branco¹; Cristina Coxo¹; Miguel Castelo-Branco Sousa¹; Ana Carolina Oliveira¹; Andreia Pisco¹; Mafalda Ferreira²
¹ULS Cova da Beira; ²Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Enquadramento Teórico: A meningoencefalite por *Streptococcus pyogenes* é uma patologia rara que condiciona uma mortalidade elevada. Infecções do sistema nervoso central por este agente são muitas vezes provocadas por inoculação direta ou por contiguidade com locais infetados. A identificação precoce da infeção apresenta-se como um dos fatores mais determinantes no controlo e tratamento da infeção dado o *S. pyogenes* manter muito do seu perfil de sensibilidade antibióticos. O caso em infra descreve a admissão de uma doente no Serviço de Medicina Intensiva com meningoencefalite por *Streptococcus pyogenes*.

Descrição do caso: Mulher, 24 anos, sem antecedentes conhecidos. Segundo informação transmitida pelos familiares, a doente apresentaria quadro de cefaleia e desorientação com cerca de 1 semana de evolução, em agravamento durante a viagem da Holanda para Portugal. Dá entrada no serviço de urgências com quadro de cefaleia e lentificação motora e cognitiva. Rapidamente evolui para quadro prostração com necessidade de intubação orotraqueal para proteção de via aérea. A doente é admitida no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Realiza punção lombar e TC cranioencefálica. Isola-se no liquor S. pyogenes multissensível, porém, na TC cranioencefálica visualiza-se processo extenso de edema cerebral com presença das amígdalas cerebelosas no buraco magno. Apesar de medidas de neuroprotecção instituídas e da terapêutica antibiótica utilizada, o quadro da doente apresentou-se como refratário, culminando na morte da doente.

Discussão e conclusão: O caso reportado descreve um quadro de meningoencefalite por *Streptococcus pyogenes* em que infelizmente o doente faleceu. Neste verifica-se que o tempo entre o início sintomático e o diagnóstico e tratamento foi de cerca de 1 semana. Este atraso, muito em parte à situação da doente (encontrar-se em viagem), acabou por tornar a sua situação clínica refratária a qualquer tratamento, dado o edema cerebral extenso. Nos doentes que apresentam diagnóstico precoce, com instituição de tratamento adequado devem manter seguimento em consulta de neurologia após alta do SMI.

PO 34

ARDS SECUNDÁRIO A PNEUMONITE QUÍMICA: UMA MISTURA TÓXICA E FATAL

Miguel Prista Monteiro; António Padilha; Rui Vianez;
Miguel Varela; Javier Moreno
ULS Algarve - Faro

As soluções baseadas em glifosato são utilizadas como herbicidas, não possuindo a toxicidade inerente dos organofosforados. Não obstante, existem casos relatados de toxicidade, não diretamente pelo glifosato mas pelos ingredientes aos quais é associado nas soluções comercializadas, nomeadamente no ROUNDUP® e no Clinic UP®. A toxicidade está geralmente associada a ingestão de doses concentradas destes produtos, sendo a inalação uma via de exposição pouco significativa, podendo causar desconforto oro-nasal e irritação orofaríngea. No entanto, no mundo da química, a interação entre componentes desmultiplica as probabilidades de intoxicação tóxica. A pneumonite química é caracterizada por uma macroaspiração ou inalação de líquidos ou gases tóxicos, com imediata sintomatologia.

Descreve-se um caso de um doente de 81 anos, sem patologia pulmonar prévia, vítima de inalação de fumos libertados aquando da mistura de ROUNDUP® e Clinic UP®. Apresenta quadro de lipotímia no imediato, constatando-se pela equipa de emergência pré-hospitalar bradicardia sinusal e hipotensão refratária a fluidoterapia. Desenvolve progressivamente disfunção respiratória, com polipneia e broncospasmo, progredindo rapidamente para necessidade de FiO2 a 100% por cânula nasal de alto fluxo. A tomografia computadorizada de tórax apresentava múltiplas opacidades em vidro despolido peribroncovasculares bilateralmente, sugerindo diagnóstico de pneumonite associada a inalação da mistura descrita. Neste contexto é iniciada terapêutica com metilprednisolona 1mg/kg, sendo admitido

na UCIP. Evolui rapidamente para ARDS com necessidade de ventilação mecânica invasiva, choque refratário e oligúria. Vem a falecer ao fim de 45h após admissão hospitalar.

Este caso demonstra uma situação previamente não relatada na literatura de uma rápida evolução secundária a exposição por inalação a 2 produtos à base de glifosato que inalados isoladamente não estão associados ao grau de lesão da via aérea constada, no entanto quando conjugados evidenciam uma evolução clínica muito rápida. Do nosso conhecimento, uma situação de lesão pulmonar terá ocorrido com inalação de uma mistura de ROUNDUP e diesel, mas sem disfunção respiratória grave, com resolução após corticoterapia. O papel das equipes de emergência pré-hospitalar são fundamentais na colheita exaustiva de informação, assim como o conhecimento dos efeitos associados à mistura de soluções de glifosatos é determinante para enquadrar a disfunção respiratória exuberante não relatada nas características do produto e eventualmente optar precocemente por suporte ventilatório e terapêuticas de depuração destas substâncias.

PO 35

MENINGITE SOB PRESSÃO: MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PRESSÃO INTRACRANIANA NA MENINGITE BACTERIANA AGUDA

Laura Ferraz Santos¹; Rita Leite Cruz¹; Hugo Inácio²; Luís Morais¹; José Jacome¹; Bruno Maia¹; Luís Bento¹
¹ULS São José; ²Hospital Beatriz Ângelo, ULS Loures Odivelas

Introdução: A meningite bacteriana aguda (MBA) está frequentemente associada a elevação da pressão intracraniana (PIC) por inflamação das meninges e alterações na dinâmica do líquido cefalorraquidiano. A monitorização invasiva da PIC não está recomendada, no entanto, nos últimos anos tem sido publicada evidência robusta da sua utilidade nesta patologia. Ainda não é conhecido o seu impacto no

prognóstico.

Métodos: Revisão retrospectiva de três casos de MBA admitidos numa unidade de cuidados intensivos neurocríticos, nos quais foi usada monitorização invasiva de PIC com cateter parenquimatoso. Os casos foram analisados quanto à indicação para monitorização, intervenções realizadas, complicações e evolução clínica.

Resultados: Nos 3 casos relatados, os doentes apresentavam alterações do parênquima, levando à colocação de monitorização invasiva da PIC. Em todos, foi diagnosticada hipertensão intracraniana, o que permitiu o seu tratamento, em primeira instância, com medidas médicas (sedoanalgesia, ajuste ventilatório e osmoterapia). O primeiro caso é de um homem de 40 anos com MBA pneumocócica e hematoma cerebeloso agudo, submetido apenas a terapêutica médica, tendo tido recuperação neurológica completa. O segundo caso é de uma mulher de 80 anos com MBA pneumocócica e hemorragia subaracnoideia difusa, com evolução para ventriculite, encefalite e abscessos cerebrais, com desfecho fatal. O terceiro caso é um homem de 32 anos com MBA por *Streptococcus intermedius* com múltiplos empiemas subdurais e cerebrites, submetido a craniectomia descompressiva e, posteriormente, drenagem ventricular externa e antibioterapia intratecal; o doente sobreviveu, mas com dependência funcional grave (mRS 4).

Discussão: A monitorização invasiva da PIC em doentes com MBA permanece uma prática clínica sem consensos bem estabelecidos, mas os presentes casos ilustram a sua potencial utilidade em cenários selecionados. Nos doentes analisados, a utilização de cateter parenquimatoso permitiu avaliação contínua da PIC, favorecendo decisões terapêuticas ajustadas. Importa destacar que não se registaram complicações atribuíveis ao procedimento ou ao dispositivo, reforçando a sua segurança.

Quanto ao impacto prognóstico, o controle

eficaz da PIC pode ser determinante em cenários de hipertensão intracraniana secundária à infecção ou a complicações hemorrágicas, contribuindo para melhor desfecho funcional. No entanto, assim como observado no segundo caso, os desfechos continuam amplamente dependentes da gravidade das lesões cerebrais e extensão das suas complicações. **Conclusão:** Os casos relatados alinham-se com a tendência da literatura atual: a monitorização da PIC é segura e pode auxiliar na otimização das medidas neuroprotetoras e tratamento das complicações associadas à MBA.

PO 36

TRIPLA CATÁSTROFE: CHOQUE TÓXICO, PÚRPURA FULMINANS E DISCRASIA HEMORRÁGICA EM EVOLUÇÃO FATAL

Maria João Fernandes;
Catarina Rodrigues Fragoso Morgado; Anna Sukhovi;
João Pedro Santos; Raquel Maia; Ana Carolina Araújo;
Paulo Telles De Freitas
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A síndrome de choque tóxico (SCT) é uma condição potencialmente fatal provocada por toxinas bacterianas, desencadeando uma resposta inflamatória sistêmica com disfunção multiorgânica (DMO). Quando associada a púrpura fulminans e a discrasia hemorrágica, agrava o prognóstico.

Mulher de 71 anos, melanodérmica, com diabetes Mellitus tipo 2, mal controlada. Recorre ao serviço de urgência com quadro neurológico transitório, objetivando-se palidez cutânea, sudorese, polipneia e hipoxemia (SpO2 86%). Apresentava acidemia metabólica, lactato de 7 mmol/L, proteína C reativa de 40 mg/dL, citólise hepática, lesão renal aguda (Creat 2.18mg/dL) e rabdomiólise (CK 6500). Nas primeiras horas, rápida instalação de disfunção neurológica, respiratória, circulatória, e desconforto abdominal. A TC tóraco-abdomino-pélvica revelou distensão gástrica e duodenal com diminuição do calibre

da artéria mesentérica superior, levantando suspeita de síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS). Admitida no serviço de Medicina Intensiva (SMI), por choque séptico com provável ponto de partida em translocação bacteriana secundária a suboclusão intestinal por SAMS, a condicionar DMO. À admissão em exaustão respiratória, motivando entubação orotraqueal. Face à evolução em choque refratário com provável foco abdominal, realizada laparotomia exploradora, sem sinais de isquemia intestinal. Na readmissão, objetivada celulite da coxa e braço direitos, a par de lesões cutâneas sugestivas de púrpura fulminans. Pela presunção de SCT, iniciada antibioterapia com meropenem, vancomicina e clindamicina e iniciada imunoglobulina humana. Iniciou técnica de substituição da função renal (TSFR) com filtro de adsorção. As hemoculturas relevaram-se positivas para *Streptococcus agalactiae*. Necessitou de suporte vasopressor (noradrenalina e vasopressina) e inotrópico (dobutamina). Evoluiu com isquemia distal irreversível das mãos e pés e desenvolveu quadro de discrasia hemorrágica com hematúria, hematoma da face e múltiplos pontos sangrantes com necessidade de suporte transfusional. Ao 10º dia, nova evolução em choque séptico, com bacteriemia a *E.Coli*. Apesar de ajuste antibiótico, manteve agravamento da DMO. Ao 12º dia, por hematoma periorbitário esquerdo, faz TC crânio que revelou lesões múltiplas isquémicas agudas. Atendendo à evolução desfavorável e refratoriedade do quadro, decidiu-se pela retirada de terapêutica.

A SCT estreptocócica, causada por cocos produtores de exotoxina, tem uma taxa mortalidade entre 20 a 60% apesar de terapia agressiva. O caso reflete a importância do controlo de foco atempado em quadros sépticos graves pela sua complexidade e a sua rápida progressão para DMO. A presença de SCT, púrpura fulminans e discrasia hemorrá-

gica constituiu um triplo fator de gravidade, com desfecho fatal apesar da terapia instituída, nomeadamente imunoglobulina e TSFR com filtro de adsorção.

PO 37

DA VERTIGEM À VENTRICULOSTOMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO NEUROCRÍTICO DE MENINGITE TUBERCULOSA

João Poço Gonçalves; André Colmente; Ana Rita Branco;
Inês Freitas; Joana Esteves; José Miguel Sá
*Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital
de Santa Luzia*

Introdução: A meningite tuberculosa (MT) é uma manifestação rara e grave da infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, representando apenas 1% de todos os casos de tuberculose e 5–6% das meningites (em países de baixa incidência de tuberculose). O diagnóstico é frequentemente tardio devido à morosidade e à baixa sensibilidade dos exames microbiológicos iniciais. Descreve-se um caso de MT numa doente com múltiplas comorbilidades, deterioração neurológica grave, que necessitou de abordagem em cuidados intensivos e intervenção neurocirúrgica.

Caso clínico: Mulher, sexta década de vida, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, obesidade, cardiopatia isquémica, e hipotireoidismo e hipogonadismo hipogonadotrófico, apresenta-se no SU por queixas de cefaleia, vertigem e desequilíbrio, com quedas recorrentes. A TC cerebral inicial e os exames laboratoriais sanguíneos estão dentro dos parâmetros da normalidade, e é admitida para vigilância e tratamento sintomático de vertigem periférica. Evolui com astenia, febre e desorientação, sendo realizada punção lombar que revela LCR turvo, com pleocitose linfocítica (485 células/ μ L; 92% linfócitos), hipoglicorraquia (30 mg/dL; glicemia sérica 141 mg/dL) e hiperproteínorraquia (292 mg/dL). Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir em dose meníngea, e foi in-

ternada no Serviço de Medicina Intensiva por deterioração do estado neurológico (Escala de Coma de Glasgow 7) tendo sido entubada. Os estudos bacteriológicos diretos e culturais iniciais foram negativos. Realizada RM cerebral mostrou lesões puntiformes inespecíficas, tendo realizado nova punção lombar (em D8 de internamento) com pleocitose persistente e pressão de abertura >40 cmH₂O. Pesquisado PCR de *M. tuberculosis* no LCR que foi positivo, e iniciou terapêutica dirigida com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e corticoide adjuvante. TC de reavaliação mostra hidrocefalia supratentorial com fluxo transependimário e edema cerebral difuso, a motivar drenagem ventricular externa.

Conclusão: Este caso ilustra o desafio do diagnóstico de MT em doentes imunocompetentes, com sintomas inespecíficos e múltiplas comorbilidades. A suspeição clínica e marcha diagnóstica realizada com a RM e repetição da punção lombar foram fundamentais para o início atempado de terapêutica dirigida e identificação precoce da necessidade de DVE, passos determinantes para melhorar o prognóstico desta condição potencialmente fatal.

PO 38

INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO SECUNDÁRIA A SHISHA COM COMPROMISSO NEUROLÓGICO GRAVE

Inês Madeira Santos; Isabel Santos Jorge;
Margarida Monteiro
ULS Amadora Sintra

A intoxicação por monóxido de carbono (MO) está frequentemente associada a incêndios e a combustão em espaços pouco arejados. Todavia, existem alguns casos descritos em contexto de consumo de shisha (cachimbo de água). As manifestações clínicas oscilam entre ausência de sintomas e a alteração do estado de consciência, sem relação proporcional com as concentrações de MO. É uma situação potencialmente grave, mas tratável se diagnosticada

atempadamente, muitas vezes com recurso a oxigenioterapia hiperbárica.

Homem de 29 anos, com antecedentes pessoais de síncope de repetição de etiologia não esclarecida, hepatite B crónica e epilepsia. Assinalam-se múltiplas idas ao serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência em contexto de intoxicação alcoólica e consumo de substâncias de abuso. Admitido no SU em contexto de crise tónico-clónica generalizada. Referência a consumo de shisha no dia anterior, em local pouco arejado.

À admissão na sala de reanimação: hemodinamicamente estável, em aparente pós-crítico, com escala de coma de glasgow de 10 (abertura ocular ocasional, sem resposta motora ou verbal organizada). Apresentava ainda hiperémia conjuntival e aparente desvio ocular para a direita. Com necessidade oxigénio por máscara de alto débito. Face a suspeita de intoxicação farmacológica, realizou naloxona, sem resposta clínica. Administrados 4 gramas de levetiracetam em contexto pós crítico.

Gasimetricamente com carboxi-hemoglobina (COHb) de 19%, sem outras alterações. Optou-se por entubação oro-traqueal, sob sedação, face à apresentação neurológica grave. Por intoxicação por MO, foi transferido para o Centro de Medicina Hiperbárica, onde cumpriu uma sessão de 100 minutos a 2,5 atmosferas. No final da sessão com COHb de 3.1%. Internamento posterior no serviço de medicina intensiva, sob sedação que foi reduzida de forma progressiva. Inicialmente com despertar confuso e tentativa de mobilização dos quatro membros com necessidade de dexmedetomidina para estabilização. Durante o internamento manteve-se sem suporte vasopressor, diurese adequada, mas hipotérmico, com *shivering* (temperatura de 32°C), pelo que foi necessário aquecimento externo, com recuperação progressiva. Extubação para máscara de venturi, com sucesso. Transferido ao 2º dia de internamento para enfermaria de

medicina, tendo alta no dia seguinte, em ar ambiente e sem sequelas neurológicas.

A intoxicação por MO associada ao consumo de shisha é uma entidade rara, mas que deve ser considerada perante quadros de alteração do estado de consciência. O diagnóstico atempado permite instituir rapidamente a terapêutica adequada, que é determinante para a reversão do quadro. Este caso realça a importância de uma história clínica detalhada e da valorização de sinais e sintomas inespecíficos, reforçando a necessidade de sensibilização dos potenciais riscos destes consumos junto dos profissionais de saúde.

PO 39

PANCREATITE AGUDA EM CUIDADOS INTENSIVOS: DOIS CASOS DE ABORDAGEM STEP-UP COM SUPORTE MULTIORGÂNICO

Marta Magno¹; Inês Correia Brasil²; Pedro Mendes de Abreu²; José Eduardo Mateus²; Nuno Devesa²

¹ULS RLeiria; ²ULS Coimbra

A pancreatite aguda grave é um motivo de internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com uma taxa de mortalidade que pode atingir os 30%.

Apresentamos dois casos clínicos de pancreatite aguda grave, com necessidade de internamento em UCI e intervenção minimamente invasiva para drenagem de coleções peripancreáticas: transgástrica e percutânea. Homem, 58 anos com obesidade, HTA, dislipidemia, hiperuricemia e hábitos etanólicos esporádicos. Admitido no SU por quadro de dor epigástrica com 4 dias de evolução. Normotenso e taquicárdico, dor à palpação abdominal, analiticamente com elevação importante da lipase (1920U/L). Acidose metabólica láctica compensada. Imagiologicamente com necrose pancreática de 70%, sem coleções organizadas. Admitido na UCI em nível II, agravamento clínico nos primeiros dias de internamento com necessidade de ventilação

mecânica invasiva (VMI) e suporte vasopressor. APACHE II 17. Ao D28, repetição de TC por agravamento clínico e analítico: “aumento da extensão da necrose do pâncreas (> 90%), com presença de conteúdo líquido compatíveis com *walled-off necrosis*. Após discussão multidisciplinar opta-se por drenagem ecoendoscópica transgástrica, seguida de várias sessões de necrosectomia com melhoria do quadro clínico. Alta ao 77º dia da UCI e ao 105º alta hospitalar.

Mulher, 64 anos com obesidade, perturbação depressiva, Glaucoma. Internamento em cuidados intensivos há 18 dias por quadro de pancreatite aguda litíásica necrohemorrágica e após discussão multidisciplinar realizada drenagem da coleção pancreática infetada. Admitida com necessidade de suporte multiorgânico por evolução em Choque Séptico com DMO, nomeadamente VMI, suporte vasopressor e técnica de suporte renal por hipercalemiemia refratária. APACHE II 30. Drenagem inicial com abordagem percutânea guiada por TC e, posteriormente estratégia endoscópica transgástrica para colocação de prótese e múltiplas sessões de necrosectomia com progressiva melhoria do quadro clínico. Alta da UCI ao 16º dia.

A pancreatite aguda grave associa-se a elevada mortalidade, tornando crucial a identificação precoce de sinais de gravidade e, quando indicada, a admissão em cuidados intensivos.

Os casos apresentados reforçam a importância da Medicina Intensiva na manutenção do suporte multiorgânico e evidenciam o valor da abordagem multidisciplinar faseada, adotando uma estratégia *step-up*, privilegiando técnicas minimamente invasivas e reservando a estratégia cirúrgica para os casos refratários, contribuindo para melhores *outcomes* clínicos e alinhado com as atuais recomendações técnico-científicas. Em suma, os casos apresentados reforçam a necessidade de integração

precoce de equipas multidisciplinares e adoção de protocolos baseados em evidência, determinantes para otimizar recuperação clínica.

PO 40

COLECISTITE HEMORRÁGICA – UMA FORMA RARA DE CHOQUE HEMORRÁGICO NUM DOENTE COM DUPLO RISCO

Nicole Foreman¹; Ana Morais Alves²; Beatriz Machado¹; Catarina Sottomayor¹; Maria Manuel Moreira³; Cristiana Paulo¹; José Artur Paiva¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ³Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A colecistite hemorrágica é uma complicação rara de colecistite aguda, com uma incidência de 7%. As apresentações clínicas mais comuns são a colecistite, a cólica biliar, sendo a hemorragia uma forma mais rara de apresentação. A hipocoagulação, coagulopatia, neoplasia e trauma são os principais fatores de risco associados.

Descrição do caso: Homem de 43 anos, com antecedentes de hemofilia B leve (Fator IX - 30%) sob suplementação *on demand* e hipocoagulação com varfarina, por próteses mecânicas aórtica e mitral, colocadas no contexto de endocardite prévia, recorre à urgência por dor intermitente na fossa ilíaca direita, com irradiação para o ombro direito, com três dias de evolução, associada a náuseas e vômitos, sem febre ou outros sintomas associados. Ao exame objetivo destacava-se dor à palpação abdominal nos quadrantes superior e inferior direitos. Evolui desfavoravelmente em choque, com hipotensão e lactato máximo de 3.68mmol/L. Analiticamente destaca-se anemia aguda com uma hemoglobina de 7.4g/dL (prévia 13g/dL), INR supratrapêutico (3.3) e doseamento do Fator IX de 0.45 U/mL (infratrapêutico). A angio-TC abdominal-pélvica demonstrou uma imagem

excecional e atípica da vesícula biliar, com uma vesícula bastante distendida, preenchida por um conteúdo hiperdenso e por litíase biliar e hemoperitôneo de moderado volume. Além do suporte transfusional, com concentrado eritrocitário, foi efetuada reversão da hipocoagulação com vitamina K, complexo protrombínico e fator IX. Admitido em medicina intensiva para vigilância. Evoluiu com agravamento da disfunção macrocirculatória. Repetiu angio-TC nas primeiras 24h que excluiu hemorragia ativa, mas por suspeita de colecistite hemorrágica é submetido a colecistectomia laparoscópica urgente. Macroscopicamente, a vesícula apresentava-se perfurada e com sinais inflamatórios, motivo pelo qual o doente cumpriu cinco dias de antibioterapia empírica com metronidazol e ceftriaxone. A gestão da hipocoagulação do doente foi um desafio tendo sido realizada em estreita colaboração com o serviço de imunohemoterapia. O doente mantinha drenagem hemática, com hemorragia do leito vesicular que foi tratada conservadoramente, e necessidade de hipocoagulação por próteses mecânicas. Foi doseado diariamente o fator IX, assumindo um *cut-off* mais baixo pelo risco hemorrágico (>60%). Apresentou evolução favorável e sem eventos trombóticos.

Conclusão: Este caso constituiu um desafio por ser uma forma rara de colecistite num doente com duplo risco hemorrágico: coagulopatia hereditária e hipocoagulação terapêutica. A colecistite hemorrágica, embora rara, deve ser um diagnóstico diferencial a considerar na suspeita de colecistite aguda num doente com fatores de risco e evidência de hemorragia.

PO 41

ANGIOEDEMA INDUZIDO POR IECAS: O TEMPO NÃO PROTEGE

Teresa Miranda; Christopher Strong; David Nora; Vítor Mendes
ULSLO

Introdução: O Angioedema (AE) induzido por inibidores de conversão de angiotensina (IECA), é uma reação adversa rara, mas potencialmente grave, manifestando-se por edema dos lábios, língua e face, e cursando ocasionalmente com manifestações gastrointestinais. A maioria dos casos de AE surge na primeira semana após o início de terapêutica, havendo, contudo, casos descritos em que o quadro se manifesta meses ou até anos após o início do tratamento.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com antecedentes relevantes de hipertensão arterial medicada com IECA há mais de 10 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por edema exuberante da língua com cerca de três horas de evolução e sensação de dispneia, embora sem insuficiência respiratória associada, tendo sido transferida para a sala de reanimação neste contexto. Realizou terapêutica com adrenalina 0,5mg intramuscular, hidrocortisona 400mg e clemastina 2mg via endovenosa, sem melhoria. Dada ausência de resposta à terapêutica instituída e pelo risco de progressão para obstrução total da via aérea (VA), foi realizada intubação orotraqueal (IOT) com videolaringoscopia com tração da língua sob indução de sequência rápida (ISR), que decorreu sem intercorrências. Posteriormente, foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva para continuação de cuidados.

Realizou TC Cervical nas primeiras 24 horas após admissão, que demonstrou edema da língua a descair posteriormente, obliterando por completo a coluna aérea, mantendo-se esta apenas patente pela presença do tubo orotraqueal. Perante estes achados imagioló-

gicos, a doente manteve sedoanalgesia titulada para um RASS alvo de -1/-2, assim como IOT e suporte ventilatório e não apresentou outras disfunções de órgão de novo.

Do estudo etiológico realizado destaca-se: doseamento de triptase normal (3,1mg/L); fração C3 do complemento normal (161mg/dL); fração C4 do complemento normal (29,6 mg/dL); doseamento de C1q normal (13,3mg/dL); doseamento inibidor de C1 normal (31mg/dL) e inibidor de C1 funcional 106% (>60% normal).

Perante o quadro clínico inicial, os achados laboratoriais anteriormente descritos, aliados a uma progressiva melhoria clínica, foi assumido o diagnóstico de angioedema induzido por fármacos, neste caso específico por IECA. Foi avaliada por Otorrinolaringologia ao 7º dia de admissão na UCI, que através de nasofibroscopia verificou resolução completa do edema. Perante evolução favorável, foi extubada ao 7º dia de internamento, sem necessidade de re-intubação.

Conclusão: O tratamento inicial do AE induzido por IECA consiste na suspensão imediata do fármaco implicado e tratamento de suporte até resolução do quadro. A obstrução da VA manifesta-se em cerca de 10% dos casos de AE induzido por IECA, podendo ser necessário IOT. Os anti-histamínicos, corticoides ou adrenalina são ferramentas pouco eficazes no tratamento do AE dado o papel limitado da histamina na sua fisiopatologia.

PO 42

RETROPERITONEU, O COMPARTIMENTO OCULTO DO CHOQUE HEMORRÁGICO – AGIR RÁPIDO FAZ A DIFERENÇA

Inês Hermenegildo; João Melo Alves
Hospital de São José

O choque hemorrágico não-traumático representa um desafio diagnóstico e terapêutico devido à elevada mortalidade e à necessidade de intervenção rápida e multidisciplinar. O espaço

retroperitoneal é um compartimento anatómico que pode conter hemorragias volumosas e de difícil diagnóstico clínico, frequentemente apenas identificadas em exames de imagem realizados perante instabilidade hemodinâmica ou queda abrupta da hemoglobina.

O caso descrito refere-se a uma mulher de 86 anos, internada, que desenvolveu um quadro de choque hemorrágico com necessidade de suporte transfusional maciço e intervenção pela radiologia.

Mulher de 86 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. No 10º dia de internamento por hérnia incisional com indicação cirúrgica, apresentou queda de hemoglobina para 6.9g/dL e foi identificada uma massa no flanco esquerdo de novo à palpação. Realizou Tomografia Computarizada (TC) abdominopélvica que identificou um volumoso hematoma retroperitoneal de 19cm com sinais de hemorragia ativa em fase arterial. Evoluiu rapidamente em choque hemorrágico, com necessidade de suporte vasopressor, transfusional e transferência para um centro com radiologia de intervenção (RI).

Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos, onde foi instituída uma abordagem do choque hemorrágico guiada por objetivos, em articulação com o serviço de Imunohemoterapia, com transfusão maciça de hemoderivados e adjuvantes guiada por alvos terapêuticos, com apoio de tromboelastometria rotacional. Foi submetida a angiografia, cateterização e embolização da artéria circunflexa ilíaca profunda esquerda. Perante novo agravamento hemodinâmico, foi reavaliada por TC e arteriografia que documentaram hemorragia com origem nas artérias ilíaca interna proximal, subcostal de D12 e lombar de L1 esquerdas, posteriormente embolizadas com sucesso.

Evoluiu favoravelmente, com estabilização hemodinâmica e melhoria clínica, sendo transferida para o hospital da área de residência após 3 dias de internamento.

O caso ilustra a importância de uma abordagem rápida, estruturada e multidisciplinar do doente em choque hemorrágico, privilegiando a reposição com hemoderivados, a correção da coagulopatia e o controlo eficaz da fonte de hemorragia. Sublinha-se que, no contexto de hemorragia aguda, os parâmetros laboratoriais convencionais, como hemoglobina ou tempo de coagulação, não refletem adequadamente o estado hemodinâmico do doente, sendo necessário atuar com base em parâmetros funcionais e na evolução clínica.

A integração entre terapêutica guiada por testes viscoelásticos e técnicas endovasculares permitiu uma intervenção precoce e direcionada, determinante para o desfecho favorável. Reforça-se a necessidade de protocolos institucionais que promovam a atuação coordenada entre cuidados intensivos, imunohemoterapia e radiologia de intervenção para melhorar o prognóstico destes doentes.

PO 43

CANDIDA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Carolina Alegria¹; Joana Coelho²; Marta Pinheiro²; Margarida Silva²; Lúcia Taborda²; Armino Ramos²
¹Hospital de Cascais; ²Hospital de Cascais

Introdução: A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma inflamação do trato ginecológico superior e da pélvis secundária a infeção. Na maioria dos casos é uma infeção polimicrobiana sendo que os agentes mais frequentemente identificados são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoea*. A principal via de disseminação é a ascendente com origem no trato ginecológico inferior enquanto a associada ao uso de dispositivo intrauterino (DIU) é mais rara. A DIP em contexto de DIU, além de rara, é habitualmente bacteriana e ocorre precocemente após a inserção do mesmo. São extremamente raros os casos graves associados a fungos e em contexto tardio.

Descrição do caso: Descrevemos uma doen-

te de 46 anos com antecedentes de nódulo hepático submetida a ressecção e síndrome depressiva, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse, vômitos, diarreia e dor abdominal com evolução em 48 horas em sepsis com ponto de partida não esclarecido (admitido inicialmente provável infeção respiratória viral sobreinfectada, sem imagem de condensação, iniciando antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina) com disfunção multiorgânica pelo que foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva. Em dia 4 de internamento por manutenção de quadro infeccioso em agravamento realizou-se exame de imagem que revelou em topografia subfrênica esquerda uma coleção e na cavidade pélvica em localização parauterina à esquerda uma formação hipodensa, densificação mesentérica difusa e espessamento peritoneal. Escalou antibioterapia para Doxiciclina, Ceftriaxone e clindamicina e após discussão com especialidades Ginecologia e Cirurgia Geral, foi submetida a laparoscopia que revelou à entrada da cavidade pélvica líquido ascítico purulento, trompas edemaciadas e abertura a nível do ligamento largo esquerdo com saída de conteúdo purulento. Foi realizada drenagem, lavagem e retirado DIU. Adicionalmente foram drenados os abscessos subfrénico e periesplénico. Em dia 9 de internamento isolamento de *Candida* em urocultura e no DIU (e mais tarde no abscesso subfrénico) pelo que iniciou antifúngico. Foi ainda submetida ao longo do internamento a mais duas intervenções cirúrgicas para controlo de foco (abscesso subfrénico). Após controlo de foco melhorou o quadro séptico assim como de todas as disfunções com evolução favorável em GCS 15, extubada após 22 dias de ventilação mecânica invasiva e transferida para a enfermaria de Ginecologia/Obstetrícia.

Conclusão: O diagnóstico da DIP é clínico sendo que é necessário um elevado nível de suspeição para o mesmo, os exames de ima-

gem, os achados da laparoscopia ou biópsia podem ajudar a confirmar o diagnóstico de DIP, ainda que a sua ausência não exclua a possibilidade da mesma. Este caso serve para relembrar que o DIU infetado pode ser a causa de uma sepsis e que os dispositivos infetados podem apresentar microrganismos atípicos que frequentemente não respondem ao tratamento inicial.

PO 44

QUANDO A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SE APRESENTA NA PIOR VERSÃO – CAUSA INCOMUM DE AVC

Cristiana Ferreira¹; Joana Magalhães Ferreira²; Bruno Monteiro³; Bruna Mota²; João Preto¹; Andres Merino¹

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE / Hosp. de Mirandela (Hosp. Nossa Senhora do Amparo); ²Centro Hospitalar de S. João, EPE; ³Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Introdução: É conhecido que a coagulação intravascular disseminada (CID) e a leucocitose que se desenvolvem durante a leucemia mieloide aguda (LMA) podem causar hipercoagulopatia. Sabe-se também que a frequência de eventos cardiovasculares aumenta durante as doenças malignas; no entanto, infarto do miocárdio (IM) e acidente vascular cerebral isquémico são muito raros no curso da LMA.

Descrição do caso: Sexo feminino, 75 anos, sem antecedentes pessoais nem medicação habitual. Atividade de VVAVC por quadro de hemiparesia esquerda de 2h de evolução avaliada na Sala de Emergência (SE) por afundamento estado de consciência, com desvio do olhar para a esquerda, sem resposta verbal, a não cumprir ordens, com resposta em descerebração do MSD e MI e com resposta em descorticação do MSE a estímulo algíco. Realizou Angio-TC cerebral com hiperdensidade espontânea em segmento M1 da artéria cerebral média (ACM) esquerda, com correspondente interrupção na progressão da

coluna de contraste, possivelmente traduzindo estenose crítica.

Doente realiza RMN por dissociação clínicamagiológica, que relata extensa área de isquemia recente com restrição da difusão em território da ACM esquerda e áreas de isquemia recente com restrição de difusão.

Doente foi proposta para trombectomia, a qual foi aceite. No entanto, por estudo analítico a apresentar hemoglobina 5.5g/dL, leucócitos 634.000/uL, blastos 100%, plaquetas 44.000, LDH 1221 e esfregaço de sangue periférica com presença de população de células blásticas, foi avaliado por Hematologia na SE que confirmou diagnóstico de leucemia mieloide aguda, tendo-se cancelado o procedimento.

Assim, doente com leucemia mieloide aguda inaugural e AVC isquémico em muito provável contexto de leucostase, pelo que foi decidido em equipa privilegiar medidas de conforto.

Conclusão: O LMA deve fazer parte do diagnóstico diferencial na VVAVC. O diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para o tratamento de forma a evitar futuros eventos isquémicos, os quais são influenciados pelo aumento da viscosidade sanguínea devido a presença dos blastos no sangue periférico, evitando desfechos fatais como o do caso relatado.

PO 45

PERFURAÇÃO ESOFÁGICA: O VALOR DIAGNÓSTICO DA AMILASE E LIPASE NO LÍQUIDO PLEURAL

Pryangkla Viana Martins; Ana Sousa Lopes; Fernando Lino; Elsa Meireles; Elsa Sousa; Ricardo Pinho
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

A perfuração esofágica é uma emergência médica rara e associada a elevada mortalidade, sobretudo pela dificuldade em obter um diagnóstico precoce e pelas complicações associadas, como mediastinite, choque séptico e disfunção multiorgânica. O aumento de amilase e lipase na análise bioquímica do líquido pleural,

embora seja raro, constitui um achado precoce sugestivo de perfuração esofágica. Em caso de suspeita, a análise combinada das duas enzimas com outros meios complementares de diagnóstico são fundamentais para a confirmação de perfuração esofágica.

Homem de 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e osteoporose, que recorreu ao serviço de urgência por dor torácica súbita e dispneia após episódios de vômitos recorrentes. No exame objetivo da admissão destacava-se enfisema subcutâneo e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Analiticamente apresentava discreta leucocitose ($10,6 \times 10^9/L$) com proteína C reativa e procalcitonina negativas. Realizou tomografia computadorizada do tórax com evidência de pneumotórax esquerdo com derrame pleural ipsilateral de moderado volume, associados a pneumomediastino e enfisema subcutâneo. Assim, procedeu-se à colocação de dois drenos torácicos para drenar o hidropneumotórax, no entanto, manteve evolução desfavorável em choque séptico com disfunção multiorgânica neurológica, respiratória e cardiovascular, tendo sido alocado à sala de emergência para estabilização com necessidade de suporte vasopressor e ventilação mecânica invasiva. A análise do líquido pleural apresentava critérios de exsudato com leucocitose e predomínio de neutrófilos, pH ácido, glicose indetetável, LDH 6000 U/L, e marcada elevação de amilase (526 U/L) e lipase (2666 U/L), com valores séricos normais. Neste contexto, foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) com o diagnóstico de perfuração esofágica, sob antibiótico e antifúngico empíricos. O estudo microbiológico do líquido pleural identificou agentes da flora gastrointestinal e fungos (*Candida topocalis*). A confirmação da perfuração esofágica foi obtida após teste com azul de metileno com extravasamento pelo dreno torácico. Durante a permanência no SMIP rea-

lizou controlo de foco com a drenagem percutânea das coleções pleurais paraesofágica e posterior colocação de prótese esofágica na junção esófago-gátrica. Apresentou evolução clínica favorável a possibilitar a suspensão de todo o suporte orgânico tendo o sido transferido para enfermaria de Cirurgia Geral para continuação de cuidados.

Este caso reforça o papel fundamental da análise bioquímica do líquido pleural no diagnóstico precoce da perfuração esofágica, salientando a importância na medição de amilase e lipase perante a suspeita clínica. Contudo, a confirmação diagnóstica exige a correlação rigorosa destes resultados laboratoriais com os dados imagiológicos e o contexto clínico do doente.

PO 46

MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PELA APRESENTAÇÃO SUBAGUDA

Rafaela Gonçalves; Patrícia Silva; Miguel Goulão; Ângela Simas; André Gordinho; Steeve Rosado; Carlos Simões Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A meningoencefalite tuberculosa é uma forma grave e potencialmente fatal de tuberculose extrapulmonar, cuja apresentação clínica é frequentemente insidiosa e inespecífica. Pode evoluir com complicações neurológicas graves e irreversíveis e falência multiorgânica, exigindo diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar.

Caso clínico: Homem, 82 anos, previamente autónomo, com história de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, hipertensão pulmonar, fibrilhação auricular hipocoagulada, diabetes tipo 2, gamapatia monoclonal de significado indeterminado e derrame pleural direito recidivante.

Internado inicialmente a por quadro confusional, admitido em contexto de encefalopatia séptica secundária a empiema pleural direito.

O líquido pleural apresentava características de exsudado, com culturas negativas. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e colocada drenagem pleural.

Durante o internamento verificou-se agravamento do estado de consciência, com estrabismo divergente para direita e mioclonias. Fez TC CE que não documentou alterações agudas. Punção lombar revelou pleocitose (156 células, predomínio PMN), proteinorráquia 429mg/dL, hipoglicorráquia, ADA 7,5 U/L, tendo nesta altura iniciado ampicilina, ceftriaxone, aciclovir e dexametasona.

Evolução persistente em agravamento neurológico com GCS 7–8, choque séptico e insuficiência renal aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor, nesta altura alargado empiricamente o espectro antibiótico para meropenem e vancomicina. Repetiu punção lombar, com redução da celularidade e proteinorráquia. EEG sem atividade epileptiforme. Fez ainda RMN CE que evidenciou processo meningoencefálico difuso e hidrocefalia em progressão. Dada a idade, comorbilidades e evolução para lesão neurológica extensa e irreversível, optou-se por medidas de palição estritas. Após evolução desfavorável, o exame molecular e cultural identificou *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Conclusão: A meningoencefalite tuberculosa representa um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes idosos com múltiplas comorbilidades e apresentações atípicas. A ausência de isolamento inicial e a necessidade de terapêutica empírica prolongada são frequentes. A neuroimagem e o estudo molecular do LCR são fundamentais para confirmação diagnóstica. O atraso no diagnóstico e o desenvolvimento de complicações estão associados a mau prognóstico. Este caso realça a importância da suspeição clínica precoce de meningoencefalite tuberculosa em quadros neurológicos subagudos com exsudados pleurais inexplicados. A abordagem multidisciplinar e o diagnóstico

molecular rápido podem melhorar o prognóstico vital e funcional, ainda que a mortalidade permaneça elevada em doentes com doença disseminada e disfunção multiorgânica.

PO 48

CRISE MIASTÉNICA: O PAPEL DO INTENSIVISTA NA AGUDIZAÇÃO DA MIASTENIA GRAVIS

Ana Cláudia Cunha; Miguel Gonzalez Santos;

Ana Luísa Albuquerque; Odete Gomes

ULS Região de Leiria

A miastenia gravis é uma patologia autoimune que afeta a junção neuromuscular, resultando em fadiga e fraqueza muscular, que pode manifestar-se com clínica mais localizada à cabeça e pescoço ou generalizada. É lesada a função do receptor da acetilcolina, à custa de três anticorpos: contra o receptor da acetilcolina (anti-rACh) em 80% dos casos, contra a cinase específica do músculo (anti-MuSK) ou contra lipoproteínas relacionadas (anti-LRP4). Os anticorpos identificados, a idade de início de sintomas e a presença de patologia do timo contribuem para a divisão em subgrupos clínicos.

A crise miasténica é a indicação mais comum de internamento em cuidados intensivos destes doentes, ocorrendo em 10-20% dos doentes, frequentemente nos 2 a 3 primeiros anos após o diagnóstico. Os fatores desencadeantes mais comuns são infeções respiratórias, alterações na medicação, cirurgia e descompensação de outras comorbilidades. O tratamento neste contexto deve ser multidisciplinar, com ênfase na vigilância clínica, proteção da via aérea e gestão de disfunção respiratória, assim como a introdução de terapêutica imunomoduladora, como imunoglobulina ou plasmaferese. A prevenção/tratamento precoce de complicações como sépsis ou ARDS podem ter um impacto importante no prognóstico vital.

Os autores propõem fazer o paralelismo entre dois casos de crise miasténica admitidos na UCI:

Mulher de 22 anos, admitida em contexto de diagnóstico inaugural de miastenia gravis (anti-MuSK positiva), com sintomas de fraqueza muscular mais evidentes ao nível cefálico e torácico, com acidemia respiratória com necessidade de ventilação assistida. Fez terapêutica com imunoglobulina e foi iniciada terapêutica crónica. Reinternamento no mesmo ano por nova crise miasténica em contexto de titulação de terapêutica. Desde então com doença estabilizada.

Homem de 47 anos, diagnosticado com miastenia gravis (anti-rACh positiva) com envolvimento ocular e bulbar. Três meses depois internado por crise miasténica em contexto de infeção respiratória, com necessidade de ventilação invasiva e terapêutica com imunoglobulina. Diagnosticado com timoma nessa altura, tendo sido feita a exérese após estabilização desta crise. Internado novamente um ano depois por crise miasténica em contexto de infeção respiratória, com evolução com choque séptico e ARDS que, apesar das medidas instituídas, culminou no óbito.

Em conclusão, a abordagem dos doentes com crise miasténica deve ser diferenciada e multidisciplinar, centrada na vigilância da evolução clínica do doente.

PO 49

VARICELA NA UCI – APRESENTAÇÕES GRAVES DE UMA DOENÇA DE EVOLUÇÃO HABITUALMENTE BENIGNA

Ana Cláudia Cunha; Miguel Gonzalez Santos;

Ana Luísa Albuquerque; Odete Gomes

ULS Região de Leiria

Introdução: A varicela é uma doença desencadeada pela infeção pelo vírus da varicela zoster (VZV). Os sintomas são habitualmente auto-limitados, mas o aumento da idade de apresentação constitui, juntamente com estados de imunossupressão, fatores de risco para apresentações de maior gravidade. Estas incluem a encefalite, a sobreinfeção bacteriana

na e/ou hemorragia das lesões cutâneas, e a pneumonia. A gravidade destas complicações podem condicionar necessidade de suporte orgânico em UCI - em casos de pneumonia há necessidade de ventilação mecânica invasiva em cerca de 50% dos doentes.

Está descrita uma maior carga de doença em adultos jovens e mulheres grávidas provenientes de países sem vacinação para a VZV, imigrantes em países em que esta vacinação está estabelecida. Num contexto social de influxo de pessoas provenientes de países com planos vacinais menos abrangentes que o português, poderá vir a assistir-se ao recrudescimento de apresentações graves deste tipo de infeções, com necessidade de prontidão de resposta em toda a arquitetura do serviço nacional de saúde.

Descrição do caso: Os autores descrevem 2 casos de doentes com varicela com necessidade de suporte orgânico em UCI. Ambos os doentes contraíram a doença por contacto com filhos infetados.

Homem, 51 anos, fumador, sem outros antecedentes ou medicação habitual. Foi internado via serviço de urgência, a que recorreu por agravamento clínico de quadro de varicela previamente diagnosticada, com início de insuficiência respiratória hipoxémica que condicionou necessidade de ventilação mecânica invasiva. Durante o internamento destacou-se ainda disfunção hepática e sobreinfeção bacteriana por *Pseudomonas aeruginosa*. O doente sobreviveu sem sequelas.

Homem de 38 anos, antecedente pessoal de diabetes tipo2 e dislipidemia, medicado com antidiabéticos orais e estatina. Internado via sala de emergência, onde foi abordado por alteração do estado de consciência e dificuldade respiratória. Tinha sido diagnosticado com varicela 5 dias antes. Evolução com choque séptico, com disfunções cardiovascular, hematológica (coagulação intravascular disseminada), endócrino-metabólica e renal (com acidemia

metabólica com necessidade de técnica de substituição renal) e hepática com insuficiência hepática. Apesar dos cuidados instituídos, faleceu nas primeiras 24h de internamento.

Conclusão: O acompanhamento clínico adequado pode permitir uma abordagem precoce de complicações da infecção por varicela, reduzindo a morbimortalidade que lhes está associada.

PO 50

SÍNDROME PULMÃO-RIM, UMA COMPLICAÇÃO RARA DE VASCULITE CRIOGLOBULINÊMICA ASSOCIADA A VHC

Valériya Zaruba; Francisca Fonseca; Miguel Rodrigues; Carlota Dias; João Pedro Caria; João Tavares; Maria Lobo Antunes; Alexei Bucur; Manuel Sousa
Hospital São Bernardo, Setúbal

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 50 anos com história pessoal de síndrome depressivo, infecção VHC conhecida há 2 anos mas não tratada e história com 13 anos de evolução de lesões eritematosas pruriginosas dos membros inferiores com resolução espontânea associadas a artralguas. Recorreu ao SU por cefaleias, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores com 3 meses de evolução, objetivamente perfil hipertensivo e lesão renal associada a hematóproteínúria. Analiticamente a destacar fator reumatóide > 800 e consumo de C4. Foi assumido o diagnóstico de síndrome nefrítico secundário a GNMP no contexto de vasculite crioglobulinémica secundária a infecção por VHC. Ficou internada no Serviço de Nefrologia tendo realizado pulso de metilprednisolona e manteve corticoterapia com prednisolona. À data da alta a pesquisa de crioglobulinas ainda se encontrava em curso. Regressa ao SU 2 dias depois por dispneia, tosse com expectoração hemoptóica e febre. Objetivamente hipertensa, hipoxémica e com fúvres à auscultação em todo o hemitórax esquerdo. Analiticamente com queda de he-

moglobina, leucocitose com neutrofilia, PCR discretamente aumentada e agravamento da função renal. TC torácica com múltiplas opacidades em vidro despolido sugestivas de edema alveolar-intersticial, bem como derrame pleural bilateral e ascite. Colocada hipótese de hemorragia alveolar e iniciado ácido aminocapróico. Durante a permanência no SU manteve tosse hemoptóica e evoluiu com agravamento progressivo da insuficiência respiratória tendo sido admitida no Serviço de Medicina Intensiva com necessidade de iniciar ventilação mecânica invasiva. A pesquisa de crioglobulinas colhida no internamento anterior foi positiva. Foi feito o diagnóstico de síndrome pulmão-rim em doente com vasculite crioglobulinémica por infecção VHC. Após discussão com Nefrologia optou-se por iniciar pulso de metilprednisolona e plasmaferese. Observada por Infecciologia que optou por iniciar sofosbuvir-velpatasvir por necessidade de administração por SNG. Após melhoria respiratória nas primeiras 48H com possibilidade de redução de aporte de O₂ e desmame ventilatório verificou-se novo agravamento tendo-se assumido sobre-infecção bacteriana e iniciou meropenem.

A vasculite crioglobulinémica é uma condição causada pela deposição de proteínas anómalas, as crioglobulinas, na parede de pequenos vasos, levando à sua inflamação. Pode manifestar-se por fadiga, artralguas, púrpura e lesão renal e hepática e é despoletada por condições como infeções crónicas (entre elas VHC), doenças auto-imunes ou neoplasias hematológicas. Em casos raros pode cursar com síndrome pulmão-rim caracterizada por hemorragia alveolar associada a glomerulonefrite. A mortalidade desta condição é elevada e o tratamento passa por suporte de órgão, imunossupressão e/ou plasmaferese e tratamento da causa subjacente.

PO 51

TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA EM DOENTES COM ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS)

Michele Tomazini; Dra. Inês Andrade;
Dr. Kristopher Bustard; Dr. Hugo Moreira;
Dr. Pedro Fidalgo; Dr. Vasco Costa; Dr. Vítor Mendes;
Prof. Dr. Pedro Pova; Dr. António Pais Martins
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A tomografia por impedância eléctrica (TIE) é uma técnica de imagem inovadora, dinâmica, não invasiva e livre de radiação, útil na monitorização em tempo real de doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). A TIE analisa a distribuição regional de ventilação (e também de perfusão) pulmonar através das alterações torácicas de impedância eléctrica. Pode ser uma ferramenta de extrema utilidade na identificação das alterações de ventilação/perfusão, na titulação da Pressão Positiva no Final da Expiração (PEEP) e na monitorização do volume residual funcional, podendo auxiliar na prevenção da lesão pulmonar induzida pelo ventilador.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente de sexo masculino, 72 anos, com história de síndrome de sobreposição Asma-Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), internado por depressão do estado de consciência e sinais de vômito.

Apresentava-se em GCS de 7, hemodinamicamente estável, com ligeiro défice de oxigenação e acidémia metabólica com anion gap aumentado, sem hiperlactacidémia, por cetoacidose secundária ao jejum. Laboratorialmente destacava-se PCR elevada e Lesão Renal Aguda. Tomografia Computorizada (TC) cráneo-encefálica sem alterações. Radiografia e TC torácicas com consolidações pulmonares bilaterais e múltiplos focos de enfisema.

Foi submetido a VMI e admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Evoluiu para ARDS grave com necessidade de bloqueio neuromuscular e tentativa de mano-

bra de recrutamento alveolar complicada de deterioração hemodinâmica. Mecânica ventilatória com *compliance* estática francamente diminuída, mas sem evidência de padrão obstrutivo ou hiperinsuflação. Colocado em decúbito ventral durante 16 horas, com melhoria do défice de oxigenação. Passagem a dorsal com novo agravamento (franca perda de Vt e défice de oxigenação). Foi monitorizado com TIE, com titulação da PEEP através deste método e novo posicionamento em ventral, com franca melhoria gasométrica, da mecânica ventilatória e tradução imagiológica por TIE da melhoria da distribuição regional da ventilação pulmonar.

Paralelamente foi tratado para pneumonia de aspiração e foi corrigida a cetoacidose.

Ocorreu melhoria progressiva do quadro clínico possibilitando a passagem a dorsal e posterior extubação.

Conclusão: A TIE demonstrou ser uma ferramenta valiosa na otimização da ventilação protetora, permitindo a titulação individualizada da PEEP e ajudando a otimizar as manobras de recrutamento alveolar, identificando zonas de colapso e de hiperdistensão. Realça-se o potencial da técnica como suporte à personalização da estratégia ventilatória, sobretudo na ARDS, ilustrando-se com imagens de fácil interpretação gráfica.

PO 52

O LADO MAU DA ESTENOSE AÓRTICA NÃO TRATADA, UM DESFECHO INFECCIOSO

João Cafôfo; Rita Faria; Sara Baganha;
Carlos Simões Pereira; Carlos Menezes Oliveira
Unidade Local de Saúde Loures Odélas

A estenose aórtica é uma valvulopatia muito frequente, estimando-se que a sua prevalência é de 2% a 7% na população europeia com mais de 65 anos. O doente com estenose aórtica, em particular os que apresentam válvulas bicúspides ou degenerativas calcificadas, apresentam um risco aumenta-

do de desenvolver endocardite infecciosa. Na estenose aórtica existe um ambiente hemodinâmico que aumenta o risco de lesão no endotélio valvular, tornando-o mais suscetível à formação de vegetações e subsequentemente à infecção. Estima-se que em Portugal, a incidência de endocardite infecciosa esteja a aumentar, com valores de 8.31 por cada 100000 habitantes. A endocardite infecciosa, no doente com estenose aórtica, associa-se a um pior prognóstico devido à difícil resolução infecciosa e risco de outras complicações graves como abscessos, embolias ou insuficiência cardíaca. O tratamento cirúrgico é uma arma importante melhorando o prognóstico e a taxa de sobrevivência dos doentes com estenose aórtica, e engloba a Implantação transcáteter de válvula aórtica (TAVI) e a substituição cirúrgica da válvula aórtica.

Este trabalho aborda o caso de uma doente de 70 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatia valvular com estenose aórtica grave diagnosticada em 2024) não tendo comparecido a consultas subsequentes de seguimento no médico assistente. Foi internada em junho de 2025 por Insuficiência cardíaca congestiva descompensada em contexto infeccioso por celulite do membro inferior esquerdo, tendo iniciado antibióterapia empírica e terapêutica diurética. Durante o internamento com evolução para choque cardiogénico, disfunção multiorgânica (neurológica, cardiovascular, renal e hepática), necessidade de suporte aminérgico e admissão no Serviço de Medicina Intensiva. Observou-se uma evolução desfavorável com choque refratário efetuando-se alteração da antibióterapia para Ceftazidima/Avibactam dirigido mediante isolamento de *Klebsiella Pneumoniae* ESBL e KPC nas hemoculturas. Realizou Ecocardiograma transesofágico que confirmou a suspeita de endocardite aguda da válvula aórtica, com vegetação do lado ventricular de válvula nativa. O caso foi dis-

cutado com diferentes centros cirúrgicos que consideraram desfavorável o risco benefício de uma intervenção cirúrgica. Ao 20º dia de internamento, acaba por falecer.

Este caso clínico debruça-se sobre a endocardite infecciosa como complicação grave e terminal no doente com estenose aórtica avançada e não tratada. O diagnóstico e tratamento precoces da estenose aórtica, aliado ao seu seguimento nos cuidados de saúde primária ou cardiologia está associada a um melhor prognóstico e menor incidência de complicações.

PO 53

CHOQUE NÃO É SURPRESA, OS SINAIS AVISAM ANTES.

João Cafófo; Sara Baganha; Rita Faria;
Carlos Simões Pereira
Unidade Local de Saúde Loures Odivelas

A hemorragia digestiva (HD) é uma causa frequente de admissão hospitalar, podendo evoluir para choque hemorrágico e necessidade de cuidados intensivos quando associada a instabilidade hemodinâmica e disfunção orgânica. A identificação precoce de sinais de alarme, como taquicardia, hipotensão, alteração do estado de consciência, hipoperfusão periférica, oligúria e hiperlactacidemia, é determinante para instituir medidas de suporte e evitar a progressão para falência multiorgânica.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 76 anos com múltiplas comorbilidades cardiovasculares e história prévia de hemorragia digestiva por angiectasias, que recorreu ao serviço de urgência por hematoquezias e melenas com 3 semanas de evolução. À admissão não apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica, mas com anemia grave. Ao 4.º dia de internamento inicia quadro súbito de hipotensão, hiperlactacidemia e nova queda da hemoglobina, admitindo-se choque hemorrágico. Foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva, onde necessitou de su-

porte aminérgico e transfusão de hemoderivados. Destaca-se ainda posterior isolamento de *Klebsiella pneumoniae* em hemoculturas, com necessidade de antibioterapia dirigida. Evoluiu favoravelmente, com alta após 14 dias sob ajuste da terapêutica anticoagulante. Este caso ilustra a importância da monitorização rigorosa e da deteção precoce de sinais de deterioração clínica em doentes com hemorragia digestiva, permitindo a instituição atempada de medidas de suporte intensivo e contribuindo para um prognóstico favorável.

PO 54

ESTENOSE PILÓRICA NOS CUIDADOS INTENSIVOS: QUANDO OS IÕES SE ESGOTAM...

Catarina Pereira Gomes

Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: A estenose pilórica no adulto, geralmente decorrente de neoplasia ou doença ulcerosa péptica, pode levar a um quadro de intolerância alimentar e vômitos incoercíveis, com distúrbios hidroeletrólíticos graves e ameaçadores da vida.

Descrição do caso clínico: Homem, 69 anos, com antecedentes de doença arterial periférica, dislipidemia, tabagismo ativo com enfisema pulmonar extenso e história prévia de alcoolismo. Seguido em consulta de medicina interna desde Novembro de 2024 por doença ulcerosa péptica. Em Julho de 2025 recorreu ao serviço de urgência por quadro de vômitos de agravamento progressivo desde há 1 mês, intolerância alimentar total, astenia, adinamia e alterações do estado de consciência. Objetivados sinais de desidratação e movimentos involuntários tetânicos com sinal de Chvostek positivo. O estudo complementar revelou lesão renal aguda KDIGO 3 não oligúrica, alcalemia metabólica hipoclorémica grave (pH 7.86; HCO₃ 89.3 mmol/L; cloro 61 mmol/L) com hipocaliemia (2.1 mmol/L) e hipocalcemia (cálcio ionizado 0.69 mmol/L) graves,

hyperlactacidemia, acidose respiratória e hipoxemia. À admissão no serviço de medicina intensiva, com convulsão tónico-clónica generalizada, com necessidade de sedação e entubação orotraqueal por agitação no período pós-ictal. Iniciou correção emergente dos distúrbios hidroeletrólíticos com fluidoterapia agressiva e reposição endovenosa de potássio, cálcio e magnésio. Iniciou procinéticos e perfusão de pantoprazol. Ao 3º dia de internamento, realizada endoscopia digestiva alta, tendo-se objetivado estenose pilórica muito significativa de aparente natureza inflamatória; foi colocada sonda nasojejunal e iniciada nutrição entérica com boa tolerância. Ao 12º dia de internamento realizou dilatação endoscópica com posterior tolerância alimentar por via oral. **Conclusão:** A clínica de vômitos e intolerância alimentar que acompanha a estenose pilórica pode levar a alcalemia metabólica, com hipocaliemia e hipocalcemia graves. Estes distúrbios iónicos podem acompanhar-se de fraqueza e espasmos musculares, parestesias, tetania, confusão / agitação, hipoventilação, arritmias e em última instância, convulsões, coma e paragem cardiorrespiratória. Assim, a correção iónica de distúrbios graves constitui uma emergência médica, passando por fluidoterapia intensiva, reposição endovenosa de cálcio, potássio e outros iões, bem como suporte de órgão. O tratamento da estenose pilórica passa por inibidores da bomba de prótons, dilatação endoscópica, colocação de prótese ou cirurgia.

PO 55

UM CASO DE COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA POR DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Catarina Marques Dos Santos¹; Jens Meier²

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Kepler Universitätsklinikum

Introdução: A sépsis por doença pneumocócica invasiva constitui uma causa conhecida de coagulação intravascular disseminada (CIVD),

podendo evoluir para *purpura fulminans*, uma complicação rara e devastadora caracterizada por trombose microvascular extensa e necrose cutânea. A gestão da CIVD em contexto de choque séptico em unidade de cuidados intensivos (UCI) representa um desafio, pela coexistência de risco hemorrágico e trombótico e pela escassez de recomendações nesta área. O equilíbrio entre a reposição de fatores de coagulação e a anticoagulação terapêutica permanece controverso e requer uma abordagem individualizada.

Descrição do caso: Homem de 68 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica e gamapatia monoclonal IgM lambda, admitido por choque séptico secundário a pneumonia pneumocócica com bacteriemia documentada. À admissão apresentava trombocitopenia grave, INR >6.0, APTT 90 seg., fibrinogénio <30 mg/dL e D-dímeros >35 µg/mL. Admitido em UCI com necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. A D2 desenvolveu *purpura fulminans* extensa dos quatro membros e discrasia hemorrágica dos locais de acesso. ROTEM® compatível com coagulopatias de consumo e hiperfibrinólise. Estabelecido plano de dois passos, começando por substituição de fatores de coagulação e plaquetas, e seguido de anticoagulação contínua com heparina não fracionada, dada a predominância do fenótipo trombótico. Evolução com falência multiorgânica (hematológica, cardiovascular, renal, hepática), isquémia irreversível das zonas de *purpura fulminans* e sobreinfecção. Apesar de todas as medidas médicas e cirúrgicas, verificou-se agravamento refratário e óbito ao 23.º dia de internamento.

Conclusão: Este caso ilustra a forma extrema da CIVD associada a sépsis pneumocócica. A coexistência de fenótipos hemorrágico e trombótico torna a estratégia terapêutica particularmente desafiante, exigindo decisões individualizadas. Apesar de terapêutica

dinâmica orientada por avaliação laboratorial, tromboelastométrica e clínica, o desfecho fatal reforça a elevada mortalidade desta entidade e a necessidade de protocolos uniformizados de abordagem da CIVD.

PO 56

EMBOLIA PULMONAR DE CIMENTO

Catarina Marques Dos Santos¹; Patrícia Silva¹; Beatriz Pereira²; Rita Jorge¹; Carlos Pereira¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A cirurgia ortopédica com cimento, constitui uma causa reconhecida de embolia pulmonar por cimento, complicação potencialmente fatal. A embolia ocorre pela migração do cimento através da vasculatura óssea para a circulação pulmonar, podendo provocar desde hipoxémia leve até colapso cardiovascular e paragem cardiorrespiratória. A ausência de *guidelines* específicas dificulta a decisão terapêutica entre anticoagulação, trombectomia ou abordagem conservadora, dependendo do perfil clínico do doente.

Descrição do caso: Mulher de 80 anos, com múltiplas comorbilidades, submetida a vertebroplastia e fixação percutânea de D10 a D12 por fratura traumática de D11 após queda. Segundos após injeção de cimento ósseo, desenvolve paragem cardiorrespiratória em ritmo de atividade elétrica sem pulso, revertida após 4 minutos de suporte avançado de vida e duas adrenalinhas. Admitida em Unidade de Cuidados Intensivos sob ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. A angio-TC torácica revelou embolia por cimento em vários ramos da artéria pulmonar direita e num ramo da artéria pulmonar esquerda. Após rápida melhoria hemodinâmica e da oxigenação, optou-se por anticoagulação terapêutica e vigilância, sem indicação para trombectomia. Evoluiu favoravelmente, com extubação ao 3.º dia pós-paragem cardiorrespiratória e alta da UCI ao 7º dia pós-paragem para a enfermaria de Ortopedia.

Conclusão: A embolia pulmonar por cimento é uma complicação rara, mas grave, associada a procedimentos cimentados em ortopedia. O diagnóstico exige alto grau de suspeição clínica. A abordagem terapêutica permanece sem orientação padronizada, variando entre suporte de órgão estrito, anticoagulação e tromboectomia, conforme estabilidade clínica e extensão e localização da embolia.

PO 57

TRIÁDE DE WIDAL-SAMTER

Catarina Marques Dos Santos¹; Beatriz Pereira²; Miguel Goulão¹; Rafaela Gonçalves¹; Carlos Pereira¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²HFF

Introdução: A tríade de *Widal-Samter*, também designada como doença respiratória exacerbada por aspirina (AERD), é caracterizada pela associação entre asma, polipose nasal e hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) que inibem a ciclo-oxigenase-1 (COX-1). A sua fisiopatologia envolve uma perturbação do metabolismo do ácido araquidónico, com aumento da produção de leucotrienos, resultando em broncospasmo, rinite e reações respiratórias potencialmente graves. O reconhecimento desta entidade em contexto agudo é fundamental, onde as manifestações podem simular outras emergências respiratórias ou cardiovasculares.

Descrição do caso: Mulher de 70 anos, com história de asma e cirurgia prévia a pólipos nasais, recorreu ao serviço de urgência por défice motor do membro superior direito, ortopneia e edema dos membros inferiores. Após administração de furosemida por suspeita de insuficiência cardíaca, apresentou paragem cardiorrespiratória (atividade elétrica sem pulso), com retorno de circulação espontânea após um ciclo de suporte avançado de vida. Após a intubação verificou-se broncospasmo grave, reversível com terapêutica broncodilatadora e corticosteroides. Admitida em unidade de cuidados intensivos (UCI), evo-

luiu favoravelmente, sendo extubada ao 2º dia pós-paragem. Foi então medicada com aspirina 100 mg por suspeita de acidente vascular cerebral menor, desenvolvendo duas horas depois broncospasmo refratário. O quadro foi interpretado como exacerbação respiratória induzida por aspirina.

Conclusão: Este caso ilustra uma forma grave de doença respiratória exacerbada por aspirina, reforçando a importância da anamnese dirigida à história de asma e polipose nasal antes da prescrição de AINEs ou aspirina. Sublinha ainda a dificuldade diagnóstica da tríade de *Widal-Samter* em cuidados intensivos, pela semelhança com outras causas de broncospasmo, e a necessidade de maior sensibilização para esta entidade rara, mas potencialmente fatal.

PO 58

UMA COMUNICAÇÃO INESPERADA: ROTURA DE ANEURISMA DO SEIO DE VALSALVA PARA O VENTRÍCULO DIREITO

Beatriz Meneses Vieira; Maria Leonor Moura; Ana Isabel Azevedo; Ana Margarida Carvalho; Ana Pinho Oliveira
ULS Gaia Espinho

O aneurisma do seio de Valsalva (ASV) é uma patologia rara, definida por um valor acima de 40mm nos homens e 34mm nas mulheres, podendo ter origem congénita ou adquirida. O ASV é mais prevalente em homens e mais frequentemente atinge o seio coronário direito. Pode ainda coexistir com outras anomalias, como defeitos do septo interventricular, válvula aórtica bicúspide e insuficiência aórtica. Em alguns casos, pode ocorrer rotura do ASV, tanto de forma espontânea, como desencadeada por infeção, trauma ou manipulação local. Quando ocorre rotura, os aneurismas do seio coronário direito tendem a fistulizar para o ventrículo direito (VD). Se não corrigido, pode evoluir para insuficiência cardíaca aguda e morte. O tratamento de primeira li-

nha é a correção cirúrgica, cujo prognóstico é favorável.

Homem, 76 anos, frailty score 6. Submetido a substituição da válvula aórtica e plastia de redução dos seios de Valsalva por insuficiência aórtica moderada a grave e ASV em 2020. Progressiva dilatação da raiz da aorta atingindo 49mm em 2021. Recorreu ao serviço de urgência em 2024 por astenia e dispneia para pequenos esforços com três dias de evolução. À admissão com instabilidade hemodinâmica, acidemia metabólica e anúria. Ecocardiograma transtorácico apresentava dilatação marcada da raiz da aorta (55 mm) com aparente fístula do seio coronário direito para o VD, originando fluxo contínuo sistodiastólico. AngioTC da aorta confirmou o diagnóstico. O doente esteve internado três dias em unidade de cuidados intensivos por insuficiência cardíaca direita secundária com necessidade de suporte vasopressor e técnica de substituição renal. Após discussão com cirurgia cardiotorácica, assumido risco cirúrgico muito elevado e mau prognóstico vital a curto prazo, tendo sido limitado o suporte de órgão. Opções terapêuticas discutidas com o doente, nomeadamente a não indicação cirúrgica, sendo transferido para os cuidados paliativos onde faleceu ao fim de dez dias.

Assim, o ASV é uma patologia grave, com atingimento predominante do seio coronário direito. Acarreta risco de rutura e criação de shunt para o VD, com potencial de evolução para insuficiência cardíaca aguda e morte. Intervenções prévias podem levar a fragilidade dos tecidos e ser um fator de risco, tal como é provável ter ocorrido no caso descrito. O diagnóstico foi estabelecido por ecocardiografia transtorácica e confirmado por angio-TC. O ecocardiograma transesofágico pode também ser necessário. A cirurgia está associada a bom prognóstico, sendo que o encerramento percutâneo poderá ser considerado em certas situações. A ausência de tratamento

associa-se a mortalidade elevada. No caso apresentado, a idade avançada, as comorbilidades e complexidade da intervenção cirúrgica configuravam um risco muito elevado. A decisão multidisciplinar de privilegiar cuidados paliativos reflete a importância da individualização terapêutica na medicina atual.

PO 59

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Beatriz Meneses Vieira; Joana Cepeda;
Ana Luísa Alves; João Francisco; Ana Pinho Oliveira
ULS Gaia Espinho

A trombose venosa cerebral (TVC) é incomum, representando 0,5 a 3% de todos os acidentes vasculares cerebrais. Ocorre mais frequentemente em mulheres, com idade média de apresentação de 37 anos. Resulta da obstrução do fluxo venoso cerebral, podendo originar edema citotóxico e vasogénico, hemorragia intracraniana e aumento da pressão intracraniana. Os fatores de risco podem classificar-se como transitórios ou permanentes. A apresentação clínica caracteriza-se por cefaleia, défices neurológicos focais, convulsões e/ou encefalopatia. O prognóstico funcional é favorável na maioria dos casos.

Homem de 49 anos, previamente saudável e praticante de artes marciais, é admitido no serviço de urgência após episódio de crise convulsiva tónico-clónica generalizada no local de trabalho, com possível história de traumatismo crânio-encefálico (TCE). Familiares do doente reportaram cefaleia na noite anterior. Durante o transporte pré-hospitalar verificou-se recuperação parcial do estado de consciência prévio e défices neurológicos focais. À admissão, encontrava-se consciente, porém anosagnósico, com desvio conjugado ocular para a direita, hemianopsia homónima esquerda e hemiplegia esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de crânio revelou densificação do terço médio do seio longitudinal

superior, levantando a hipótese de TVC, sinais de hidrocefalia e hemorragia subaracnoideia, confirmado por veno-TC. Foi iniciada terapêutica hipocoagulante com enoxaparina 1 mg/kg e anticomerciais no serviço de urgência. O doente permaneceu internado em cuidados intensivos durante quatro dias, hipocoagulado com heparina não fracionada (HNF). À alta para a enfermaria, retomou enoxaparina 1mg/kg de 12/12h. Evoluiu favoravelmente, com resolução total dos défices neurológicos. O estudo etiológico foi negativo, tendo como fator de risco para TVC a prática de artes marciais com potencial TCE associado. Em consulta de seguimento, iniciou anticoagulação de manutenção com dabigatrano 150 mg 2 vezes por dia.

A cefaleia constitui o sintoma mais frequente da TVC, frequentemente acompanhada de défices neurológicos focais ou convulsões. O estudo etiológico é fundamental, ainda que em cerca de 13% dos casos em adultos, a TVC seja considerada não provocada. A anticoagulação é a base do tratamento, independentemente da presença de hemorragia intracraniana. As recomendações atuais favorecem o uso de HBPM em detrimento da HNF. Embora os DOAC ainda não integrem as diretrizes formais europeias, estudos recentes sugerem segurança e eficácia do dabigatrano em comparação com os inibidores da vitamina K na prevenção de recorrência trombótica. Este caso ilustra a necessidade de considerar a TVC no diagnóstico diferencial de doentes com este tipo de sintomatologia, possibilitando um diagnóstico precoce e instituição imediata de terapêutica anticoagulante para garantir um prognóstico favorável.

PO 60

WALKING PNEUMONIA WITH A TWIST: ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA A PNEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Inês Sousa Quinteiro; Filipa Monteiro; Ana Cysneiros;
Luís Bento

Hospital de São José

Introdução: A pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae* é um tipo de pneumonia atípica adquirida na comunidade, afetando mais frequentemente crianças em idade escolar e jovens. Apresenta uma evolução subaguda, pautada por febre baixa, mal-estar, tosse não produtiva e manifestações extrapulmonares, nomeadamente anemia hemolítica. Esta ocorre devido à produção de autoanticorpos (aglutininas frias ou, mais raramente, aglutininas quentes) por mecanismos de mimetismo molecular, que medeiam a hemólise autoimune.

Descrição do caso: Homem, 28 anos, guineense, sem antecedentes pessoais conhecidos, que, durante férias na Guiné-Bissau, desenvolve quadro de febre, mal-estar, náuseas, vômitos e dor abdominal e, posteriormente, icterícia. Da história epidemiológica apurou-se consumo de água de poço não controlado. Recorre ao hospital, onde é diagnosticado com anemia grave (Hb 4.1 g/dL), tendo realizado 3 UCE provenientes de familiares. Por persistência dos sintomas, regressa a Portugal onde, à observação, apresenta escleróticas ictericas, polipneia com necessidade de oxigenoterapia e dor abdominal generalizada à palpação. Analiticamente, a destacar manutenção de anemia grave (Hb 3.2 g/dL) com evidência de hemólise – macrocitose, reticulocitose, hiperbilirrubinemia, LDH elevada e haptoglobina indetectável; esfregaço de sangue com anisopoikilocitose, Coombs direto fracamente positivo, leucocitose e aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou suporte transfusional com 2 UCE

apresentando reação febril transfusional e é internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para vigilância. Do estudo complementar, ressalva-se exames culturais, serologias para hepatites e HIV e pesquisa de hemoparasitas negativos; autoimunidade negativa; e exclusão de malária, déficit de G6PD e síndrome hemofagocítico. Realizou tomografia computadorizada (TC) que evidenciou hepatoesplenomegália e consolidação do lobo inferior direito. Da investigação realizada durante internamento em UCI, resultado positivo para anticorpo IgM de *Mycoplasma pneumoniae*, assumindo-se anemia hemolítica autoimune secundária a pneumonia por este agente. Cumpriu antibioterapia com doxiciclina e azitromicina e corticoterapia com resposta favorável, tendo alta hospitalar ao 11.º dia de internamento com Hb 9.0 g/dL. Referenciado a consulta de Hematologia para estudo de possível hemoglobinopatia concomitante.

Conclusão: Este caso demonstra a importância de um índice de suspeição elevado em caso de anemia hemolítica e a importância do diagnóstico diferencial e estudo etiológico adequado, especialmente em quadros atípicos – pneumonia a *Mycoplasma* com ausência de sintomas respiratórios. Reforça ainda a necessidade de ponderação no suporte transfusional, não tendo sido realizadas novas UCE desde admissão na UCI, apesar de valores de Hb baixos.

PO 61

ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA A DERIVADOS DE ARTEMISININA

– APRESENTAÇÃO DE UM QUADRO ATÍPICO

Rosário Cardoso; Beatriz Saraiva Ferreira; Liliana Silva; Hugo Moreira; Vasco Salgado da Costa; Vítor Mendes; João Franco Machado; Cândido Silva; Pedro Póvoa; Pais Martins

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

Introdução: A malária é um problema de saúde pública mundial, com o agente etiológico mais frequente o *Plasmodium falciparum*. O artesunato, um derivado da artemisinina, é recomendado na malária grave, dada a eficácia anti-parasitária. A hemólise tardia pós-artesunato (PADH) tem tido reconhecimento crescente na literatura como um efeito adverso raro a derivados de artemisinina, podendo evoluir com clínica grave, especialmente em casos de elevada parasitemia inicial. A fisiopatologia da PADH inclui múltiplos mecanismos de hemólise, nomeadamente o efeito de *pitting* de hemácias, a diminuição da sua sobrevivência, resposta imunomediada e supressão da hematopoiese.

Descrição do caso: Descrevemos caso de doente do sexo feminino, melanodérmica, saudável, que recorre ao hospital por malária grave a *P. falciparum*, marcado por elevada parasitemia inaugural (>25%). Na admissão em UCI, iniciou quinino 1200mg e doxiciclina 100mg e.v. (toma única), por indisponibilidade imediata de artesunato. Posteriormente, realizou esquema preconizado com artesunato e.v. (2.4 mg/Kg às 0h, 12 e 24 horas), seguido de artemeter-lumefantrina 560mg per os, após clearance de parasitemia (<0.2% às 24 horas de artesunato). Desenvolveu quadro precoce de anemia hemolítica franca, com necessidade de transfusional. Analiticamente com elevação da LDH, hiperbilirrubinemia, haptoglobina indetectável e contagens de reticulócitos baixa, com esferocitose no esfregaço de sangue

periférico. Excluídas outras causas de hemólise, nomeadamente co-infecção com outras espécies de *Plasmodium*, hepatites virais, Citomegalovírus, Epstein-barr, Herpes simplex, Varicella-zoster, Chikungunya, Zika e Dengue, bem como défice de G6PD. Apesar de um primeiro teste de Coombs direto negativo, após agravamento clínico e suporte transfusional, apresentou resultado positivo. Assim, dado a manutenção da hemólise, iniciou pulsos de corticoterapia com metilprednisolona 1 mg/kg/dia por 3 dias, seguidos de prednisolona oral, com melhoria clínica e analítica. Confirmados anticorpos a artemeter-lumefantrina, notificou-se ao sistema de farmacovigilância nacional. A doente teve alta hospitalar aos 28 dias, em desmame de corticoterapia.

Conclusão: A hemólise associada a derivados de artemisinina tem maior incidência em doentes com parasitemia inicial elevada e surge entre o 8º e 32º dia, com pico às duas semanas após toma. O aparecimento precoce de hemólise tornou o diagnóstico desafiante. Preconiza-se tratamento de suporte para a PADH, tendo a maioria dos casos recuperação total após 8 semanas. A corticoterapia pode ser considerada em casos graves, dirigido ao mecanismo autoimune subjacente. Os derivados da artemisinina mantêm-se como pilares do tratamento da malária severa. Apesar de raro, é importante reconhecer a PADH num diagnóstico diferencial de anemia hemolítica, de forma a entender a fisiopatologia e melhorar o *outcome* clínico.

PO 62

EMBOLIA PULMONAR DE ALTO RISCO... UMA SEGUNDA OPORTUNIDADE À TROMBÓLISE

Joana R. Luis; Ana M. Oliveira; André Oliveira;
Ana Mestre; Ana Gonçalves; Ana Marques;
Rafael Curto; João G. Pereira
H Vila Franca Xira

Introdução: A embolia pulmonar (EP) é a terceira causa cardiovascular de mortalidade. A EP de alto risco caracteriza-se por cor pulmonale agudo, com hipotensão persistente, hipoperfusão, choque obstrutivo e no limite, paragem cardiorrespiratória.

A trombólise sistémica é recomendada na EP de alto risco, podendo ser ineficaz em 8% dos doentes (Meneveau; et al, 2006). As opções de resgate para doentes com cor pulmonale agudo persistente após trombólise sistémica consistem em embolectomia cirúrgica ou repetição da trombólise sistémica.

A embolectomia cirúrgica é a opção mais eficaz (mortalidade 7%) mas não estando acessível e, se disfunção cardíaca persistente, deve ser repetida a trombólise (Condliffe et al, 2013), com um resultado favorável em 31% dos doentes.

Descrição de caso: Mulher de 71 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de início súbito. Na admissão destacava-se hipoxemia (saturação periférica - SPO₂, de 71% em ar ambiente), hipertensão arterial (182/103mmHg), taquicardia (174 bpm) e murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. A gasimetria arterial identificou alcalose respiratória sem acidemia e insuficiência respiratória parcial (Pressão parcial de oxigénio de 44mmHg). O eletrocardiograma mostrou taquicardia com complexos QRS estreitos. Evoluiu rapidamente com depressão do estado de consciência, polipneia (SPO₂ 71% sob ventilação mecânica não invasiva e fração inspirada oxigénio de 1,0), hipotensão, taquicardia e sinais de má perfusão periférica

(Mottling score 4, tempo de preenchimento capilar acima de 5 segundos). Ecocardiograma transtorácico: dilatação das cavidades direitas (rácio VD/VE>0.9), esboço de D-shape e insuficiência tricúspide grave, com PSAP estimada de 80mmHg (hipertensão pulmonar grave). Face à EP de alto risco (score PESI 191 pontos), com evolução para choque obstrutivo, foi realizada trombólise sistêmica com Alteplase (100mg em 2h), com resposta favorável e melhoria clínica progressiva. Posteriormente, efetuou angiogramografia computadorizada torácica que confirmou EP maciça.

Contudo, 15 horas após a trombólise, houve novo agravamento clínico. Foi intubada traquealmente, sedada e iniciou ventilação mecânica invasiva. Evoluiu com choque grave, refratário aos vasopressores, sinais de hipoperfusão grave e hipoxemia persistente. Foi considerada sem condições para realização de intervenção endovascular ou cirurgia torácica. Optou-se por repetir a trombólise (100mg Alteplase em 2h) com recuperação clínica lenta, mas progressiva. Teve alta da UCI ao 20º dia de internamento, eupneica, sem necessidade de oxigênio suplementar.

Conclusão: A repetição da trombólise sistêmica deve ser equacionada como resgate em situações de EP de alto risco, refratária à trombólise inicial, quando não é possível a terapêutica endovascular de reperfusão. Este caso clínico mostrou a eficácia potencial dessa alternativa estratégica.

PO 63

ISQUÊMIA DA LINGUA, UMA COMPLICAÇÃO RARA NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Joana R. Luis; Ana M. De Oliveira; Patrícia Ramos;
Marco Fernandes; Alexandra Pousinha; Tatiana Cabral;
João G. Pereira
H Vila Franca Xira

Introdução: A terlipressina é um análogo sintético da vasopressina, indicada na síndrome hepatorenal. É um vasoconstritor de

longa ação que atua preferencialmente na circulação esplâncnica, contribuindo para a redução da síntese do óxido nítrico e reduzindo a pressão venosa portal. Possui grande afinidade para os receptores da vasopressina tipo 1, localizados no músculo liso dos vasos sanguíneos. As complicações isquêmicas são raras (< 5%), podendo atingir qualquer área anatômica (Sarma et al, 2018), sendo a língua uma zona atípica (Macedo et al, 2019). Não está documentada uma relação evidente entre a dose de terlipressina administrada, duração do tratamento e a gravidade da isquemia apresentada (Sarma et al, 2018).

Descrição do caso: Mulher de 76 anos admitida no Serviço de Urgência por astenia e aumento do volume abdominal com uma semana de evolução. Antecedentes pessoais relevantes: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; doença renal crônica estágio 3b; doença hepática traduzida em ascite volumosa plurisegmentar e fígado dismórfico. Na admissão apresentava-se desorientada no tempo; pele pálida; hipotensa (84/65mmHg); abdômen volumoso e tenso. Dos exames complementares efetuados destaca-se alcalose respiratória; lactacidemia 2.14 mmol/L; creatinina 2.98 mg/dL, ureia 139 mg/dL; INR 1.83, amônia 258 mmol/L. Realizada paracentese de grande volume, sendo o exame citoquímico do líquido ascítico sido compatível com peritonite bacteriana primária. Foi medicada com Ceftriaxona.

Por depressão do estado consciência, houve necessidade de intubação orotraqueal, sendo transferida para a unidade de cuidados intensivos. Admitiu-se encefalopatia portossistêmica grau 4 e síndrome hepatorenal tipo 1, pelo que ficou medicada com albumina humana 1g/Kg durante 2 dias mais Terlipressina 6mg/dia. Acessoriamente recebeu lactulose e rifaximina. Ao quarto dia de administração de Terlipressina, apresentou isquemia da língua rapidamente progressiva (documentada com

imagens), o que levou à suspensão desta terapêutica.

Apesar das medidas instituídas, a doente apresentou uma evolução clínica desfavorável, vindo a falecer no sexto dia de internamento por falência hepática e choque refractário.

Conclusão: A necrose da língua é uma complicação isquémica rara associada à administração de terlipressina. A sua rápida identificação é mandatória para a suspensão imediata deste fármaco.

PO 64

GASTROPATIA ISQUÊMICA AGUDA APÓS REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: UMA COMPLICAÇÃO RARA E GRAVE

Pedro Mendes de Abreu¹; João Sá Couto¹;
Marta Magno²; Ana Catarino¹; Nuno Deveza¹

¹ULS Coimbra; ²ULS Região de Leiria

Introdução: No contexto de paragem cardiopulmonar extra-hospitalar (PCREH) com recuperação de circulação espontânea (RCE), o desenvolvimento da síndrome de isquemia-reperfusão sistémica, a presença de choque (independentemente de etiologia) e a necessidade de suporte aminérgico são importantes determinantes de morbimortalidade. A hemorragia digestiva alta (HDA) pós-PCREH é uma complicação rara, pouco compreendida, mas associada a elevada mortalidade intra-hospitalar. Apresenta-se o caso de HDA em doente com RCE após PCREH, com evidência endoscópica (EDA) de extensa gastropatia isquémica aguda.

Métodos: Homem, 46 anos, sem antecedentes, vítima de acidente de viação com PCREH, ritmo não desfibrilável, com RCE após 3 ciclos de manobras de suporte avançado de vida (SAV). No pré-hospitalar, administrados 1mg de adrenalina, 1g de ácido tranexâmico e fluidoterapia. Entubado e ventilado no local, manteve estabilidade hemodinâmica até admissão à sala de emergência (SE) de um hospital terciário.

À admissão em SE, entubado e ventilado com boas trocas gasosas, sob perfusão de norepinephrina (dose máxima de 0,86 µg/kg/min) para PAM alvo 65-75mmHg e Escala de Coma de Glasgow de 3 persistente. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica que demonstrou extensa hemorragia subaracnóidea com extensão cisternal, sulcal e infratentorial anterior, bem como, perda generalizada da diferenciação cortico-subcortical. Admitido a unidade nível III, tendo desenvolvido HDA com instabilidade hemodinâmica refratária a suporte transfusional e aminérgico. Iniciada terapêutica farmacológica com Pantoprazol endovenoso e inspeção por EDA onde se observou extensas alterações isquémicas, com áreas de necrose e friabilidade difusa, achados compatíveis com gastropatia isquémica aguda extensa. Apesar do suporte de órgão otimizado, verificou-se agravamento clínico refratário e óbito do doente.

Discussão: A gastropatia isquémica aguda pós-RCE é uma complicação rara, com fisiopatologia ainda não totalmente esclarecida. Há possível correlação com o uso e dose de suporte aminérgico, sendo maior a incidência de HDA nestes casos. Contudo, a relação com outros fatores – como síndrome de isquemia-reperfusão, tempo de PCR, comorbilidades ou interações farmacológicas – justifica investigação adicional para melhor compreender o impacto das práticas de reanimação na ocorrência de eventos adversos pós-RCE.

PO 65

DE UMA SINUSITE A UM ABCESSO CEREBRAL: UMA COMPLICAÇÃO RARA COM IMPACTO CRÍTICO

Catarina Viveiros¹; Mafalda Neves²; Ana Rita Salgado³; Elisabete Monteiro⁴; Eduarda Pereira⁵; José Artur Paiva⁵

¹Hospital Do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;

²Hospital Amato Lusitano; ³ULS Gaia Espinho; ⁴Hospital São João; ⁵Hospital de São João

Introdução: A sinusite, uma infeção frequente do trato respiratório superior, é geralmente autolimitada e de evolução benigna. Em situações raras, pode complicar com abscesso cerebral – uma entidade grave que afeta predominantemente o sexo masculino e se manifesta tipicamente com cefaleia, febre e défices neurológicos focais. Apesar de a taxa de mortalidade ser atualmente baixa quando o diagnóstico e a abordagem são realizados atempadamente, esta complicação associa-se a risco significativo de morbilidade neurológica.

Caso clínico: Homem, 33 anos, com história de tabagismo e episódios de sinusite desde a infância, apresentou cefaleia frontal e dor facial durante 3-4 semanas, de intensidade progressiva. Evoluindo, nos últimos dias, para sonolência, desequilíbrio, visão turva e confusão, sem febre ou sinais meníngeos.

No Serviço de Urgência, a tomografia computadorizada crânioencefálica revelou uma volumosa lesão frontal esquerda, confirmada por ressonância magnética como abscesso cerebral frontal esquerdo com edema extenso e desvio da linha média.

Foi transferido para o hospital de referência e submetido a drenagem do abscesso, em abordagem conjunta pela Neurocirurgia e Otorrinolaringologia, através de craniotomia e abordagem endoscópica dos seios paranasais.

O estudo microbiológico revelou etiologia polimicrobiana e predominantemente anaeróbia, característica de extensão intracraniana de infeção sinusal, com o isolamento de *Prevotella oris*, *Fusobacterium nucleatum*, *Corynebacte-*

rium tuberculosum, entre outros.

Permaneceu internado em Cuidados Intensivos durante 5 dias, cumprindo um total de 18 dias de internamento hospitalar. À admissão apresentava *Glasgow Coma Scale* 14, sem défices motores ou sensitivos, com disfasia ligeira e nistagmo horizontal. Durante o internamento manteve evolução clínica e imagiológica favorável, com redução dimensional do abscesso residual e do edema perilesional, sob terapêutica antibiótica com ceftriaxone e metronidazol e corticoterapia.

À data da alta persistia apenas discreta visão turva e nistagmo horizontal esgotável.

Conclusão: O abscesso cerebral secundário a sinusite pode apresentar-se de forma subaguda e atípica. Este caso reforça a importância da suspeição clínica perante cefaleia persistente e alterações neurológicas insidiosas, do diagnóstico imagiológico precoce, da abordagem médico-cirúrgica multidisciplinar e da monitorização cuidadosa, com vista a um prognóstico favorável.

PO 66

DROGAS SINTÉTICAS, PERIGO REAL

Margarida Santos Silva; Carolina Alegria; Lúcia Taborda; Armindo Ramos
Hospital de Cascais

Introdução: Os canabinóides sintéticos (CS) são substâncias desenvolvidas em laboratório com o objetivo de mimetizar os efeitos psicoativos do Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC), o principal composto ativo do cannabis. Conhecidos popularmente como “SPICE”, estes compostos têm ganho popularidade como drogas recreativas. No entanto, são significativamente mais potentes, tóxicos e imprevisíveis do que o cannabis natural, podendo resultar em quadros clínicos graves e atípicos. A sua utilização crescente constitui um desafio emergente no contexto de Cuidados Intensivos, sublinhando a necessidade de maior sensibilização por parte dos profissio-

nais de saúde.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 22 anos, com história de consumo de cannabis, admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente em estado de mal epiléptico, tendo sido sedado e intubado na abordagem pré-hospitalar. Do estudo inicial a destacar: TC crânio-encefálica e estudo citológico e microbiológico do líquido cefalorraquidiano sem alterações; estudo toxicológico apenas se revelou positivo para canabinóides. O EEG inicial, realizado sob sedoanalgesia e terapêutica com três anticonvulsivantes distintos, mostrou um padrão de *burst-suppression* com atividade epileptiforme multifocal, tendo motivado a otimização da terapêutica anticonvulsiva. Posteriormente, foi apurado com a família do doente que o mesmo teria consumido SPICE no dia anterior à admissão. Apesar do EEG de reavaliação não identificar atividade epiléptica, verificou-se a persistência do coma, que motivou a repetição da TC com evidência de edema cerebral. Foram implementadas medidas de neuroproteção e o doente foi transferido para uma Unidade de Cuidados Neurocríticos. Aí manteve-se sob sedoanalgesia, bloqueio neuromuscular e foi submetido a drenagem ventricular externa. Progressivamente, verificou-se uma melhoria clínica, permitindo a suspensão da sedação e extubação, com recuperação completa do *score* neurológico. O doente teve alta hospitalar um mês após a admissão.

Conclusão: Este caso ilustra os efeitos neurotóxicos graves associados ao consumo de canabinóides sintéticos como o SPICE, em linha com o descrito na literatura recente. Tem como objectivo sensibilizar a equipa médica quanto a este diagnóstico, especialmente em doentes jovens com sintomas neurológicos inexplicáveis. O reconhecimento precoce e a terapêutica de suporte são essenciais para melhorar o prognóstico destes casos potencialmente reversíveis.

PO 67

EMPIEMA EPIDURAL PAN-ESPINHAL: RELATO DE UM CASO E SUA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Pedro Oliveira¹; Maria Eduarda Batista²; Joana Vaz³; Michelle Costa¹; André Borges¹; Luís Bento¹

¹ULS S. José - Hospital S. José; ²ULS S. José; ³ULS Médio Tejo

Introdução: O abscesso epidural espinhal (AEE) é uma infecção rara, porém potencialmente fatal, mais comumente associada ao *Staphylococcus aureus*. O envolvimento pan-espinhal ou holo-espinhal, em que o abscesso se estende por todo o neuroeixo, é extremamente incomum e apresenta alta morbi-mortalidade. Torna-se fundamental um alto índice de suspeição, que permita um controlo de foco cirúrgico precoce e instituição de antibioterapia apropriada.

Descrição do caso: Relatamos o caso de um homem de 28 anos, com histórico de uso intravenoso de drogas, que foi trazido ao Serviço de Urgência por dor lombar, paraparesia progressiva, febre, rigidez cervical e desconforto respiratório. Por insuficiência respiratória em agravamento foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, onde submetido a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Face aos défices neurológicos, suspeitou-se de uma síndrome de compressão medular, pelo que fez ressonância magnética que revelou um extenso abscesso epidural estendendo-se de C1 até o sacro, com coleções musculares paravertebrais associadas. Em menos de 24 horas após a admissão, ele foi submetido a laminectomias cervicotorácica e toracolombar em estágios, com drenagem de material purulento, um procedimento cirúrgico raramente realizado. Do material colhido, isolou-se *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA). O tratamento incluiu vancomicina intravenosa direccionada e 10 sessões de oxigenoterapia hiperbárica, após discussão com a equipa de Medicina Hiperbárica. Uma segunda drenagem cirúrgi-

ca foi necessária devido a abscesso residual. Nas duas semanas seguintes, o paciente apresentou recuperação neurológica progressiva e foi extubado com sucesso. Ao 11º dia de internamento, foi transferido para a enfermaria de Inefciologia.

Conclusão: O AEE pan-espinhal é um desafio diagnóstico e terapêutico devido à sua raridade, déficits neurológicos de rápida progressão e risco de reconhecimento tardio. Este caso destaca a importância de manter um alto grau de suspeição, iniciar prontamente antibióticos empíricos e realizar uma intervenção multidisciplinar rápida com controle cirúrgico da fonte. Embora terapias adjuvantes como a oxigenoterapia hiperbárica ainda sejam consideradas experimentais, podem ter um papel em casos selecionados. O diagnóstico precoce e o manejo coordenado são essenciais para otimizar os desfechos.

PO 68

QUANDO A DISSECÇÃO NÃO É A PRIMEIRA IMPRESSÃO

Ines Gomes Madeira¹; José Mariz²; Ana Sofia Sousa³; Ana Margarida Fonseca⁴

¹ULSLA; ²ULS BRAGA; ³ULS Coimbra-HUC; ⁴ULS Santo António

Introdução: Apontado atualmente como o quinto pilar do exame físico, *Point-of-care Ultrasonography* (POCUS), é uma ferramenta indispensável no diagnóstico em contexto de urgência, emergência e medicina intensiva. De rápida execução, fornece uma grande quantidade de dados em tempo real de forma a acelerar decisões de diagnóstico, guiando procedimentos e melhorando o processo de referenciação.

A dissecção aórtica aguda define-se como uma laceração da camada íntima, ocorrendo a passagem de sangue do lúmen aórtico para a camada média, formando um falso lúmen. Com apresentação clínica de elevada variabilidade, tende a imitar múltiplas condições patológicas.

Caso clínico: Trata-se de uma mulher de 78 anos, com hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada seguida em cardiologia por dilatação da aorta ascendente (48 mm) e tronco da artéria pulmonar. Ativada VMER por alteração do estado de consciência e perda de controlo dos esfíncteres. Sem recuperação do estado de consciência, é encaminhada ao Serviço de Urgência (SU), onde apresentava agitação psicomotora e perfil hipotensivo com hiperlactacidemia de 4 mmol/L. Evolução no SU desfavorável pautada por progressiva deterioração do estado de consciência, queixas álgicas inespecíficas, abundantes vômitos e dejeções aquosas, acompanhada de recrudescência do perfil hipotensivo, já refratário à ressuscitação volêmica. Realizada avaliação POCUS a mostrar de positivo de novo volumoso derrame pericárdico de aspecto denso, de provável origem hemática, com espessamento pericárdico (maior diâmetro 16 mm), sem compromisso das cavidades direitas; VCI dilatada com parca variabilidade respiratória. Avaliação abdominal com imagem heterogênea com líquido livre peritoneal na escavação pélvica, com ansas espessadas (pseudorim). Perante este achado sugestivo de dissecção da aorta, é solicitada avaliação tomodensimétrica emergente a revelar dissecção da aorta tipo A com envolvimento da crosse da aorta distalmente até o plano de origem da artéria subclávia direita; hemopericardio com uma espessura máxima de 21 mm; Espessamento parietal difuso do cólon descendente, sigmóide e recto, sugerindo alterações inflamatórias, de natureza provavelmente decorrentes de isquémica a corroborar a imagem de pseudorim.

Conclusão: O uso da ferramenta POCUS contribui para a correcta classificação do choque, alterando a abordagem clínica, direcionando de uma forma célere a marcha diagnóstica e o tratamento.

POR CAMINHOS TRAVESSOS

Ines Gomes Madeira; Dulce Pascoalinho

ULSLA

Introdução: A gangrena de Fournier é uma forma potencialmente fatal de fascíte necrosante, que afeta as regiões genital, perineal e perianal. Os principais modificadores do prognóstico baseiam-se na suspeita clínica e controlo de foco atempado, associado à antibioterapia. A colocação de catéter vesical, é um procedimento frequente em doentes hospitalizados, habitualmente de simples execução mas com riscos associados não desprezíveis, particularmente lesão de estruturas anatómicas e infeção.

Caso clínico: Homem de 77 anos de idade que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de disuria, dor suprapúbica, hematúria e febre. Por anúria, foram realizadas várias tentativas de algaliação sem sucesso e traumáticas. Perante evolução clínica para choque séptico, foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva, onde foi colocado cistocáteter com evidência de hematuria. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que evidenciou trajetos fistulosos, abscessoprostático, conteúdo gasoso intravesical e pielite bilateral. Adicionalmente, identificou-se a presença de gás a infiltrar as fáscias escrotales e base do pénis, entre o corpo cavernoso direito e o corpo esponjoso, sugerindo as hipóteses de cistite enfisematosa e possível evolução para gangrena de Fournier. A observação clínica externa inicial não foi considerada concordante com a hipótese dos achados imagiológicos, assumindo-se a correlação destes com a lesão iatrogénica da cateterização vesical. Após inicial estabilidade clínica, às 48h de internamento assiste-se a novo agravamento, com necessidade de incremento de suporte vasopressor e aumento dos parâmetros inflamatórios. Apesar da ausência de sinais exter-

nos claros de gangrena de Fournier, perante a suspeita da mesma foi de imediato referenciado à urologia sendo submetido a drenagem transuretral do abscesso prostático, realizada incisão escrotal com saída de conteúdo com cheiro fétido, e colocada hipótese de provável urinoma. Na ausência de tecido necrótico fascial, e da gordura subcutânea, foi excluída a hipótese de gangrena de Fournier. No intra-operatório não se conseguiu identificar com segurança o trajeto uretral, fazendo suspeitar de falso trajeto pelas tentativas de algaliação, confirmando a iatrogenia como a principal causa dos achados imagiológicos. A evolução clínica foi positiva após a drenagem do abscesso, sob cobertura antibiótica dirigida. O doente teve alta do SMI aodécimoquintodia de internamento.

Conclusão: Este caso reforça a importância da necessidade de integração da clínica e dos achados nos exames complementares de diagnóstico. De igualmodo, serve para salientar que a colocação de um catéter vesical não é um procedimento inócuo, podendo acarretar complicações não desprezíveis.

PO 70**INTOXICAÇÃO POR TOLUENO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**Lara Quintas; Ana Gouveia Lima; Liliana Antunes; Raquel Maia; Paulo Telles de Freitas
ULS Amadora-Sintra

O tolueno é um solvente orgânico amplamente utilizado em produtos industriais e domésticos, cuja exposição pode ocorrer por inalação, ingestão ou contacto cutâneo. Evidências recentes apontam para mecanismos de neurotoxicidade mediados por disfunção mitocondrial e dano seletivo à substância branca cerebral. A intoxicação aguda caracteriza-se por depressão do sistema nervoso central, arritmias e alterações metabólicas marcadas, destacando-se a acidose metabólica com hi-

pocaliémia severa decorrente de uma acidose tubular renal distal. Casos graves podem evoluir com rabdomiólise, insuficiência renal aguda e disfunção multiorgânica, exigindo admissão em cuidados intensivos e terapêutica de suporte. A exposição crônica está associada a encefalopatia tóxica, neuropatia periférica e défices cognitivos irreversíveis. O tratamento permanece essencialmente de suporte, focado na estabilização hemodinâmica e na correção dos distúrbios ácido-base e eletrolíticos e a literatura destaca a necessidade de protocolos terapêuticos baseados em evidências e de relatos clínicos que ampliem o conhecimento sobre apresentações atípicas e evolução clínica.

O caso clínico apresentado refere-se a uma doente de 62 anos com admissão em UCI com choque distributivo de causa inicialmente não esclarecida com disfunção multiorgânica, nomeadamente coma; insuficiência renal aguda com hipercaliémia; insuficiência hepática aguda; anemia, trombocitopenia e coagulopatia com elevação acentuada dos D-dímeros. Apresentava ainda rabdomiólise significativa. Do amplo estudo etiológico realizado, a análise toxicológica foi compatível com níveis tóxicos de tolueno, suportando o diagnóstico de intoxicação por este agente.

Apesar de se tratar de um caso fulminante, todas as manifestações clínicas clássicas da intoxicação grave por tolueno estavam presentes, salientando-se a importância alargar o estudo toxicológico para exclusão de etiologias mais atípicas, sobretudo quando a anamnese não é clara.

PO 71

NEUROTOXICIDADE POR CEFEPIMA: O PREÇO OCULTO DA TERAPÊUTICA

Inês Pinto Pereira; Paulo Marçal; Maria Ana Canelas
ULSGE

Introdução: A encefalopatia induzida por Cefepima é uma complicação neurológica rara associada ao uso deste β -Lactâmico, que se manifesta por alteração da consciência (que pode variar de ligeira sonolência até coma), desorientação, afasia, mioclonias e convulsões. A prevalência é estimada em 1–3% dos doentes tratados, mas pode chegar a 15% se associada insuficiência renal.

O diagnóstico é clínico, sustentado pela exclusão de outras causas, pela relação temporal com a administração do fármaco e pela melhoria após a sua suspensão. O EEG pode revelar padrões sugestivos de encefalopatia tóxica, mas não é específico para esta condição.

Caso clínico: Mulher de 81 anos, autónoma, com antecedentes de Doença Renal Crónica KDIGO 4, Colangite Esclerosante Secundária e Trombocitopenia grave induzida por Piperacilina/Tazobactam. Internada em UCI com Choque Séptico em contexto de Colangite Aguda, com Bacteriémia a *E.coli* e *P.mirabilis*, medicada com Cefepima, com ajuste à função renal. Em D5 de tratamento, apresentou mioclonias, sonolência, afasia total e incapacidade no cumprimento de ordens, embora com abertura ocular a estímulo verbal mínimo e força muscular preservada. Iniciou Levetiracetam 3g/dia, com melhoria das mioclonias, mas mantendo o restante quadro.

O TC-CE não mostrou alterações de novo e, analiticamente, com subida da uremia até 144mg/dL, pelo que iniciou hemodiálise, sem resposta neurológica favorável. Dada a suspeita de Encefalopatia a Cefepima, decidido suspender o fármaco. Cerca de 24H após a suspensão, a doente evoluiu com recuperação total do quadro neurológico. Não foi pos-

sível a realização de EEG em tempo útil.

Conclusão: A Encefalopatia induzida por Cefepima deve ser considerada em doentes que apresentam as alterações neurológicas referidas, durante a sua administração, sobretudo quando co-existe insuficiência renal, mesmo em regimes de ajuste de dose ou de hemodiálise. A ausência de melhoria após instituição de hemodiálise e a resolução rápida após suspensão do fármaco reforçam o diagnóstico clínico neste caso. O diagnóstico pode ser tardio devido a múltiplos fatores, incluindo idade avançada, infecção grave e múltiplas comorbidades, como é o caso.

PO 72

ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE PRECIPITADO POR TUBERCULOSE MILIAR NUM DOENTE SOB CORTICOTERAPIA

Claudia Raquel Pratas; Mário Ferraz; Ana Martins;
Nuno Germano

SMI - ULS São José

Introdução: O doente cirrótico é especialmente suscetível à reativação de infeções latentes pelas alterações imunitárias inerentes, algo que se amplifica sob terapêutica imunossupressora. Sendo esta reativação um possível precipitante de *Acute-on-Chronic Liver Failure* (ACLF), a identificação e tratamento precoces são cruciais para o prognóstico destes doentes.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 43 anos, natural da Índia, com história de consumo alcoólico há vários anos (>200gr/dia). Recorreu ao SU por febre e astenia, e é internado pela Medicina Interna com diagnóstico presumido de cirrose descompensada por hepatite alcoólica (Maddrey score 41). Para exclusão de quadro infeccioso, realizou radiografia de tórax, painel de vírus respiratórios, antigenúrias, hemoculturas, urocultura, além do estudo dirigido ao insulto hepático (pe. HAV, HBV, HCV, CMV, HIV, HSV, autoimunidade, angioTC-AP, biópsia). Excluídas outras

causas, inicia corticoterapia com prednisolona 40mg/dia com boa resposta (Lille score D7 0.05). Porém, manteve febre, inclusive após ceftriaxone empírico. Foram colhidas novas culturas e IGRA (prévio inconclusivo), serologias (HEV, leptospira e outras zoonoses), líquido ascítico, LCR; e realizaram-se TC-Tórax e ecocardiograma. Destacaram-se IGRAs persistentemente inconclusivos e TC-Tórax em D21 de corticoterapia com padrão micronodular difuso, vidro despolido e infiltrados nos lobos superiores. Levanta-se suspeita de tuberculose e realiza broncofibroscopia, após a qual desenvolve insuficiência respiratória de novo, com vidro despolido difuso e *crazy paving* na TC, e hiperlactacidémia. Foi transferido para a UCI, inicia antibioterapia de largo espectro e oxigenoterapia de alto fluxo. O doente evolui com necessidade de ventilação mecânica, falência hepática (ACLF-3), e choque refratário. Em D4 de UCI, isola-se *Mycobacterium tuberculosis* no LBA, no mesmo dia em que o doente veio a falecer. De resultados pendentes, observa-se antígeno urinário positivo para *Histoplasma capsulatum* (1.13 EIA units), e biópsia com necrose confluyente, sem granulomas e negativa para *H.capsulatum*.

Conclusão: Assim, considera-se como principal precipitante de falência respiratória e ACLF uma tuberculose miliar por reativação de infeção latente, sendo a broncofibroscopia um catalisador do agravamento clínico. Quanto ao papel da histoplasmose, é difícil valorizar na presença isolada de antígeno com título baixo. Muitas vezes, a rápida deterioração clínica dificulta o diagnóstico e tratamento atempados. Este caso realça a importância de manter um alto nível de suspeição clínica, já que o controlo da infeção é crucial para a sobrevivência e eventual decisão de transplantação.

PO 73

ENTRE O COMUM E O RARO: TCE LIGEIRO COM SÍNDROME DE WEBINO

Inês Pinto Pereira; Filipa Santos Pinho; Lúgia Ribeiro; Isabel Jesus Pereira
ULSGE

Introdução: A WEBINO (*Wall-eyed Bilateral Internuclear Ophthalmoparesis*) é uma síndrome do tronco cerebral caracterizada por estrabismo divergente, limitação bilateral da adução e nistagmo na abdução do olho contralateral. Decorre de lesão bilateral do fascículo medial longitudinal no tegumento dorsomedial da ponte ou do mesencéfalo e, em cerca de 70% dos casos, deve-se a isquemia ou Esclerose Múltipla, sendo o TCE ligeiro uma causa rara. A RMN-CE é importante para investigação etiológica podendo, contudo, ser normal em cerca de 25% dos casos. O prognóstico é dependente da causa, sendo melhor quando a RMN-CE não revela lesões isquémicas e quando não existem outros sintomas neurológicos associados.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 41 anos, vítima de politrauma com TCE ligeiro por esmagamento com empilhadora. Na avaliação inicial descrita perda de consciência com recuperação espontânea e otorragia bilateral. Restante exame neurológico sem alterações e TC-CE inicial e de controlo sem alterações.

Admitido em UCI por choque hemorrágico secundário a trauma torácico, abdominal e pélvico com necessidade de cirurgia urgente. Evolução clínica progressivamente favorável, a permitir redução de suporte de órgão.

Em D22, após a levante de sedação e extubação foi identificada diplopia binocular, estrabismo divergente em posição primária e adução incompleta bilateralmente, com nistagmo na abdução, compatível com WEBINO.

Apresentou evolução clínica favorável, com resolução das alterações neurológicas em

D25. A RMN-CE realizada em D34 para estudo etiológico não mostrou alterações que justificassem os défices descritos.

Conclusão: O exame neurológico detalhado na admissão de um doente crítico é essencial. A sua realização pode ser complexa e condicionada pela gravidade das disfunções orgânicas e pela necessidade de sedação, devendo ser realizado, assim que possível, após estabilização do doente.

A lesão isolada do tronco cerebral é uma apresentação rara de TCE.

Aqui apresenta-se um caso de um Síndrome de WEBINO de causa presumivelmente traumática, que se diagnosticou apenas após levante de sedação, e que resolveu espontaneamente ao 25º dia após o trauma.

A RMN-CE deve ser realizada precocemente, de forma a facilitar o estudo etiológico.

A presença de síndromes do tronco cerebral no TCE nem sempre está associada a mau prognóstico, sobretudo na ausência de lesões supratentoriais ou isquemia do tronco.

PO 75

UM PARASITA, DOIS DIAGNÓSTICOS: TOXOPLASMOSE CEREBRAL E VIH

Rafaela Gonçalves; Patrícia Silva; João Patrício; Miguel Goulão; André Gordinho; Steeve Rosado; Carlos Simões Pereira
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Toxoplasmose é a infeção mais comum do sistema nervoso central no doente com vírus da imunodeficiência humana (VIH) que não cumpre tratamento. Nos indivíduos imunocompetentes, a infeção é assintomática e pode permanecer latente durante toda a vida. Por outro lado, nos indivíduos imunodeprimidos, a toxoplasmose é uma doença grave que pode atingir sistema nervoso central, pulmão e retina.

Descrição do caso: Mulher de 72 anos, autónoma, com história de doença linfoproliferativa em estudo.

Recorre ao serviço de urgência por lentificação motora, alterações da linguagem e diminuição da força no hemicorpo esquerdo com uma semana de evolução, associado a astenia, anorexia e perda de peso com meses de evolução. TC CE com hipodensidades bihemisféricas enquadráveis em enfartes subagudos versus eventuais lesões ocupando espaço. Ficou internada assumindo-se AVC isquémico/doença oncológica oculta para estudo. Evolução com crise convulsiva tónico-clónica generalizada e afundamento do estado de consciência. No estudo do LCR com proteinorraquia e hipoglicorraquia. Iniciou meropenem e vancomicina. Rastreio VIH positivo, em estadio SIDA (CD4 <100), tendo iniciado terapêutica antirretroviral.

Perante a provável etiologia infecciosa em doente com VIH 1 inaugural tratável, foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos, entubada e ventilada. Realizou RMN CE que mostrou lesões infra e supratentoriais com captação de gadolínio em anel. Em discussão multidisciplinar, concluiu-se por prováveis tuberculomas/lesões de toxoplasmose. Suspensa antibioterapia empírica e instituída terapêutica com cotrimoxazol e antibacilares, os últimos suspensos após resultado positivo da PCR *Toxoplasma gondii* no LCR. Antígeno *Cryptococcus neoformans*, JC e TAAN BK LCR negativos. Manteve o mesmo quadro neurológico, com abertura ocular espontânea, sem resposta motora, com necessidade de ser traqueostomizada. Realizou eletroencefalograma, não se documentando atividade epileptiforme, apenas eletrogénese de base lenta. Transferida para enfermaria com melhoria paulatina, acabando por ter alta para unidade de longa duração.

Conclusão: O diagnóstico diferencial da toxoplasmose cerebral inclui linfoma, tuberculose, criptococose, abscesso e leucoencefalopatia multifocal progressiva. É essencial a pesquisa de vírus EBV, JC, micobactérias e *cryptococ-*

cus neoformans no doente imunodeprimido. O diagnóstico presuntivo de toxoplasmose deve ser assumido perante um doente com contagem CD4 <100 que não esteja a realizar profilaxia, se apresentar clínica compatível, anticorpo IgG positivo para *Toxoplasma gondii* e lesões típicas no exame de imagem.

PO 77

CIRCUITO DO DOENTE CRÍTICO: UM ANO DE EXPERIÊNCIA

Inês Carolino; Teresa Miranda; Rita Ivo; Pais Martins
ULSLO

Introdução: Em doentes críticos, o intervalo entre o início da disfunção multiorgânica e a implementação de intervenções adequadas correlaciona-se diretamente com o desfecho clínico. A admissão precoce em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) permite a rápida instituição de medidas específicas e de suporte, sendo determinante em condições tempo-dependentes, como nos protocolos de via verde. Contudo, a transferência para a UCI pode ser retardada por fatores relacionados com o paciente ou com os serviços envolvidos, como o Serviço de Urgência (SU) ou a unidade de destino. Estudos sugerem que atrasos superiores a quatro horas, sobretudo acompanhados de deterioração clínica, podem associar-se a um aumento da mortalidade até 3,5 vezes.

Para mitigar este cenário, têm sido propostas estratégias como sistemas de alerta precoce, que possibilitam a notificação imediata da equipa de Medicina Intensiva. Além de influenciar positivamente o prognóstico do paciente e tomada de decisão precoce, a identificação do doente crítico e a redução do tempo serviço origem-destino podem também repercutir-se na otimização do fluxo e da gestão do trabalho diário no SU.

Nesse contexto, foi criado na unidade hospitalar em análise o Circuito do Doente Crítico (CDC), alinhado com orientações do Colégio

de Especialidade de Medicina Intensiva. A atividade é assegurada por um médico do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), em colaboração com as equipas do SU, prestando apoio direto à Sala de Reanimação e consultoria noutras áreas do serviço.

Objetivo: Caracterizar a atividade do CDC ao longo de 12 meses num hospital com SU polivalente.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e observacional, envolvendo toda a população adulta avaliada pelo CDC no ano de 2024.

Resultados e conclusões: Foram observados 703 doentes, 444 homens (63%), com idades entre 17 e 100 anos (mediana 69). As principais razões de ativação foram hipotensão (22%), alteração da consciência (19%), insuficiência respiratória (18%) e transporte secundário de doente crítico (14%), totalizando 73% das ativações. A Medicina Interna originou 52% dos pedidos, seguida de Cardiologia (11%), Cirurgia Geral (10%) e Neurocirurgia (8%). O pré-hospitalar ativou diretamente o CDC em 10% dos casos. Metade dos doentes foi admitida no SMI (355). Em 15% dos casos, o CDC participou na decisão conjunta de limitação de cuidados e não adoção de medidas invasivas. A criação do CDC estreitou a articulação entre SMI, SU e diferentes especialidades, otimizando a abordagem ao doente crítico. Apesar das limitações de um estudo retrospectivo, esta caracterização poderá apoiar projetos destinados a aprimorar a identificação e o encaminhamento destes doentes, bem como servir de base a estudos prospetivos que avaliem a relação entre tempo de admissão em UCI e impacto no prognóstico, colmatando a ausência de dados sobre a realidade portuguesa.

PO 78

DÉFICE DE TIAMINA EM CONTEXTO DE DESNUTRIÇÃO: UM CASO DE ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

Andreia Balbino; Maria João Barbosa; Madalena Costa; Rita Francisco; Luís Bento
Hospital de São José

Introdução: A encefalopatia de Wernicke (EW) é uma emergência neurológica causada por deficiência de tiamina (vitamina B1), frequentemente associada ao alcoolismo crónico, mas também observada em contextos de desnutrição, neoplasias, cirurgias bariátricas, hiperemese gravídica e restrição alimentar. A prevalência é subestimada, uma vez que menos de um terço dos doentes apresenta a tríade clássica (oftalmoplegia, ataxia e alteração do estado mental). Manifestações atípicas, como disfagia, alterações cognitivas ou de linguagem, podem preceder o quadro típico, dificultando o diagnóstico precoce. O diagnóstico é essencialmente clínico, recorrendo aos critérios de Caine (mínimo dois) - sinais oculares, disfunção cerebelar, alteração do estado mental ou evidência de desnutrição. A ressonância magnética (RM) pode revelar lesões simétricas nos corpos mamilares, tálamo e mesencéfalo, mas um exame negativo não exclui o diagnóstico. O tratamento consiste na administração de tiamina *ev* em dose elevada, evitando sequelas irreversíveis ou progressão para síndrome de Korsakoff.

Descrição do caso: Mulher de 59 anos, com antecedentes de acalásia grave submetida a esofagectomia com coloplastia e vômitos persistentes nos sete meses anteriores, apresentou quadro subagudo (1 mês) de vertigem, diplopia, náuseas e vômitos, evoluindo com instabilidade da marcha e alterações cognitivas progressivas. Observou-se agravamento do estado de consciência a motivar admissão em UCI. A RM cerebral inicial revelou múltiplas lesões simétricas hiperintensas em T2/

FLAIR e difusão, envolvendo tálamos mediais, corpos mamilares e substância cinzenta periaquedutal, bem como alterações ao nível peri-epidendimário. Realizado estudo etiológico alargado, incluindo pesquisa de encefalites autoimunes, causas paraneoplásicas e infecciosas, sem resultados relevantes. Iniciou terapêutica com corticoide sistémico e tiamina em dose elevada, verificando-se melhoria clínica paulatina (internamento de 18 dias na UCI, com necessidade de VMI prolongada e traqueotomia) e radiológica, corroborando o diagnóstico mais provável de EW. Tem alta da UCI com indicação para reposição ev de tiamina durante 1 mês e posteriormente suplementação oral.

Conclusão: O caso ilustra uma forma atípica e grave de EW não alcoólica, num contexto de desnutrição secundária a patologia esofágica. A evolução favorável após reposição de tiamina reforça a importância do reconhecimento precoce desta entidade, frequentemente subdiagnosticada. A EW deve ser considerada em qualquer doente com alterações neurológicas agudas e fatores de risco para défice de tiamina, mesmo na ausência da tríade clássica. O início imediato da terapêutica é determinante para o prognóstico e prevenção de sequelas permanentes.

PO 79

BOCHDALEK E MORGAGNI

– CAUSAS RARAS DE OCLUSÃO INTESTINAL

Andreia Balbino; Inês Quinteiro; Carolina Cerca;
Rita Francisco; Luís Bento
Hospital de São José

Introdução: As hérnias diafragmáticas encarceradas constituem uma causa incomum de oclusão intestinal, condicionando morbilidade e mortalidade importantes. A idade avançada e as comorbilidades existentes associam-se a um maior risco de desfecho desfavorável. Apresentam-se dois casos de hérnias estranguladas, com envolvimento do colón e evo-

lução favorável após abordagem cirúrgica e suporte intensivo multidisciplinar.

Descrição dos casos: Homem de 75 anos, com múltiplas comorbilidades, admitido por anorexia, dispneia e prostração com 3 dias de evolução, clinicamente a ressaltar abdómen timpanizado cuja TC revelou hérnia de Bochdalek volumosa com encarceramento do colón e derrame pleural direito com desvio do mediastino. Intraoperatoriamente constata-se isquémia e perfuração diastática do cego. Submetido a hemicolectomia direita alargada com anastomose íleo-cólica termino-lateral, herniorrafia diafragmática e drenagem pleural. Na UCI evolui favoravelmente, com extubação em menos de 24h de internamento e desmame de vasopressores precoce, manteve antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol com melhoria clínica e laboratorial.

Mulher de 74 anos com antecedentes de doença do refluxo gastroesofágico e esofagectomia distal com funduplicatura anterior, inicialmente com quadro de 2 semanas de evolução de diarreia e vômitos com melhoria após rifaximina. Reavaliada no SU por agravamento do quadro com dor abdominal, vômitos e paragem de emissão de gases e fezes, ao exame objetivo a destacar distensão abdominal marcada, sem reação peritoneal. Radiografia torácica com aumento do ICT. Realizou TC que demonstrou colón intratorácico compatível com hérnia de Morgagni estrangulada. Realizou hemicolectomia direita alargada, anastomose ileocólica latero-lateral e herniorrafia diafragmática. Na UCI manteve antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol, necessidade transitória de suporte vasopressor e oxigenoterapia de alto fluxo, mas melhoria clínica e laboratorial marcadas a possibilitar descalação de cuidados e transferência para enfermaria em 48h.

Conclusão: As hérnias de Morgagni e Bochdalek em adultos são entidades raras, normalmente diagnosticadas com exame de

imagem por apresentarem em geral uma clínica inespecífica, sendo necessário elevado índice de suspeição. Tem uma taxa de mortalidade pós-operatória não desprezável (2,8 a 9,5%), sendo superior em casos em que coexiste isquemia, peritonite e necessidade de ressecção intestinal. A coordenação entre cirurgia, anestesia e medicina intensiva no tratamento etiológico e de suporte de órgão são essenciais com o objetivo de reduzir complicações e mortalidade.

PO 80

ENTRE A INFECÇÃO E A INFLAMAÇÃO: MENINGOENCEFALITE E VASCULITE PNEUMOCÓCICA FATAL

Inês Hermenegildo; Pedro Oliveira; André Borges
Hospital de São José

A doença pneumocócica invasiva (DPI) é uma infecção bacteriana grave causada por *Streptococcus pneumoniae*, responsável por quadros como pneumonia, meningite e endocardite. A meningite pneumocócica associa-se a elevada morbimortalidade, mesmo com antibioterapia eficaz, e as complicações neurológicas são frequentes. Entre estas, destaca-se a vasculite infecciosa, uma entidade rara caracterizada por inflamação vascular do sistema nervoso central secundária à infecção, associada a mau prognóstico.

O caso descrito refere-se a um homem de 44 anos com DPI manifestada por pneumonia e meningoencefalite complicada de vasculite e evolução rapidamente fatal.

Homem de 44 anos, em situação de sem-abrigo, com antecedentes psiquiátricos e consumos múltiplos, recorreu ao Serviço de Urgência por febre e alteração do estado de consciência (EC). À observação apresentava Glasgow Coma *Score* (GCS) de 11 e sinais inflamatórios no membro superior direito. Analiticamente destacava-se leucocitose, aumento da PCR e antigenúria pneumocócica positiva. Radiologicamente apresentava evidência de pneumonia

esquerda e a tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) revelava um hematoma subdural subagudo e hidrocefalia.

Por agravamento do EC (GCS 6) foi admitido na unidade de cuidados intensivos, onde realizou punção lombar que mostrou líquido cefalorraquidiano turvo com pleocitose, proteino- e hipoglicorraquia, compatível com meningite bacteriana. Iniciou ceftriaxone, vancomicina, azitromicina e dexametasona. As hemoculturas isolaram *S. pneumoniae* multissensível.

Durante o internamento, evoluiu com anisocoria e agravamento da hidrocefalia, tendo sido colocada derivação ventricular externa, removida ao 3º dia. Ao 6º dia, a RM CE revelou meningoencefalite extensa com cerebrite multifocal, ventriculite e enfartes profundos sugestivos de vasculite infecciosa, tendo iniciado corticoterapia em alta dose. Apesar da terapêutica dirigida e suporte intensivo, constatou-se agravamento neurológico progressivo, com ausência de reflexos do tronco cerebral e eletroencefalograma com disfunção difusa grave. Repetiu TC CE, verificando-se agravamento da extensão do processo infeccioso e de vasculite, bem como da hidrocefalia. Foi rediscutido com a Neurocirurgia que considerou não existir benefício em novas intervenções. Face ao prognóstico reservado, privilegiaram-se medidas de conforto, tendo o doente falecido.

Este caso ilustra a forma mais grave de DPI — meningoencefalite pneumocócica complicada por vasculite cerebral. A sua evolução fulminante, mesmo sob terapêutica adequada, reflete a complexidade fisiopatológica do processo infeccioso e inflamatório. Salienta-se o papel da medicina intensiva no diagnóstico precoce, vigilância neurológica apertada e suporte de órgão, fundamentais perante a rápida deterioração clínica e o potencial desfecho fatal do doente neurocrítico.

PO 81

SÍNDROME DE GOODPASTURE E DESAFIOS TERAPÊUTICOS NA MEDICINA INTENSIVA

Sara Manuel Dias; Ana Albuquerque; Henrique Santos; Liliana Fonseca
ULS Viseu Dão Lafões

Introdução: A síndrome de Goodpasture é uma doença autoimune, caracterizada pela produção de anticorpos anti-MBG, originando uma resposta inflamatória severa com glomerulonefrite rapidamente progressiva e/ou hemorragia alveolar. As várias modalidades terapêuticas em contexto agudo são complexas e requerem gestão e otimização prementes.

Descrição do caso: Homem de 68 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, doença cardíaca isquémica, hiperplasia benigna da próstata e obesidade. Recorre ao serviço de urgência por dor hipogástrica e oligúria, referindo episódios recorrentes de hemoptises. Analiticamente, objetivado síndrome nefrítico agudo com insuficiência renal (creatinina 14.5 mg/dl, ureia 332 mg/dl). A TC tórax revelou opacidades em vidro despolido e a pesquisa de anticorpos anti-MBG foi positiva, permitindo confirmar o diagnóstico de síndrome de Goodpasture.

É iniciada hemodiálise e, imediatamente, troca plasmática terapêutica (TPE) com 80% albumina/20% PFC (plasma fresco congelado) e terapêutica imunossupressora com corticoide e ciclofosfamida. Nas primeiras horas de internamento, o doente evolui com falência respiratória aguda e hemoptises, sendo admitido no Serviço de Medicina Intensiva, onde se confirma hemorragia alveolar difusa. Pelo risco de hemorragia maciça, altera-se o regime de TPE para 50% albumina/50% PFC. O doente permaneceu em ventilação espontânea e os níveis de anticorpos anti-MBG desceram progressivamente. No entanto, acaba por desenvolver trombocitopenia e posteriormen-

te quadro de infeções nosocomiais, com necessidade de suspensão precoce das sessões de TPE e de imunossupressão. Como consequência provável de disfunção hematológica e da coagulação, com lesão endotelial e infeção ativa sobreposta a doença autoimune não controlada, desenvolve quadro de coagulação intravascular disseminada, instituindo-se terapêutica de suporte com hemoderivados. Após controlo de intercorrências, foi possível reintroduzir terapêutica imunossupressora, permitindo controlar o envolvimento pulmonar da doença, mas com progressão para doença renal crónica terminal com necessidade de hemodiálise regular, que mantém.

Conclusão: A TPE é crucial na remoção de anticorpos anti-MBG e controlo inicial da doença. A albumina é geralmente preferida como soluto de substituição pelo menor risco imunomodulador. No entanto, perante coagulopatia e/ou hemorragia maciça, o PFC permite repor fatores da coagulação e contribuir para a hemostase. A terapêutica imunossupressora é essencial no controlo da resposta autoimune e inflamatória, tendo como principal desvantagem o risco de desenvolvimento de infeções oportunistas. A abordagem do síndrome anti-MBG em Medicina Intensiva requer avaliação constante e ajustes dinâmicos de técnicas terapêuticas e complicações associadas.

PO 82

EMBOLIA GASOSA NO BLOCO OPERATÓRIO – UMA CAUSA DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Beatriz Machado¹; Mariana Paulos Carriço²; Nicole Foreman¹; Bruna Mota¹; José Artur Paiva¹
¹Hospital de São João; ²ULS Guarda

Introdução: A cirurgia laparoscópica, maioritariamente abdominal, tem ganho popularidade pelas menores taxas de infeção, perdas hemáticas e recuperação mais rápida. Contudo, apresenta riscos próprios. Uma etapa crítica é a insuflação da cavidade abdominal, geralmen-

te com dióxido de carbono (CO₂). O principal risco associado é a embolia gasosa, quer vascular quer de órgão sólido. Embora microembolismos ocorram com relativa frequência, os clinicamente significativos são raros e potencialmente fatais, dependendo do volume e localização. Trata-se de uma complicação com incidência reportada tão baixa quanto 0,001%. O seu reconhecimento como potencial causa de colapso hemodinâmico intraoperatório é essencial para um desfecho favorável.

Caso clínico: Doente feminina, 46 anos, com excesso de peso e dislipidemia, medicada com sinvastatina e fenofibrato, suspensos dois meses antes do episódio. Na semana prévia registou consumo abusivo de álcool e gorduras. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal intensa em barra, com náuseas e vômitos. Apresentava taquicardia, taquipneia e defesa abdominal. Gasimetria com acidemia metabólica (pH 7,33; HCO₃⁻ 15 mmol/L) e lactato 2,95 mmol/L. Analiticamente: leucocitose, amilase 534 U/L, lipase 2788 U/L e triglicérideos 1997 mg/dL. Diagnosticada pancreatite aguda alitiásica, evoluiu com anúria e dor refratária, sendo transferida para cuidados intensivos.

A tomografia abdominopélvica revelou aumento pancreático heterogêneo e líquido peripancreático. Iniciou plasmaferese diária e insulino-terapia, com redução dos triglicérideos para 347 mg/dL e melhoria clínica. Apesar da melhoria inicial, complicou necrose peripancreática e coleções abdominais, sem sucesso na drenagem percutânea, sendo indicada laparoscopia. Após indução anestésica, no início do pneumoperitонеu ocorreu queda abrupta do EtCO₂, hipotensão e necessidade de suporte vasopressor. Gasimetria: acidemia metabólica, hipercapnia marcada e hipoxemia. Evoluiu em paragem cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso. Iniciadas manobras de suporte avançado e, sem resposta após dois ciclos, ativada equipa ECMO. Após canulação

venoarterial, obteve-se recuperação de circulação espontânea. A tomografia toracoabdominopélvica revelou blush arterial na artéria renal esquerda, sugerindo porta de entrada do CO₂. Apesar do sucesso inicial da ressuscitação, a doente evoluiu com falência multiorgânica progressiva, falecendo 33 dias depois na unidade de cuidados intensivos.

Conclusão: A embolia por CO₂, embora rara, constitui uma complicação intraoperatória potencialmente fatal. O reconhecimento precoce, particularmente quando se manifesta como causa de paragem cardiorrespiratória, é determinante para o sucesso terapêutico e a sobrevivência dos doentes submetidos a cirurgia laparoscópica.

PO 83

O VALOR DA PROVA TERAPÊUTICA NO DOENTE AGITADO E VIOLENTO SEM CAUSA ESCLARECIDA

Gabriel O. Ferreira; Nuno Prucha Leite; Ana Sousa; Filipa Brochado; Elsa Sousa; Cátia Oliveira; Ricardo Pinho

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O doente agitado e agressivo apresenta graves riscos para os seus cuidadores e para o próprio doente como autoagressão, remoção de dispositivos médicos e piores *outcomes* clínicos. Agitação pode ser causada por intoxicação, abstinência, demência, lesão cerebral, patologia psiquiátrica, infecciosa, endócrina, metabólica, entre outras.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de um homem de 40 anos, autónomo, instalador de equipamentos de telecomunicações. São conhecidos antecedentes de consumo regular de canabinóides e transtorno por uso de álcool. Sem medicação habitual. O doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por hipertermia, náuseas, vômitos, dores musculares e hipersudorese com 3 dias de evolução. Os sintomas iniciaram-se após um dia de traba-

lho prolongado ao sol e consumo de álcool e drogas não especificadas. No dia da vinda ao SU começou também com alucinações visuais, alteração do comportamento e discurso desorganizado. Ao exame físico apresentava hipertensão, taquicardia e hipertermia 37.9°C. Encontrava-se desorientado, sem sinais meníngeos ou neurológicos focais. Analiticamente apresentava hipocapnia ligeira, hiperlactacidemia 3.8, marcadores de lesão muscular elevados, alcoolemia 0.2g/L e pesquisa de drogas na urina positiva para THC. Realizou punção lombar e TC crânio-encefálico com angioTC, que não evidenciaram alterações. Apesar da administração de múltiplas doses de benzodiazepinas e antipsicóticos, o doente foi ficando progressivamente mais agitado e agressivo, tendo sido necessária sedação profunda, intubação orotraqueal e internamento em unidade de cuidados intensivos para suporte ventilatório. Durante o internamento foram titulados propofol, fentanil, dexmedetomidina, quetiapina, oxazepam e olanzapina, tendo o doente mantido desorientação, agitação marcada sobretudo noturna e alucinações auditivas. Sete dias após admissão, foi feita prova terapêutica com 1g de metilprednisolona que resultou, 12h após a primeira toma, na resolução completa da sintomatologia neuropsiquiátrica. Manteve-se orientado e colaborante até alta hospitalar 31 dias após admissão. Continuou seguimento em consulta de neurologia, sem recorrência dos sintomas ou esclarecimento diagnóstico 2 meses após o episódio.

Conclusão: O caso descrito evidencia a sedação profunda como última opção para o doente agitado, e a dificuldade de estabelecer um diagnóstico definitivo no doente com sintomatologia neuropsiquiátrica. O caso demonstra também a utilidade da prova terapêutica nesse contexto, nomeadamente a prova com corticoterapia na suspeita de encefalite autoimune ou encefalite responsiva a corticóide.

PO 84

PNEUMOCISTOSE NO DOENTE SOB IMUNOSSUPRESSÃO

Mariana Paulos Carriço¹; Beatriz Machado²; Diana Costa Ribeiro²; Filipa Santos²; Mónica Eusébio²; Patrícia Baptista³; Inês Mendonça²

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; ²ULS São João; ³ULS Tâmega e Sousa

Introdução: O *Pneumocystis jirovecii* é um agente oportunista responsável por pneumonia potencialmente grave em doentes imunocomprometidos. Embora mais frequentemente associado à infeção por VIH, a sua incidência tem vindo a aumentar em doentes sob terapêutica imunossupressora. Nestes casos, o quadro clínico pode evoluir rapidamente para insuficiência respiratória e choque séptico, exigindo uma abordagem atempada, nível de suspeição elevado e diagnóstico adequado.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 56 anos de idade, com antecedentes de artrite reumatoide sob terapêutica com metotrexato, adalimumab e corticoterapia (prednisolona 5mg/dia). Outros antecedentes de relevo: DM2, HTA e dislipidemia. Recorre ao serviço de urgência por dispneia, febre e prostração com 1 dia de evolução. Com história de tosse produtiva com dias de evolução, sem outras queixas. Realizou TC que mostrava “consolidações e vidro despolido bilateralmente”. Evolui em choque séptico com disfunção multiorgânica (neurológica, respiratória, cardiovascular, renal e hematológica) e é internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Assumiu-se ponto de partida respiratório de etiologia não esclarecida e iniciou-se terapêutica antibiótica empírica com piperacilina/tazobactam, linezolide, azitromicina e trimetropim/ sulfametoxazol. A doente evoluiu com insuficiência respiratória hipoxémica grave e há necessidade de ventilação mecânica invasiva. Por pesquisa de MRSA nasal negativo, é suspenso o linezolide. Realizou-se lavado

broncoalveolar, que veio negativo para PCR de *Legionella* e positivo para *Pneumocystis jirovecii*. Tendo em conta este resultado, a doente suspendeu a azitromicina e iniciou esquema de corticoide indicado para pneumocistose. Cumpriu 7 dias de piperacilina/ tazobactam na presunção de sobreinfecção bacteriana. Manteve terapêutica dirigida com trimetopim/ sulfametoxazol durante 21 dias. A doente evoluiu de forma favorável durante o internamento, com resolução das diversas disfunções.

Conclusão: Este caso destaca a importância de considerar o *Pneumocystis jirovecii* como causa de choque séptico em doentes imunossuprimidos. O reconhecimento rápido e a instituição de terapêutica adequada foram determinantes para a recuperação favorável. O caso reforça a necessidade de vigilância clínica apertada e a investigação e eventual implementação de protocolos de profilaxia e diagnóstico precoce em doentes sob terapêuticas imunossupressoras prolongadas.

PO 85

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA APÓS INALAÇÃO DE SHISHA

Madalena Cardoso da Costa; Carolina Cerca;
Joana Monteiro; Rita Francisco; Luis Bento
UUM

Introdução: A Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) é uma síndrome grave que resulta de hemorragia aguda nos alvéolos pulmonares por rutura da barreira alveolocapilar. Manifesta-se por dispneia, tosse e, por vezes, hemoptises. A etiologia é múltipla, incluindo causas autoimunes, como vasculites ANCA e doenças do tecido conjuntivo, e causas não imunes, como infeções, coagulopatias e tóxicos. O diagnóstico é sugerido pela presença de infiltrados alveolares difusos e confirmado por lavado broncoalveolar progressivamente sanguinolento. O tratamento é de suporte e dirigido à causa subjacente.

O consumo tabaco aromatizado em cachimbo

de água (conhecido por shisha) está associado a exposição a elevadas concentrações de monóxido de carbono (CO), partículas de combustão e metais pesados, que podem induzir lesão epitelial e inflamação alveolar. Apesar de rara, a HAD relacionada com a inalação de shisha tem sido descrita.

Descrição do caso: Homem de 28 anos previamente saudável, com hábitos de inalação de tabaco em cachimbo de água e consumo de canabinóides admitido por insuficiência respiratória aguda após consumo de shisha. À admissão apresentava hipoxémia (SpO₂ 60%), hipotensão e hipotermia. Documentou-se intoxicação por CO (carboxi-Hg a 18,3%), rabdomiólise (CK 2335 U/L) e lesão renal aguda (Cr 1,8 mg/dL). Foi entubado e ventilado mecanicamente, com evidência de hemorragia abundante da via aérea. A angio-TC torácica revelou infiltrado bilateral em vidro despolido com padrão *crazy-paving*, sugestivo de hemorragia alveolar. A broncofibroscopia confirmou o diagnóstico, mostrando hemorragia ativa em toalha; foi instituída terapêutica tópica (soro gelado, adrenalina e ácido aminocaproico) e antifibrinolítica sistémica (ácido tranexâmico), com cessação da hemorragia em 24h, sem necessidade de suporte transfusional.

O estudo etiológico excluiu causas autoimunes (ANA, anti-dsDNA, ANCA-PR3/MPO, anti-GBM, anti-β2GP1, anti-cardiolipina, anti-endomísio, anti-transglutaminase e fator reumatoide), infecciosas e coagulopatias. A pesquisa de tóxicos urinários foi positiva para canabinóides. A evolução foi favorável, com resolução clínica e radiológica, extubação ao 6.º dia e recuperação das disfunções de órgão.

Conclusão: Trata-se de um caso de HAD associada à inalação de cachimbo de água com tabaco e derivados de cânabis, sustentado pela relação temporal e exclusão de outras causas. O mecanismo fisiopatológico provável envolve lesão alveolocapilar direta, stress

oxidativo e disfunção endotelial induzidas pelo fumo. Apesar de rara, esta etiologia deve ser considerada em adultos jovens com exposição a tóxicos, não descurando um diagnóstico diferencial completo. Este caso reforça a necessidade de reconhecer o consumo de tabaco em cachimbo de água como um agente potencialmente lesivo do trato respiratório inferior e de alertar para os riscos do seu consumo, frequentemente subestimados.

PO 87

AEROPORTIA, MANIFESTAÇÃO RARA DE COLITE ISQUÊMICA COMO COMPLICAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

João Fustiga; Inês Medeiros; Michele Tomazini; Rosário Cardoso; Teresa Miranda; Vasco Costa; David Nora; Pedro Póvoa; António Pais Martins
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A aeroportia, caracterizada como a presença de ar no sistema venoso portomesentérico, é um achado imagiológico raro e frequentemente associado a isquemia intestinal, apresentado uma elevada mortalidade. A sua deteção tem vindo a aumentar com a utilização disseminada da tomografia computadorizada (TC). Neste resumo, apresentamos um caso clínico de colite isquémica com aeroportia.

Descrição do caso: Mulher de 80 anos, com antecedentes de pan-hipopituitarismo sob terapêutica de substituição, foi submetida eletivamente a artroplastia total da anca esquerda. Durante o procedimento cirúrgico, verificaram-se períodos de hipotensão prolongada, com MAP < 65mmHg durante mais 50% do tempo cirúrgico, associado a perdas hemáticas estimadas de 1L. Durante o período do recobro, a doente evoluiu favoravelmente com boa resposta à fluidoterapia, tendo sido posteriormente internada em enfermaria com estabilidade hemodinâmica. No primeiro dia de pós-operatório, desenvolveu dor abdominal intensa e progressiva, acompanhada de hipotensão e sinais de irritação

peritoneal. Apresentava acidémia metabólica (pH 7.24, PaCO₂ 30mmHg, PaO₂ 115mmHg, HCO₃⁻ 14.1mEq/L) com hiperlactacidémia (lactato 6.9 mmol/L), descida de hemoglobina (12 -> 5 g/dL) e lesão renal aguda - AKIN 2 (DU < 0.5mL/kg/H). Neste contexto clínico, é realizado uma TC abdominal com contraste que revelou extensa aeroportia, pneumatose intestinal e distensão de ansas, sem evidência de obstrução mecânica (Imagem 1). Foi admitida de imediato na Unidade de Cuidados Intensivos, iniciando fluidoterapia e suporte vasopressor, observando-se, no entanto, deterioração clínica com anúria, choque e acidémia metabólica com hiperlactacidémia e disfunção multiorgânica. Após discussão multidisciplinar, dada a evolução rápida e generalizada do quadro, não apresentava indicação cirúrgica, sendo estabelecida limitação terapêutica e privilegiado o conforto da doente, evoluindo com óbito ao terceiro dia de internamento em UCI.

Conclusão: A aeroportia resulta da passagem de ar para o sistema venoso portomesentérico por disrupção mucosa, aumento da pressão intraluminal ou infeção abdominal. Classicamente associada a isquémia com pneumatose intestinal e elevada mortalidade (75-90%), a realização atempada da TC possibilita um diagnóstico mais precoce, com potencial de redução de mortalidade até 39%. Este caso exemplifica a associação entre estados de baixo débito no contexto intraoperatório e colite isquémica com aeroportia, reforçando a gravidade deste achado. A apresentação clínica inespecífica, aliada à rápida deterioração clínica, exige uma elevada suspeita e um diagnóstico precoce. Apesar da aeroportia ser potencialmente reversível, a sua associação preocupante com pneumatose intestinal a elevada mortalidade, deve motivar uma abordagem clínica célere e uma decisão terapêutica individualizada.

PO 88

INTERNAMENTO EM UCI APÓS DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

Mariana Branco Farinha; Miguel Gonzalez Santos;

Luís Val-Flores; Odete Gomes; João Simões;

Ricardo Martins; Miguel Coelho

ULS Região de Leiria

Introdução: A cirurgia hepatobiliopancreática, especialmente a duodenopancreatectomia cefálica, continua associada a elevadas morbidade e mortalidade, frequentemente exigindo vigilância em unidade de cuidados intensivos (UCI) no período pós-operatório imediato. Apesar de múltiplas tentativas de identificação de fatores de risco peri e intra-operatórios para o desenvolvimento de complicações, ainda não existe evidência científica de estratégias para minimizar os seus riscos. A fístula pancreática pós-operatória é a complicação mais comum, embora os seus mecanismos fisiopatológicos permaneçam pouco compreendidos. Estudos sugerem que a administração profilática de análogos da somatostatina pode reduzir a sua incidência. Mais recentemente, foi identificada uma associação entre a depuração inadequada de lactato no pós-operatório e um aumento do risco de fístula pancreática clinicamente relevante (Yu et al., 2023).

Objetivos: Caracterizar o perfil clínico, diagnósticos e resultados dos doentes submetidos a cirurgia hepatobiliopancreática internados na UCI, comparando-os à literatura internacional.

Material e métodos: Estudo retrospectivo envolvendo 38 doentes submetidos a cirurgia hepatobiliopancreática entre outubro de 2024 e setembro de 2025. Foram recolhidas variáveis demográficas, classificação ASA, desempenho funcional (ECOG), Índice de Comorbilidade de Charlson, diagnóstico, duração do internamento (em unidade de cuidados intensivos e total), complicações pós-operatórias de acordo com a classificação de Clavien–

Dindo e re-internamentos até 30 dias.

Resultados e conclusões: A idade média dos doentes foi de 70,9 anos (intervalo: 44–86), com predominância do sexo masculino (74%). A maioria apresentava classificação ASA III (57%), com Índice de Comorbilidade de Charlson médio de 5,5. Os diagnósticos mais frequentes incluíram carcinoma da cabeça do pâncreas, carcinoma da ampola de Vater, neoplasia quística pancreática e carcinoma das vias biliares. O tempo médio de internamento na UCI foi de 2,8 dias, e o tempo total de internamento hospitalar foi de 9,4 dias. Complicações pós-operatórias ocorreram em 42% dos casos, sendo as graves (classificadas como Clavien–Dindo III–V) 16%. O reinternamento hospitalar em menos de 30 dias ocorreu em 11% dos doentes.

Os dados obtidos refletem o perfil clínico de uma população envelhecida, com múltiplas comorbilidades e elevada complexidade cirúrgica. A incidência de fístula pancreática observada (8%) é comparável aos valores reportados internacionalmente (5–30%), sendo a sua taxa relativamente baixa. Estes resultados reforçam a importância da monitorização intensiva pós-operatória para melhorar o *outcome* clínico. Estudos prospectivos são necessários para otimizar estratégias terapêuticas e preventivas nestes doentes.

PO 89

ENCEFALOPATIA NO DOENTE CRÍTICO: QUANDO O ANTIBIÓTICO É O CULPADO

Maria Vitorino Batista; Mariana Fernandes;

Dário Batista; Antero Fernandes

Hospital Garcia de Orta, EPE

A neurotoxicidade induzida pelos antibióticos β -lactâmicos, em particular pelo cefepime, constitui uma complicação subdiagnosticada em ambiente de cuidados intensivos. Este fármaco, amplamente utilizado pela sua ação contra bacilos Gram-negativos multirresistentes, atravessa a barreira hematoencefáli-

ca, podendo atingir concentrações tóxicas no sistema nervoso central. O diagnóstico diferencial com outras encefalopatias metabólicas é desafiante, sendo essencial a suspeição clínica precoce.

Doente de 39 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 1 e consequente nefropatia diabética (doença renal crônica, estágio 5), foi internada por infecção de úlcera do pé. Foram isolados *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) e *Enterobacter hormaechei* no exsudado da ferida pelo que foi iniciada antibioterapia dirigida com clindamicina e cefepime 2 gramas de 8/8 horas. Às 24 horas após início da terapêutica, o antibiótico não foi ajustado à função renal (clearance de creatinina estimada em 16 mL/min), tendo-se mantido a dose inicial durante todo o internamento apesar do agravamento progressivo da função renal. Ao 6.º dia de tratamento a doente iniciou um quadro neurológico caracterizado por alteração do estado de consciência que posteriormente evolui para mutismo acinético, incontinência de esfínteres e mioclonias. O EEG revelou atividade delta difusa simétrica com descargas periódicas anteriores bilaterais, padrão descrito em encefalopatia tóxica associada a cefepime. Foram realizados outros exames, nomeadamente TAC crânio-encefálica e punção lombar que excluíram eventos vasculares bem como causas estruturais e infecciosas. Assim, tendo em conta a forte suspeita de encefalopatia a cefepime foi realizada hemodiálise com melhoria progressiva do estado neurológico, atingindo recuperação completa do nível de consciência às 48 horas após técnica de substituição da função renal e suspensão do antibiótico.

Este caso ilustra a relevância clínica da neurotoxicidade induzida por cefepime, sobretudo em doentes com insuficiência renal nos quais posologia não é ajustada. As alterações neurológicas típicas com início entre o 4º e 6º

dia de terapêutica em doente com lesão renal sem ajuste de dose do fármaco, os achados característicos no EEG e a rápida recuperação após hemodiálise sustentam o diagnóstico. Sublinha-se, neste caso, a importância do ajuste da dose dos antibióticos à função renal após as 24 horas iniciais bem como da monitorização neurológica em doentes sob cefepime e da inclusão desta causa de encefalopatia diagnóstico diferencial em cuidados intensivos.

PO 90

A VIA DO COMPLEMENTO COMO PEÇA-CHAVE NUM 'CHOQUE' INEXPLICADO

Maria Vitorino Batista¹; Liliana Sousa Nanji¹; Tatiana Cabral²; Inês Pimenta Rodrigues¹; João Prosil Sampaio¹; Dário Batista¹; Antero Fernandes¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²H Vila Franca Xira

Introdução: Em doente crítico, a diminuição súbita de hemoglobina acompanhada de hipoperfusão celular e necessidade de suporte vasopressor, pode simular um choque hemorrágico. Nestes casos, após exclusão de hemorragia ativa, torna-se essencial considerar a hipótese de hemólise - aumento da LDH, diminuição da haptoglobina e hiperbilirrubinemia. Em caso de identificação de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico a anemia hemolítica provavelmente será microangiopática e exige uma abordagem diagnóstica estruturada a fim de instituir precocemente a terapêutica mais adequada com vista à melhoria do *outcome* do doente.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, internada por pancreatite aguda e trombose da veia esplênica sob heparina não fracionada (HNF). Ao 2.º dia de internamento apresentou queda de hemoglobina de 4g/dL, sem perdas hemáticas visíveis e sem hemorragia na TAC abdomino-pélvica. Analiticamente de novo destacava-se trombocitopenia, acompanhada de prolongamento dos tempos de coagulação, lesão renal aguda, LDH elevada, haptoglobina in-

doseável e hiperbilirrubinemia. No esfregaço de sangue eram visíveis esquizócitos (1,5%). O teste de Coombs foi negativo e os testes viscoelásticos demonstraram que a coagulopatia se devia exclusivamente à perfusão de anticoagulante. Assim, Anemia Hemolítica Microangiopática (MAHA) tornou-se a hipótese etiológica mais provável. Para esclarecimento do mecanismo, foram pedidos exames adicionais com destaque para o doseamento do anticorpo anti-ADAMTS 13 cujo resultado foi negativo e a atividade ADAMTS13 apenas ligeiramente diminuída que excluiu purpura trombocitopénica trombótica (PTT). O doseamento dos fatores do complemento C3 e C4 bem como fatores B, H e I, reguladores da via alterna, estavam igualmente diminuídos.

Desta forma, MAHA associada a trombocitopenia sugeriu Anemia Microangiopática Trombótica (TMA) após exclusão de hemorragia e coagulação intravascular disseminada (CID) na qual a os fatores de coagulação estão consumidos. Dentro da TMA, PTT tornou-se improvável por ADAMTS13 não estar gravemente reduzido (<10%). A diarreia motivou a realização de coproculturas com pesquisa de toxina Shiga (Síndrome Hemolítico Urémico - SHU). Contudo, o padrão de consumo do complemento, embora não seja diagnóstico, favorece a Microangiopatia Trombótica Mediada por Complemento (CM-TMA), precipitada por inflamação sistêmica associada à pancreatite, como diagnóstico mais provável.

Conclusão: Este caso demonstra que MAHA pode simular um choque no doente crítico. A marcha diagnóstica de considerar MAHA e posteriormente TMA se trombocitopenia, excluir PTT (ADAMTS13), testar toxina Shiga se diarreia e avaliar os fatores do complemento orientam para CM-TMA. Nestes casos é essencial o início precoce de terapêutica de bloqueio terminal do complemento (anti-C5) além do suporte de órgão necessário.

PO 91

ARTERITE DE TAKAYASU: UM DIAGNÓSTICO TARDIO

Carolina Rodrigues Cerca; Luís Morais; Luísa Valente; Bruno Maia; Luís Bento
ULS São José

Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite rara de grandes vasos, de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação granulomatosa da aorta e seus ramos principais, podendo provocar estenose, oclusão ou aneurismas. A inflamação crônica leva ao espessamento arterial, destruição da lâmina elástica e comprometimento do lúmen vascular. A doença progride em fases sistêmica, vascular e fibrótica, manifestando-se com sintomas constitucionais inespecíficos, alteração dos pulsos periféricos, diferença de pressão arterial entre membros, claudicação, sopros arteriais e complicações isquémicas. O diagnóstico baseia-se em achados clínicos, marcadores inflamatórios inespecíficos e exames de imagem (Angio-RM, Angio-TC, PET). O tratamento inclui corticoterapia e outros fármacos modificadores de doença, com intervenção vascular reservada a complicações graves.

Descrição do caso clínico: Homem de 43 anos, com antecedentes de alcoolismo e toxicofilia, com sintomatologia de insuficiência cardíaca com um ano de evolução, agravada na semana anterior ao internamento. O ecocardiograma evidenciou dilatação ventricular esquerda com fração de ejeção de 22% e insuficiência mitral moderada a grave.

Foi admitido por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico no território da artéria cerebral média direita. A angio-TC revelou oclusão dos segmentos supra-clinoideus das carótidas internas bilateralmente e oclusão do segmento M1 direito, configurando um padrão do tipo Moyamoya bilateral.

Apresentava um diferencial de pressão arterial importante entre os membros superiores, pelo

que fez estudo angiográfico com oclusão da subclávia esquerda, da aorta infra-renal e dos eixos ilíacos, compatíveis com lesões crônicas. Evolução clínica com agravamento neurológico súbito; a TC cranioencefálica demonstrou extensão da lesão isquêmica com desvio da linha média, sendo submetido a craniectomia decompressiva. Nos dias seguintes manteve agravamento neurológico e imagem de novo enfarte no território da artéria cerebral anterior contralateral. Face ao prognóstico reservado e irreversível, foram adotadas medidas de conforto.

Conclusão: A AT é frequentemente diagnosticada tardiamente no contexto de eventos vasculares graves, dada a sua apresentação subaguda com sintomas constitucionais inespecíficos. Além disso, não existem testes laboratoriais diagnósticos específicos, exigindo confirmação imagiológica. O tratamento é complexo e individualizado, visando controlar a inflamação e prevenir complicações vasculares, como AVC, aneurismas e insuficiência aórtica. A AT pode ser uma causa secundária da síndrome de Moyamoya, na qual a estenose progressiva das artérias cerebrais induz circulação colateral característica. A doença tem curso crônico flutuante, estando associada a elevada morbidade. O prognóstico depende da progressão da doença e das complicações vasculares.

PO 92

SUPER-REFRACTORY STATUS EPILEPTICUS: INSIGHTS FROM A RARE COMPLICATION OF COMPLEX CARDIAC SURGERY

Raquel Torres¹; Joana Rodrigues²; Vasco Sousa Silva¹; Sara Rodrigues¹; Ana Lúcia Rios¹;

João Francisco Martins¹; Isabel Jesus Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho;

²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Neurological injury, although uncommon, remains a significant cause of morbidity and mortality following aortic arch surgery. Prolonged

cardiopulmonary bypass (CPB) and circulatory arrest times, and intraoperative hypotension are known risk factors for inflammation and ischemia-reperfusion injury. Atherosclerotic embolization during vascular manipulation increases the risk of perioperative cerebrovascular events and seizures. Close monitoring, early detection and prevention of secondary brain damage are crucial for neurological recovery.

A 73-year-old male with arterial hypertension, chronic kidney disease, prior aortic coarctation repair, severe aortic stenosis and ascending aortic aneurysm underwent an elective total aortic arch and aortic valve replacement, under CPB, hypothermic circulatory arrest and selective antegrade cerebral perfusion. Postoperatively, patient was admitted to the Cardiothoracic Intensive Care Unit (CT-ICU) and sedation was withdrawn the next day.

On awakening, he presented with left hemiparesis and focal motor seizures that evolved into super-refractory status epilepticus (SRSE). Brain computed tomography revealed diffuse edema without clear ischemic lesions. Electroencephalography (EEG) documented persistent right hemispheric epileptic activity. Despite several antiepileptic drugs, high dose corticosteroids and ketogenic diet, seizure control required continuous infusions of propofol and ketamine. By day 5, after multidisciplinary discussion (cardiothoracic surgery, intensive care medicine, neurology) patient was promptly transferred to the neurocritical care unit for advanced monitoring and neuroprotection.

Brain magnetic resonance imaging revealed extensive ischemic lesions admitted as being caused by perioperative cerebral hypoperfusion - right hemispheric cortical and subcortical regions, hippocampus, thalamus and both cerebellar hemispheres.

EEG-guided weaning of sedatives was achieved after two weeks. Patient's Glasgow Coma Scale was 7T (O4VTM3) and he remained hemiparetic. During the following weeks, there

was a notorious clinical improvement, and he was discharged to CT-ICU.

This case illustrates SRSE secondary to cerebral ischemia as a severe complication of perioperative hypoperfusion following extensive aortic arch surgery in susceptible patients. Early recognition, prompt restoration of cerebral blood flow, and aggressive neurocritical care management are essential to improving outcomes in this neurocritical population.

PO 93

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Beatriz Sá Pereira¹; Gustavo Correia²; Jéssica Oliveira¹; Sara Trevas²; Catarina Marques Dos Santos²; Carlos Pereira²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Unidade Local de Saúde Loures Odivelas

Introdução: Linfohistiocitose hemofagocítica é uma síndrome rara, potencialmente fatal, que cursa com ativação excessiva do sistema imunológico. Apesar de ser mais comum em crianças até aos 18 meses de idade, podem também surgir em adultos em qualquer faixa etária.

Descrição do caso: Homem de 43 anos, natural da Guiné-Bissau, a viver em Portugal desde há menos de 1 ano. Diagnosticado recentemente com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) estadio C3, tendo sido internado nesse contexto. Durante internamento, diagnosticado com Sarcoma de Kaposi cutâneo e visceral, tendo iniciado quimioterapia com doxorubicina.

Após alta, regressa uns meses depois, tendo sido internado novamente, agora por artrite séptica do joelho esquerdo a *Pseudomonas aeruginosa*. Realizada múltiplas drenagens cirúrgicas sem controlo de foco e com progressão da infeção, motivo pelo qual se decidiu pela amputação do membro inferior esquerdo, com biópsias do coto negativas.

Entretanto após melhoria clínica, inicia quadro de febre e lentificação psicomotora, 1 mês após cirurgia. Colheu exames culturais que vieram

negativos e iniciou meropenem e vancomicina, com manutenção da febre e elevação sustentada de parâmetros inflamatórios. Após 12 dias e sem esclarecimento de foco infeccioso, ficou em janela terapêutica. Por agravamento clínico apesar de ausência de isolamentos, foi iniciada ceftazidima/avibactam. Apesar de antibioterapia instituída, evolui com hipotensão, anemia refratária (hemoglobina 3,8g/dL), trombocitopenia (9000/uL), lesão renal aguda (Creat 2.82mg/dL), disfunção respiratória e agravamento neurológico, motivo pelo qual foi referenciado aos cuidados intensivos. Realizada punção lombar com hipoglicorráquia e isolamento de uma célula, sem isolamento de agente.

Levantada a hipótese diagnóstica de síndrome hemofagocítica pela febre refratária, citopenia com haptoglobina indoseável e hiperbilirrubinemia, com hipertrigliceridemia associada e ferritina elevada (máximo de 8600ng/mL). Iniciou dexametasona e etoposido com rápida melhoria clínica. Realizou ainda mielograma que excluiu doença linfoproliferativa. Pesquisada carga viral de EBV, que se verificou muito elevada.

Conclusão: O síndrome hemofagocítica é uma patologia com um diagnóstico difícil devido à sua raridade e variabilidade de apresentação clínica. A sua identificação rápida com tratamento imediato é crítico para o sucesso terapêutico.

PO 94

O ENIGMA DA LINHA MÉDIA: ENFARTE DA ARTÉRIA DE PERCHERON – CASO CLÍNICO

Ana Governo Ribeiro; Francisco João Amado; Beatriz Pacheco Moreira; Filipa Crespo Santos; Filipa Pacharo Nogueira; Pedro Rebelo Marquez; Anabela Santos
ULSTMAD

A artéria de Percheron (AOP) é uma variante anatómica rara que vasculariza o tálamo paramediano e o mesencéfalo anterior. Origina-

nando-se do segmento P1 da artéria cerebral posterior, a sua oclusão pode provocar enfarte talâmico bilateral, com ou sem envolvimento do mesencéfalo. Representa uma pequena percentagem dos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e manifesta-se por sintomatologia variável, desde confusão até coma. O diagnóstico é frequentemente difícil devido à inespecificidade clínica e à limitação dos exames imagiológicos iniciais, podendo ser confundido com infeções ou processos expansivos. Apresentamos o caso de um doente de 82 anos, previamente autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e estenose aórtica grave submetido a implantação de prótese biológica há dois anos. Foi admitido na Sala de Emergência com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 7, retroversão ocular, pupilas mióticas, afasia, hemiparesia direita com sinal de Babinski ipsilateral e resposta motora à dor à esquerda, com *NIH Stroke Scale* (NIHSS) de 29. A tomografia computadorizada (TC) inicial não evidenciou alterações agudas. Pela elevada suspeita clínica de evento isquémico, realizou-se trombólise intravenosa ainda na admissão, verificando-se discreta recuperação motora à direita. No 4º dia, a ressonância magnética (RM) cerebral confirmou enfarte compatível com oclusão da AOP. A evolução foi desfavorável, com acentuada flutuação do estado de consciência, assim como desenvolvimento de pneumonia de aspiração e insuficiência respiratória grave, culminando em óbito ao 20º dia de internamento.

Pretendemos com o nosso caso salientar a necessidade de considerar o enfarte da AOP como diagnóstico diferencial ao avaliar doentes com défices neurológicos inespecíficos de origem incerta, especialmente em doentes com múltiplos fatores de risco cardiovasculares. A RM precoce é fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica a fim de minimizar a morbimortalidade associada a esta entidade.

PO 95

O GRANDE MIMETIZADOR

Maria Eduarda Leitão; Carlos Andrade; Maria João Silva
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O coma é caracterizado pela ausência de resposta a estímulos externos e pela incapacidade de manter a vigília. Pode resultar de lesões estruturais, desequilíbrios metabólicos, intoxicações ou infeções graves do sistema nervoso central. É uma emergência médica que exige uma abordagem rápida e sistemática, dada a diversidade de etiologias e gravidade prognóstica associada.

Descrição do caso: Mulher de 60 anos, sem antecedentes relevantes, admitida após alteração súbita do estado de consciência. Quadro caracterizado por vômitos, perda de consciência, mioclonias e incontinência de esfíncteres. Na avaliação inicial, apresentava-se inconsciente, sem abertura ocular, com emissão de sons incompreensíveis ao estímulo doloroso e vômitos. À observação era evidente nistagmo "down beat", pupilas isocóricas reativas, ligeiramente midriáticas, sem cumprir ordens, com reflexo cutâneo plantar indiferente bilateralmente. Restante exame inocente, fazendo suspeitar de afeção do tálamo. Dada a depressão da consciência, procedeu-se à proteção da via aérea. Algaliada com saída de 1000mL de urina clara, gasimetricamente com sódio de 147 mEq/L e densidade urinária inferior a 1.005. Administrada desmopressina 1ug endovenosa.

A TC não identificou alterações da densidade ou da morfologia do parênquima encefálico sugestivas de lesão vascular aguda, isquémica ou hemorrágica. No estudo angiográfico dos troncos supra-aórticos e cerebral não se observaram imagens de "stop" arterial, não se podendo excluir a oclusão ou estenose da artéria de Percheron. Realizada RM que não identificou lesão isquémica aguda. Posterior-

mente, obtidos resultados analíticos com etanol elevado (183 mg/dL).

Após suspensão da sedação e reversão do bloqueio neuromuscular houve recuperação clínica, apresentando-se a doente colaborante e capaz de cumprir ordens simples. Após extubação, informou que havia consumido 2 copos de vinho verde, não engarrafado, e que não bebe habitualmente. O diagnóstico final foi de intoxicação alcoólica aguda.

Conclusão: A causa desta alteração da consciência, mostra a importância da avaliação criteriosa e da realização de exames imagiológicos, de modo a excluir condições graves e orientar tratamento. O caso destaca ainda a importância de considerar causas tóxicas, como a intoxicação etílica, mesmo em situações em que a ingestão de álcool não seja evidente. A alcoolémia elevada pode cursar com sinais e sintomas semelhantes aos de quadros neurológicos agudos graves, como o AVC.

PO 96

TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR E LACERAÇÃO AÓRTICA – UMA COMBINAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL

Bruna Mota; Tiago João Valente; Nicole Foreman;
Ana Beatriz Machado; Daniela Franco;
José Manuel Pereira; José Artur Paiva
ULS São João

Introdução: Lesões traumáticas de alta cinética apresentam complicações graves e frequentemente fatais. A laceração aórtica é uma das principais causas de morte imediata no trauma fechado, enquanto o traumatismo vertebro-medular (TVM) está associado a sequelas neurológicas irreversíveis e elevado impacto na morbidade das vítimas a longo prazo. A coexistência destas lesões representa um desafio diagnóstico e terapêutico.

Descrição do caso: Sexo masculino, 30 anos, sem antecedentes pessoais, vítima de acidente de viação de alta cinética. Admitido na

sala de emergência e cuja avaliação inicial revelou: Via aérea patente; sem dificuldade respiratória com saturação periférica > 95%; perfil tensional normal, normocárdico e sem hiperlactacidemia; Fratura do membro superior direito; Escala de Coma de Glasgow 14, com déficit sensitivo a nível L2 e déficit motor a nível de L1; eFAST negativo. Realizado estudo imagiológico que revelou: Luxação dos maciços articulares de T11-T12, resultando em anterolistese grau II com compressão do cordão medular e presença de hematoma endocanal epidural e irregularidade do lúmen da aorta na transição toracoabdominal no plano D11/D12, com hipodensidade de morfologia grosseiramente linear, admitindo-se laceração aórtica por trauma fechado. Realizado, primeiramente, tratamento endovascular da laceração aórtica com colocação de prótese (TEVAR) e prosseguiu-se, posteriormente, para a intervenção ortopédica cirúrgica com fixação transpedicular posterior T9 a L1, redução e descompressão do nível com laminectomia de T11. Admitido nos pós-operatório em Medicina Intensiva.

Conclusão: Este caso ilustra o quão desafiante pode ser a abordagem de um doente vítima de trauma em contexto de sala de emergência e a importância da suspeição clínica da lesão vascular em traumas de alta cinética. O tratamento bem-sucedido depende de uma abordagem multidisciplinar e priorização adequada das lesões com risco iminente de vida.

PO 97

FISIOTERAPIA NO DOENTE NEUROCRÍTICO COM VASOSPASMO CEREBRAL: REVISÃO DA LITERATURA

Luísa Dias
ULS S. José

Introdução: O Vasospasmo Cerebral é uma complicação frequente e potencialmente devastadora da Hemorragia Subaracnóideia Aneurismática (HSAa), geralmente associada

a aumento do risco de défices neurológicos tardios e pior prognóstico funcional. Tencialmente, a Fisioterapia em doentes com Vasospasmo é realizada de forma cuidadosa e, por vezes, até tardiamente, devido ao receio de provocar instabilidade hemodinâmica e aumentar o risco de aparecimento de Vasospasmo. Esta revisão da literatura tem como objetivo averiguar qual o impacto da Fisioterapia precoce no doente com HSAa e sua influência no risco de Vasospasmo.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre a atuação da Fisioterapia no doente neurocrítico com HSAa e a sua influência no risco de aparecimento de Vasospasmo cerebral, assim como resultados funcionais e lacunas existentes na bibliografia.

Material e métodos: Realizou-se uma revisão de literatura em conformidade com a *CheckList* PRISMA.

Entre os dias 15 e 19 de setembro foi feita pesquisa em várias bases de dados, nomeadamente PubMed, Pedro, SciELO e Cochrane. Os artigos utilizados nesta revisão de literatura foram retirados da base PubMed. Foram incluídos artigos que se centravam no Vasospasmo como complicação das HSAa em doentes a receber cuidados de Fisioterapia e foram excluídos artigos que apenas se referiam a Vasospasmo e a amostra não recebia de cuidados de Fisioterapia.

Resultados e conclusões: Foram incluídos um total de 9 artigos e excluídos 2 artigos.

A literatura atual mostra que a Fisioterapia em doentes com HSAa é segura e viável, reduz a incidência e risco de Vasospasmo cerebral e pode contribuir para a melhoria funcional.

No entanto, os estudos existentes são limitados, sendo necessário mais e melhor evidência científica sobre o papel específico da Fisioterapia no Vasospasmo cerebral, assim como melhor padronização de protocolos, com indicações claras sobre quando iniciar e com que frequência e intensidade.

PO 98

AValiação DA DEGLUTIÇÃO NA UCI: CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO

Vanessa Silva; Joana Marrana; Catarina Diogo; Mariana Batista
Hospital de Santa Marta

Introdução: A pneumonia de aspiração apresenta-se como uma das consequências da alteração da deglutição, tal como, a desnutrição, desidratação e depressão. Por ser muitas vezes silenciosa, em mais de 40% dos casos, está associada ao aumento do internamento hospitalar, com maior risco de morte (Cohen et al., 2016).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) esta é uma problemática com grande impacto na pessoa, associados ao uso frequente de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e outros dispositivos médicos, que interfere com o normal processo de deglutição, originando frequentemente disfagia pós-extubação.

A intervenção do enfermeiro na avaliação da deglutição na UCI precoce e sistematizada, refletida em protocolos, tem um impacto significativo nos resultados em saúde, nomeadamente na prevenção da pneumonia, redução do tempo de internamento e da mortalidade (Oliveira, Mota, Couto & Germano, 2020[VS1]).

Objetivos: Demonstrar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e na avaliação da deglutição, através da implementação de um protocolo na UCI; e evidenciar a importância da avaliação precoce da deglutição, na prevenção da pneumonia de aspiração.

Métodos: A conceção do protocolo teve por base uma revisão narrativa da literatura.

Resultados: A implementação de um protocolo para todos os doentes submetidos a VMI, após extubação, com base na escala de Gugging Swallowing screen UCI possibilita: identificação precoce da disfagia, um acom-

panhamento especializado na reeducação da deglutição, a prevenção de complicações e a promoção da saúde. O impacto da sua implementação reflete-se em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação: a taxa de efetividade na aplicação do protocolo e taxa prevenção de complicações (pneumonia de aspiração).

Bibliografia:

Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., ... Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>

Oliveira Isabel, Mota Susana, Couto Liliana, R., & Germano. (2020). Conceptualization of nursing care to the person with post-stroke dysphagia. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20024>



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Posters de enfermagem

POE 01

A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO DURANTE O PROCESSO DE EXTUBAÇÃO DA PESSOA INTERNADA EM UCI

Daniela Almeida¹; Margarida Pinheiro²; Joana Teixeira³

¹Hospital São José-UUM; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, UICISA; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, CIDNUR

Introdução: A ventilação mecânica invasiva é um suporte por vezes necessário perante a pessoa com obstrução da via aérea, trocas gasosas ineficazes, em exaustão respiratória ou perante a necessidade de assegurar a ventilação no doente com depressão do estado de consciência para a realização de procedimentos cirúrgicos. O desmame ventilatório deve iniciar-se o mais precocemente possível, sendo o processo de extubação, o culminar deste processo. De forma a prevenir complicações, nomeadamente as reintubações, e promover a segurança da pessoa, é necessário conhecer-se os critérios a considerar para uma tomada de decisão criteriosa e informada pela evidência científica.

Objetivo: Identificar os critérios que suportem a tomada de decisão no processo de extubação da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, internada em UCI.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de janeiro a abril de 2025, realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS e PubMed. A extração e seleção dos

estudos foi realizada de forma independente pelos autores, recorrendo ao software Rayyan®, de acordo com critérios de elegibilidade, nomeadamente, considerar a pessoa em situação crítica, adulta, sob ventilação mecânica invasiva em contexto de UCI. A análise dos dados foi efetuada de forma descritiva.

Resultados e conclusão: Foram obtidos 9 artigos finais, cuja análise resultou num conjunto de critérios de avaliação da pessoa, que podem ser integrados num instrumento de apoio à tomada de decisão do enfermeiro para a promoção da segurança da pessoa no processo de extubação, entre os quais: avaliação da escala de Glasgow e RASS, presença de reflexo de tosse e deglutição, aspiração de secreções brônquicas (avaliação de quantidade e características), realização de higiene oral, avaliação dos parâmetros ventilatórios e saturação de oxigénio, realização do teste *cuff leak*, verificação e colocação da sonda de alimentação em drenagem passiva, verificação da presença de material de apoio à extubação e reintubação, em caso de necessidade e comunicação do procedimento à pessoa e família.

O enfermeiro assume assim um papel crucial dentro de uma equipa multidisciplinar, tendo uma posição privilegiada para avaliar se o doente está ou não pronto para iniciar o desmame ventilatório, que culminará no processo de extubação. A utilização de uma *checklist* que contemple critérios sustentados pela evidência, enquanto prática ino-

vadora de suporte à tomada de decisão do enfermeiro em UCI, promove a segurança da pessoa durante esse processo. Alterações ao procedimento poderão ser efetuadas, perante situações específicas discutidas em equipa multidisciplinar.

POE 02

MÁSCARAS PERSONALIZADAS 3D NA VNI: INOVAÇÃO NA PREVENÇÃO DE LESÕES FACIAIS POR PRESSÃO

Sónia Gomes

Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é uma técnica largamente utilizada no suporte respiratório, eficaz na diminuição da necessidade de intubação traqueal.¹ No entanto, o uso continuado de interfaces pode provocar lesões por pressão na pele, especialmente nas zonas de maior contacto.¹ Estas lesões comprometem o conforto do doente, dificultam a adesão ao tratamento e aumentam o risco de complicações.³ Para minimizar estes efeitos, tem-se explorado o desenvolvimento de dispositivos personalizados por impressão 3D,³ bem como diversas intervenções preventivas reunidas em revisões sistemáticas.²

Objetivo: Identificar os benefícios e as limitações da utilização de máscaras 3D na redução de lesões faciais por pressão em doentes com VNI.

Material e métodos: Revisão integrativa da literatura, nas bases EBSCOhost, PubMed e LILACS, no período de 2014 a 2025. A questão orientadora foi: “De que forma as máscaras 3D utilizadas na VNI contribuem para prevenir lesões por pressão na face?”. Os descritores utilizados foram: *non-invasive ventilation; prevention; pressure injuries; face*. Foram selecionados 5 artigos.

Resultados/Conclusões: Máscaras personalizadas fabricadas com tecnologia 3D ajudam a reduzir a pressão em áreas sensíveis do

rosto³, como a região da pirâmide nasal,¹ aumentando o conforto e diminuindo o risco de lesões por pressão em doentes com VNI.^{2,3,4,5} O uso de proteções cutâneas, ajustes adequados e monitorização da pele, também se mostram eficazes na prevenção dessas lesões.^{2,4} Apesar das vantagens, há limitações como custos, tempo de produção e poucos estudos.^{3,4} Conclui-se que a tecnologia aliada à Enfermagem é promissora no cuidado aos doentes com VNI.

Referências:

- 1-Barros, L.S.; et al. (2014). Facial pressure zones of the oronasal interface for noninvasive ventilation: A computer model analysis. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 40(6). 652-657. Doi:10.1590/S1806-37132014000600009
- 2-Emami Zeydi, A.; et al. (2024). Mask-related pressure injury prevention associated with non-invasive ventilation: A systematic review. *International Wound Journal*, 21(6). e14909. Doi:10.1111/iwj.14909.
- 3-Shikama, M.; et al. (2018). Development of personalized fitting device with 3-dimensional solution for prevention of NIV oronasal mask-related pressure ulcers. *Respiratory Care*, 63(8). 1024-1032. Doi: 10.4187/respcare.05691.
- 4-Sodré, R.C. (2023). Medidas adotadas em unidades de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 7(1). e126989. <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.126989>.
- 5-Verberne, J.W.R.; Worsley, P.R.; Bader, D.L. (2021). A 3D registration methodology to evaluate the goodness of fit at the individual-respiratory mask interface. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*, 24(1). 1-10. Doi:10.1080/10255842.2020.1849156.

POE 03

TRANSCULTURIDADE NAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Silva

Hospital S. José

A globalização e o aumento da mobilidade populacional têm conduzido a uma crescente diversidade cultural nas equipas de saúde, especialmente em contextos de elevada complexidade como as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (World Health Organization,

2021). A transculturalidade, entendida como a interação e integração dinâmica entre diferentes culturas, constitui uma dimensão essencial para a qualidade assistencial e para a coesão organizacional (Leininger, 2018).

Nas UCI, onde se exige elevada capacidade de resposta e tomada de decisão em tempo reduzido, a diversidade cultural das equipas pode ser simultaneamente um desafio e uma oportunidade. Diferenças na perceção de hierarquia, nos estilos de comunicação ou na gestão de conflitos podem originar dificuldades (Salas, Reyes & McDaniel, 2019). No entanto, quando bem gerida, a heterogeneidade cultural amplia a criatividade, fortalece a adaptabilidade e favorece soluções inovadoras na prática clínica (Campinha-Bacote, 2019).

Do ponto de vista dos cuidados, a transculturalidade permite uma abordagem mais sensível às necessidades de doentes e famílias. A compreensão das crenças, valores e práticas relacionados com saúde, doença, sofrimento e morte é particularmente relevante em decisões éticas complexas, como a limitação do esforço terapêutico (Kleinman, 2020). A prática transcultural, ao integrar aspetos culturais nas intervenções clínicas, promove cuidados mais humanizados e ajustados à singularidade de cada indivíduo (Leininger, 2018).

Para potenciar os benefícios desta diversidade, estratégias como a formação contínua em competências culturais, a liderança inclusiva e a utilização de protocolos de mediação intercultural têm demonstrado eficácia (Campinha-Bacote, 2019). Além disso, a valorização da comunicação não verbal e a promoção de ambientes de confiança reforçam a cooperação entre profissionais, reduzindo potenciais conflitos (Salas et al., 2019).

Em síntese, a transculturalidade nas UCI deve ser entendida como um recurso estratégico. Mais do que uma adaptação às diferenças, trata-se de transformar a diversidade num motor de excelência, capaz de melhorar a

qualidade assistencial, a resiliência das equipas e a resposta ética perante a complexidade do contexto intensivo (WHO, 2021).

POE 04

CUIDADOS PALIATIVOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM MOMENTOS CRÍTICOS

Marco Rosa; Ana Vieira
Hospital Curry Cabral

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) acolhem doentes em estado crítico, frequentemente com falência multiorgânica e risco iminente de morte. Estima-se que cerca de 75% desses doentes experienciem sintomas angustiantes, sendo que entre 14% a 20% poderiam beneficiar de Cuidados Paliativos (CP). A integração precoce dos CP permite uma abordagem holística, promovendo o conforto, a autonomia e a dignidade do doente, ao mesmo tempo que reduz o sofrimento e evita intervenções invasivas desnecessárias. O enfermeiro desempenha um papel central, atuando como elo entre a equipa multidisciplinar e a diade utente-família, promovendo uma comunicação eficaz, suporte emocional e cuidados individualizados.

Este trabalho teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem dirigidos ao doente em fim de vida internado numa UCI, através de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina, com os descritores: *intensive care unit OR ICU OR critical care unit AND end of life OR palliative care OR death OR dying OR terminally ill AND nursing interventions OR nursing care*, utilizando os operadores booleanos OR e AND. Após aplicação dos critérios de inclusão (texto integral, publicações dos últimos 5 anos, em inglês, português e espanhol), foram selecionados 67 artigos. Destes, 52 foram excluídos após análise de duplicações e leitura do título e resumo, resultando em 4 artigos incluídos na

análise final, com apoio da plataforma Rayyan e das *checklists* da *Critical Appraisal Skills*.

Os resultados apontam que a implementação de CP em UCI contribui significativamente para a qualidade dos cuidados prestados, centrando-se no controlo sintomático (especialmente da dor associada a dispositivos invasivos), na comunicação eficaz com o doente e família e na prestação de cuidados de conforto, incluindo aspetos espirituais. A comunicação é destacada como pilar fundamental, ao reduzir a ansiedade, preservar a identidade e promover a autonomia do doente. No entanto, foram identificadas várias barreiras à sua implementação: escassez de formação específica, ausência de protocolos, comunicação ineficaz, falta de recursos e elevada carga emocional dos profissionais.

Conclui-se que a integração dos CP em ambiente de cuidados intensivos é essencial para garantir uma abordagem centrada no doente e na sua família. O enfermeiro, pela proximidade com o utente, encontra-se numa posição privilegiada para liderar essa integração, apesar dos desafios persistentes.

POE 05

A EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS, EM FIM DE VIDA, DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marlene Susana Alves Canhoto;
Sérgio Luís Ferreira Sampaio;
Marta Sofia Oliveira Dos Santos
Hospital de São José

Introdução: Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida, previne e alivia o sofrimento do doente e família (OMS, 2020). A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um ambiente técnico e objetivo, baseado no paradigma curativo (Martins et al., 2015).

Na sociedade ocidental, a morte ocorre predominantemente em ambiente hospitalar (Ponrock et al., 2009).

As competências no cuidado à pessoa em fim de vida é uma necessidade premente, para a qualidade de cuidados nas UCIs.

Objetivos: Sintetizar o significado das experiências de cuidado em fim de vida, dos enfermeiros em UCI;

Perceber quais as facilidades/dificuldades sentidas pelos enfermeiros em UCI, na prestação de cuidados em fim de vida;

Materiais e métodos: Revisão sistemática da literatura de evidência de significado (Aromataris & Munn, 2020).

Fontes: *Motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.*

Estratégias: Descritores (*Nurs**; *Terminal care*; *Palliative care*; *End of life care*; *Dying care*; *Intensive care unit*; *Critical care unit*; *ICU*; *Qualitative study*; *Grounded theory*; *Phenomenological study*; *Case study research*) pesquisados em título, resumo e termos do assunto com operadores booleanos OR (sinónimos) e AND (conceitos).

Síntese: Narrativa por processo de categorização com base na semelhança de significado e de agregação.

Resultados: Dos 108 artigos iniciais, selecionaram-se 7 artigos (100 excluídos pelos critérios de elegibilidade e 1 pela qualidade metodológica).

Facilidades: Comunicação; Conforto; Envolvimento da família; Padronização de cuidados;

Dificuldades: Comunicação; Paradigma curativo em UCI; Défice de formação; Ambiente da UCI; Experiência de Stress.

Conclusão: Esta revisão sintetiza o significado das experiências de cuidado dos enfermeiros no cuidado em fim de vida à pessoa em

UCI, nas quais foram extraídas quatro facilidades e cinco dificuldades. Os resultados da presente revisão são um reflexo de uma área emergente, em desenvolvimento de competências, dos Enfermeiros em UCI.

Referências

- Aromataris, E., & Munn Z. (Editores) (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01.>;
- Martins, J., Galdino, M., Garanhani, M., Sammi, K., & Trevisan, G. (2015). Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Congitare Enfermagem*. 20(3), 585-591.;
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Cuidado Paliativo. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>;
- Porock D, Pollock K, & Jurgens F (2009). Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. *Journal Housing Elderly*, 23(1–2), 10–28.;

POE 06

HIPERTRIGLICERIDEMIA NO PUERPÉRIO – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE PLASMAFERESE

Marco Rosa; Abel Alves; Inês Bessa; Joana Cortez
Hospital Curry Cabral

Introdução: Durante a gravidez, o metabolismo lipídico é alterado, resultando num aumento fisiológico dos níveis de triglicérides (300%) e colesterol (50%) devido a alterações hormonais. A hipertrigliceridemia grave ocorre principalmente no 3.º trimestre, geralmente associada a anomalias genéticas como hiperlipidemia combinada e hipertrigliceridemia familiares. Pode causar complicações graves como a pancreatite aguda, com uma mortalidade para mãe e feto de cerca de 20%, especialmente quando o valor de triglicérides é superior a 1000 mg/dl.

A abordagem terapêutica inclui tratamento farmacológico, contudo, quando contraindicado ou ineficaz, a substituição de plasma proporciona um método seguro e rápido na remoção dos triglicérides e é indicada no tratamento da fase aguda de pancreatite e na prevenção de recidiva.

Descrição do caso: Puérpera, 36 anos, submetida a Cesariana urgente por suspeita de Pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia (triglicéridos > 7000mg/dl) que motivou admissão na UCI a 22/03/2025. Desenvolvimento de Diabetes Gestacional no 1º trimestre. História prévia de: Hepatite B; Dislipidémia mista; Placenta prévia, Descolamento prematuro da placenta, 5 IVG e 1 aborto séptico.

Realizada sessão única de plasmaferese a 23/03/2025 com necessidade de substituição de 13 plasma filtros, por saturação. Volume de reposição de 3000ml (? albumina e ? Plasma Fresco Congelado) verificando-se redução dos triglicérides para 900mg/dl. Ao 2º dia iniciou bezafibrato (utente prescindi de amamentar) e perfusão de insulina, verificando-se diminuição do doseamento de triglicéridos para os 150mg/dl.

Intervenções de Enfermagem

A plasmaferese é uma terapia complexa que envolve riscos para o utente. A sua execução em segurança requer equipas de enfermagem com competências teórico/práticas e técnicas adquiridas:

- Monitorização/vigilância do utente: Consciência, hemodinâmica, temperatura corporal, valores de ionograma sobretudo o cálcio, INR, APTT);
- Manuseamento/monitorização do equipamento e circuito extra-corporal e interpretação de parâmetros;
- Vigilância de sinais de complicações: síndrome de TRALI, desequilíbrios eletrolíticos, hemorragia.
- Cuidados com os acessos vasculares, garantindo fluxo adequado e a assepsia;
- Treino na substituição do plasma filtro em circunstâncias de saturação/coagulação;
- Comunicação eficaz com o utente/família;
- Execução fundamentada em evidência científica e no contexto clínico com identificação de áreas para melhoria contínua.

Conclusão: Devido à limitação do uso de fármacos redutores lipídicos contra-indicados na gravidez e puerpério, a plasmaferese surge como uma alternativa segura e eficaz na redução rápida dos níveis de triglicéridos, diminuindo os riscos para os utentes/fetos. A equipa de enfermagem assume um papel fundamental na sua execução, garantindo eficácia e segurança terapêutica.

POE 07

PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL – IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO

João Costa; Susana Molefas; Susana Simões
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A pressão intra-abdominal (PIA) é um parâmetro fisiológico de extrema relevância em doentes críticos, especialmente em contexto de cuidados intensivos, cirurgia abdominal, trauma e condições sépticas graves. O aumento da pressão intra-abdominal pode levar ao desenvolvimento do síndrome compartimental abdominal (SCA), condição caracterizada por PIA persistentemente elevada (≥ 20 mmHg) associada a disfunção orgânica. Esse síndrome associa-se a elevadas taxas de morbimortalidade. Assim, a avaliação da PIA permite diagnóstico precoce, estratificação de risco e tomada de decisão fundamentada.

Posto isto, este trabalho propõe-se a destacar a importância da avaliação da PIA como critério de gravidade e propor boas práticas para a sua avaliação na prática clínica.

Objetivos:

Geral: Demonstrar a relevância da monitorização da pressão intra-abdominal (PIA) como marcador de gravidade em doentes críticos.

Específicos: Rever a fisiopatologia associada à elevação da PIA e as suas consequências sistémicas; Descrever a avaliação da PIA através do método intra-vesical;

Apresentar evidências científicas que correlacionem níveis de PIA com prognóstico clínico; Identificar boas práticas para a avaliação da

PIA em unidades de cuidados intensivos;

Material e método: Esta revisão constituiu-se de uma revisão narrativa e crítica da literatura sobre a avaliação da PIA e a sua relevância clínica.

Fontes de dados: Foram realizadas pesquisas no motor de busca EBSCO: bases de dados MEDLINE, CINAHL, PubMed, SciELO.

Resultados: A pressão intra-abdominal normal em adultos saudáveis situa-se entre 5 e 7 mmHg. Em pacientes críticos, valores até 12 mmHg ainda podem ser considerados dentro da variação fisiológica. A HIA é definida como PIA ≥ 12 mmHg, graduada em quatro níveis de severidade sendo que o aumento da PIA exerce efeitos deletérios em múltiplos sistemas

2. Métodos de monitorização da PIA

O método intra-vesical é considerado *gold standard* pela sua simplicidade, baixo custo e fiabilidade.

3. Evidências clínicas

Diversos estudos mostram associação direta entre elevação da PIA e mortalidade hospitalar.

4. Gestão terapêutica associada

A gestão da HIA e da SCA envolve medidas progressivas, desde a otimização hemodinâmica e respiratória, até à intervenção cirúrgica para descompressão abdominal em casos refratários. A avaliação frequente da PIA é, portanto, essencial para definir o momento adequado da intervenção.

Conclusões: Embora o método de avaliação seja relativamente simples e de baixo custo, ainda existe subutilização em muitas instituições, seja por falta de padronização, treino ou protocolos institucionais. A implementação de boas práticas de avaliação da PIA, baseadas em consensos internacionais, deve ser considerada prioridade para equipas multidisciplinares.

POE 08

“BOCAS”: COMUNICAÇÃO SEM BARREIRAS

Ana Paula Alves; Ana Margarida Paisana; Ana Padrão;
Énio Amaral; Inês Bessa; Mariana Mesquita;
Marco Rosa; Marta Arsénio; Sandra Costa; Vítor Inácio
UCIP7 H. Curry Cabral, ULS S. José

Introdução: O Projeto de Melhoria Contínua intitulado BOCAS (*Best Of Communication Advanced Sistem*) – Comunicação Sem Barreiras”, pretende melhorar a comunicação no doente crítico. A comunicação, elemento essencial na prestação de cuidados de Enfermagem, torna-se um desafio em situações de ventilação mecânica invasiva, onde o doente se encontra incapaz de se expressar verbalmente devido a dispositivos como traqueostomias ou tubos orotraqueais. Este projeto visa resolver essa lacuna por meio da implementação de ferramentas e estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA).

Objetivo: Superar as barreiras de comunicação com o doente na UCI, através da implementação de ferramentas e estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA).

Materiais e métodos: Método descritivo, tipo relato de experiência, que descreve a construção de um projeto que tem como finalidade dotar os Enfermeiros de estratégias e instrumentos, com recurso à tecnologia, para gerir a comunicação com a pessoa em situação crítica consciente e sob ventilação mecânica, no âmbito da comunicação sem barreiras, de acordo com o referencial da Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: Os resultados são apresentados de acordo com as 8 etapas preconizadas no referencial da OE para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem integrado no programa dos Padrões de Qualidade, que consiste em 8 etapas: (1) – Identificar e descrever o problema; (2) – Perceber o problema; (3) – Formular objetivos; (4) – Perceber as causas; (5) – Planear e executar tarefas; (6) – Verificar os resultados; (7) – Propor medidas corretivas;

(8) – Reconhecer e compartilhar o sucesso. Espera-se que, através da implementação do projeto, haja uma melhoria significativa na comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde, com aumento da satisfação dos cuidados prestados. A avaliação será realizada com base na proporção de doentes que utilizaram as ferramentas, na análise de satisfação dos mesmos e dos seus familiares na consulta de *follow-up*, e na satisfação da equipa de enfermagem. A taxa de doentes com delirium após a implementação deste projeto servirá também como indicador da qualidade do mesmo.

Conclusão: O projeto “BOCAS - Comunicação Sem Barreiras” visa enfrentar uma das maiores dificuldades no cuidado ao doente crítico: a falta de meios adequados para uma comunicação eficaz. Com base em evidência científica e nas necessidades observadas na prática clínica, a utilização de estratégias de CAA representa uma solução inovadora, eficaz e acessível. A implementação de ferramentas digitais não substitui o cuidado humano, mas complementa a ação do enfermeiro, promovendo um ambiente mais seguro, empático e centrado na pessoa. Este projeto contribui para a criação de uma UCI mais inclusiva, humana e orientada para a experiência do doente.

POE 09

CULTURA ORGANIZACIONAL DE UMA UCI: BARREIRAS, PERCEÇÕES E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

Marta Santos; Nuno Gomes; Mara André
ULS São José

Introdução: A cultura organizacional é um fator determinante na qualidade dos cuidados de saúde e no bem-estar dos profissionais. É composta por valores, crenças, normas e comportamentos que moldam a forma como os profissionais pensam, agem e se relacionam dentro de uma instituição. Para além de influenciar diretamente o clima emocional e

a dinâmica das equipas, a cultura organizacional define os padrões de comunicação, os níveis de confiança interpessoal e a forma como os conflitos são geridos.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo analisar o nível de satisfação e bem-estar dos profissionais de uma UCI em relação à cultura organizacional, com foco na comunicação interna, identificando barreiras, percepções de respeito, motivação e conflitos, e propondo estratégias de melhoria que promovam um ambiente saudável e colaborativo, capaz de reduzir o *burnout*, o stress e a rotatividade.

Material e métodos: Para a realização do estudo, foi aplicado um questionário anónimo a profissionais de saúde de uma UCI (enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde), composto por perguntas abertas e fechadas que abordaram temas como a comunicação interna, partilha de informação, respeito interpessoal, proteção entre colegas, frequência de rumores, motivação e percepção de conflitos. A análise qualitativa e quantitativa das respostas permitiu identificar padrões de comportamento, percepções e sugestões dos participantes.

Resultados: Os dados revelaram fragilidades significativas na cultura organizacional da UCI, com destaque para a comunicação interna e para o respeito interpessoal. Muitos profissionais evitam partilhar informações pessoais ou profissionais por receio de comentários desviantes, críticas, boatos ou desvalorização. Apenas uma minoria se sente plenamente respeitada e protegida pela equipa. Os rumores mostram-se frequentes e com forte impacto negativo no ambiente de trabalho, assim como os conflitos foram associados a relações de poder, individualismo e falhas organizacionais. Foram apontadas necessidades de maior clareza, assertividade, escuta ativa, espírito de equipa e liderança imparcial.

Conclusão: A análise evidenciou a urgência de implementar estratégias para fortalecer a comunicação, reduzir os rumores e fomentar

relações baseadas em respeito e colaboração. Foram propostas estratégias como: implementação de *briefings* estruturados, formações em comunicação não violenta, criação de canais formais de comunicação, reuniões inter equipas e espaços seguros de feedback anónimos.

POE 10

COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE: *SCOPING REVIEW*

Marta Santos; Nuno Gomes; Mara André;
Marlene Canhoto
ULS São José

Introdução: A comunicação interprofissional é um elemento central para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde. Em ambientes clínicos cada vez mais complexos e multidisciplinares, a troca eficaz de informação entre profissionais de diferentes áreas é essencial para promover decisões partilhadas, prevenção de erros e melhorar os resultados. No entanto, apesar da sua importância ser reconhecida, ainda existem muitos desafios que dificultam a implementação de práticas eficazes entre membros das equipas de saúde.

Objetivo: Mapear e analisar a evidência científica sobre a comunicação interprofissional em serviços de saúde, identificando práticas utilizadas, barreiras enfrentadas e fatores que facilitam esse processo.

Material e métodos: A pesquisa foi realizada em bases de dados como PubMed/MEDLINE, Scopus, *Web of Science*, SciELO, e repositórios de literatura cinzenta como GOOGLE Scholar. A *scoping review* foi realizada seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. A pergunta norteadora foi construída com base na estratégia PCC: P (População) - profissionais de saúde; C (Conceito) – comunicação interprofissional; C (Contexto) – serviços de saúde. O tempo temporal da pesquisa compreendeu o período entre 2023 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol e que

abordassem diretamente a comunicação entre profissionais de saúde.

Resultados: Os estudos revelaram que a comunicação interprofissional é favorecida por práticas como reuniões regulares entre os membros da equipa, feedback estruturado, escuta ativa, respeito mútuo e cultura organizacional colaborativa. Por outro lado, as principais barreiras identificadas foram a rigidez hierárquica, conflitos de poder, a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo para interações significativas e a ausência de formação específica sobre o trabalho em equipa e comunicação. A análise dos estudos mostra que a comunicação interprofissional não ocorre de forma espontânea, precisa de ser incentivada e estruturada. As intervenções mais descritas incluem formação em comunicação (simulações, workshops), reuniões de *briefing/de-briefing* e implementação de canais digitais de informação. Os resultados relatados incluem melhoria na perceção de colaboração, aumento da satisfação da equipa e em alguns casos redução de erros comunicacionais.

Conclusão: Embora existam iniciativas promissoras, ainda há desafios significativos para consolidar uma comunicação interprofissional eficaz nos serviços de saúde. Investir em formação, tecnologias de apoio e mudanças na cultura organizacional é essencial para ambientes de trabalho saudáveis e para a segurança do doente.

POE 13

EVACUAÇÃO SEGURA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PSC DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI

Hugo Costa¹; Carla Alves¹; Isabel Bico²

¹ULSAR; ²Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora

Introdução: As catástrofes são acontecimentos fortuitos, mas com impacto significativo sobre os hospitais pela sua imprevisibilidade e desproporcionalidade acentuada entre os

meios humanos e materiais de socorro e as vítimas. A vivência da catástrofe está associada a aumento dos níveis de ansiedade e à falta de controlo. O plano de emergência deve ser elaborado para cada hospital fazer face a um acidente grave ou catástrofe e inclui um plano de evacuação [PE]. Nas UCI's prestam-se cuidados à PSC, num contexto de instabilidade hemodinâmica, falência de órgão em que estão sob suporte de equipamento invasivos e monitorização hemodinâmica exigente, assim considerar a evacuação como último recurso, em virtude de ser um processo muito complexo e demorado. O conhecimento dos riscos potenciais a uma catástrofe em cada UCI e dos recursos existentes é fundamental para desenvolver o PE com qualidade e segurança. O PE deve ser considerado um indicador de qualidade da UCI e deve ser do conhecimento de todos dos profissionais envolvidos. As UCI's devem estar munidas dos recursos estruturais, materiais e humanos para realizarem a evacuação da PSC com os níveis de segurança similares à sua prática em ambiente controlado. A formação acerca do PE é fundamental e obrigatória a toda a equipa, quer teórico ou prática, quer em prática simulada de forma periódica.

Objetivos: Reduzir o risco associado ao processo de evacuação da PSC numa UCI, através da implementação de intervenções seguras baseadas na evidência científica mais atualizada. Metodologia: estudo de revisão sistemática da literatura através das bases de dados EBSCO, com recurso aos descritores Mesh *Evacuation*, *Critical Care Unit/Intensive Care Unit* e *Disaster*, sendo que a pesquisa versou sobre artigos datados entre 2010-2023.

Resultados: Foram analisados nove artigos, estando incluídos estudos de coorte, artigos de opinião e estudos com grupo de controlo. Existe um consenso nos artigos estudados que o PE é um instrumento fundamental que garante a segurança dos cuidados, tem de

ser do conhecimento de toda a equipa e alvo de formação (teória, prática, prática simulada) e atualização periódica, o que melhora a eficácia da atuação. A triagem da PSC é fundamental, mas não consensual o sistema a adotar, deve ser de fácil aplicação, baseada pelo menos em 4 parâmetros consensuais: estado de consciência, suporte hemodinâmico, suporte ventilatório e prognóstico. As UCI's devem ser reformuladas em termos físicos para adotarem mecanismos de segurança ajustados à catástrofe, dotadas de materiais e recursos humanos para uma resposta segura. **Conclusão:** Sugere-se a realização de novos estudos de forma a reunir consenso acerca da metodologia de triagem a adotar, da uniformização do material necessário para evacuação presente na unidade do doente, da metodologia da recolha dos dados resultantes das práticas simuladas com melhoria da evidência científica dos mesmos.

POE 16

IMPACTO DO TRABALHO DE EQUIPA NA REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITALAR,

Susana Marques Marques¹; Teresa Lopes²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE; ²Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

Introdução: Nos últimos anos as competências não técnicas aliadas às técnicas têm-se revelado de grande importância em contexto de reanimação cardiopulmonar. O desempenho adequado destas equipas deve no âmbito das competências não técnicas, ser demonstrado por capacidade de liderança trabalho em equipa gestão adequada de tarefas e comunicação interpessoal (1).

Objetivos: Surge necessidade de analisar a perceção da equipa de emergência interna sobre as competências não técnicas dos enfermeiros perante situações de reanimação intra-hospitalar no impacto do trabalho de equipa. Identificar pontos facilitadores do trabalho

de equipa que devem ser implementados e valorizados na formação e treino. Tendo por base que o objetivo da formação em SAV é assegurar que adquiram as melhores competências que lhes permitam atuar eficazmente e melhorar a sobrevida dos doentes (2).

Pelo peso da organização dos cuidados de enfermagem no *outcome* do doente pretende-se reconhecer as fraquezas que devem ser limadas ou superadas de forma a garantir cuidados de qualidade.

Metodologia: Estudo de investigação de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, pela realização de entrevista semiestruturada aos enfermeiros e médicos que constituem a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar de uma unidade local de saúde do centro do país.

As entrevistas foram áudio gravadas transcritas e submetidas a técnica de análise de conteúdo. Procedeu-se a uma leitura inicial e identificação das ideias chave pelos dois investigadores de forma independente que permitiram a codificação da informação e posterior categorização com recurso à ferramenta digital MettPulp. O presente estudo teve o parecer favorável da comissão de ética da instituição onde decorreu o mesmo.

Resultados: Da análise de conteúdo obtida pela realização das 46 entrevistas aos elementos da EEMI resultou um conjunto de elementos que impactam o trabalho de Equipa na qualidade da reanimação tais como a definição de papéis a organização liderança a Colaboração e entreajuda e os rácios.

Destaco a definição de papéis que permitirá a diminuição no tempo entre ação, diminuirá o “stress” causado pela PCR e pelo destacamento de funções (3) terá impacto positivo na eficácia da equipa?

“Não poucas vezes tem que se utilizar algum tempo para as pessoas tomarem as suas funções e as coisas começarem a funcionar normalmente reforçando que a presença de um líder melhora a qualidade da PCR.(4)

Conclusão: Emerge a necessidade de melhoria na articulação e trabalho entre equipas com a promoção da definição de papéis, a colaboração e organização reconhecidos como estratégias potenciadoras de melhoria na articulação entre equipas validados pela EEMI e sustentados na bibliografia.

Realizar RCP com sucesso depende do desempenho da equipa na maioria das vezes e tal como as CT na RCP o trabalho de equipa eficaz e as competências de liderança precisam de ser treinados (3).

POE 17

RUÍDO NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCÍTICOS: IMPACTO E DESAFIOS

Marta Silva
Hospital S. José

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC) são ambientes altamente especializados, concebidos para o tratamento de doentes com patologias neurológicas graves e instáveis. Contudo, a elevada densidade tecnológica e a constante atividade assistencial tornam estes espaços particularmente ruidosos.

Fontes de Ruído em UCINC: As principais fontes de ruído em UCINC incluem alarmes clínicos de monitores e ventiladores, bombas de perfusão, conversas da equipa multiprofissional, atividades de cuidados diretos e ruídos estruturais provenientes de portas, ventilação e movimentação de equipamentos (4). O excesso de alarmes, muitas vezes sem relevância clínica imediata, contribui para a chamada alarm fatigue, fenómeno associado ao aumento do risco de erro clínico. Impactos do Ruído no Doente Neurocrítico O doente neurocrítico apresenta elevada vulnerabilidade às consequências do ruído.

Entre os principais efeitos destacam-se:

- Alterações do sono, essenciais para a homeostasia cerebral (5);

- Elevação da pressão intracraniana, associada à resposta autonómica ao stress sonoro (6);
- Delirium, cuja prevalência em UCIs está intimamente ligada à privação de sono e à estimulação sensorial excessiva (7);
- Prolongamento da estadia hospitalar e atraso na recuperação funcional, devido ao impacto cumulativo do stress fisiológico (8).

Consequências para a Equipa de Saúde

O ruído afeta igualmente os profissionais, comprometendo a concentração, aumentando a fadiga e reduzindo a eficácia da comunicação (9). A sobrecarga sensorial constante associa-se a níveis mais elevados de stress ocupacional, o que pode repercutir-se na segurança dos cuidados prestados.

Estratégias de Mitigação

- Gestão tecnológica, com sistemas de alarme inteligentes e redução de falsos positivos (10);
- Educação da equipa, promovendo práticas de comunicação mais controladas;
- Intervenções arquitetónicas, como o uso de materiais acústicos e design centrado no conforto ambiental (13);
- Protocolos institucionais, como a “hora do silêncio”, que têm demonstrado benefícios na qualidade do sono e na recuperação dos doentes (8).

Conclusão: A sustentabilidade destas intervenções requer compromisso institucional, formação contínua das equipas multidisciplinares e monitorização sistemática de indicadores de qualidade e *outcomes* clínicos (8). O investimento na otimização do ambiente acústico representa uma estratégia custo-efetiva para melhoria dos cuidados neurocríticos e otimização dos resultados funcionais dos doentes.



X JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA

Patrocínio Científico



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Urgência Geral Polivalente e Cuidados Intensivos
Medicina Intensiva

Patrocínios

PLATINA



OURO



PRATA



Apoio



Organização e Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: paula.cordeiro@admedic.pt | raquel.ferreira@admedic.pt
W: www.admedic.pt