



XXVI

CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA



VIP EXECUTIVE ARTS HOTEL
LISBOA

14 E 15 NOVEMBRO

2024

REUNIÃO MÉDICA
REUNIÃO DE ENFERMAGEM
CURSOS PRÉ-CONGRESSO

PROGRAMA





COMISSÃO ORGANIZADORA



Bruno Sanches

Carla Abreu

Carlos Alberto Monteiro

Carmo Boto

Catarina Amorim

Cláudia Calado

Cláudia Silva

Graça Paula Gil Trindade

Jenny Gonçalves

Joana Branco

Leonor Boto

Mariana Miranda

Marta Moniz

Marta Oliveira

Nuno Ribeiro

Raquel Gomes

Rui Bacelos Silva

Sandra Fernandes

Tânia Martins

Teresa Antas Guimarães

Teresa Dionísio



CURSOS

PRÉ-CONGRESSO

QUINTA-FEIRA | 14 NOVEMBRO 2024

CURSO I

ANALGESIA E SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM PEDIATRIA | Máximo: 18 Formandos

Local: Serviço de Cirurgia Experimental do **Hospital Santa Maria** (piso 9, Elevadores 9 e 10 - Elevadores centrais na parte de trás do hospital), ULSSM

Formadores: Clara Abadesso, Cláudia Calado, Leonor Boto, Mariana Miranda, Marta Coelho, Rui Bacelos Silva e Sofia Almeida

08:30-08:45h

Abertura de Secretariado

08:45-09:00h

Introdução

09:00-09:30h

Escalas de avaliação e princípios básicos do controlo da dor
Clara Abadesso

09:30-09:50h

Intervenções não farmacológicas
Rui Bacelos Silva

09:50-10:10h

Farmacologia – Analgesia tópica e local
Rita Raminhos e Ana Paula Martins

10:10-10:30h

Farmacologia – Sedação
Mariana Miranda

10:30-10:50h

Coffee break

10:50-11:10h

Farmacologia – Analgesia sistémica
Leonor Boto

11:10-11:30h

Sedoanalgesia por vias alternativas
Clara Abadesso

11:30-11:50h

Complicações da sedoanalgesia
Marta Coelho

11:50-12:10h

Algoritmo de analgesia e sedação
Marta Coelho

12:10-13:30h

Almoço

13:30-15:00h

Bancas práticas 1

- **Via aérea**
Cláudia Calado
- **Protóxido de azoto**
Sofia Almeida
- **Preparação de fármacos e analgesia local**
Priscila Carreira e Rita Raminhos

CURSOS

PRÉ-CONGRESSO

QUINTA-FEIRA | 14 NOVEMBRO 2024

CURSO I

CONTINUAÇÃO

ANALGESIA E SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM PEDIATRIA | Máximo: 18 Formandos

15:00-16:00h

Bancas práticas 2

- Casos clínicos e algoritmos
Mariana Miranda
- Casos clínicos (SA outras vias)
Clara Abadesso
- Casos clínicos com simulação
Sofia Almeida e Rui Bacelos Silva
- Casos clínicos com simulação
Leonor Boto e Cláudia Calado

16:00-16:20h

Coffee break

16:20-17:20h

Bancas práticas 2 (continuação)

- Casos clínicos e algoritmos
Mariana Miranda
- Casos clínicos (SA outras vias)
Clara Abadesso
- Casos clínicos com simulação
Sofia Almeida e Rui Bacelos Silva
- Casos clínicos com simulação
Leonor Boto e Cláudia Calado

17:20-17:50h

Avaliação

18:00h

Encerramento do Curso

CURSOS

PRÉ-CONGRESSO

QUINTA-FEIRA | 14 NOVEMBRO 2024

CURSO II

ESTABILIZAÇÃO DE CRIANÇA GRAVEMENTE DOENTE

| Máximo: 24 Formandos

Local: Sala de Conferências Lídia Gama, **Hospital Dona Estefânia** (piso 0)

Formadores: Filipa Marujo, Inês Salva, Luisa Gaspar, Pedro Silva, Tânia Martins e Teresa Dionísio

08:30h	Abertura de Secretariado
09:00-09:45h	Avaliação inicial da criança (TAP e ABCDE)
09:45-10:30h	Dispneia • Anafilaxia / Asma / Bronquiolite / Laringite
10:30-11:00h	Coffee break
11:00-12:00h	Hipoperfusão • Vários tipos de choque
12:00-12:30h	Alteração estado de consciência • Meningoencefalite / LOE / Mal convulsivo / Tóxicos / Hipoglicémia / TCE
12:30-13:00h	Reanimação cardiopulmonar em Pediatria
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:00h	Banca prática (2 grupos) • Workshop Via aérea • Workshop Intraóssea
15:00-15:30h	Banca prática • Cenários
15:30-16:00h	Banca prática • Cenários
16:00-16:30h	Coffee break
16:30-17:00h	Banca prática • Cenários
17:00-17:30h	Banca prática • Cenários
17:30-18:00h	Avaliação
18:00h	Encerramento do Curso

CURSOS

PRÉ-CONGRESSO

QUINTA-FEIRA | 14 NOVEMBRO 2024

WORKSHOP I

VIA AÉREA DIFÍCIL

| Máximo: 20 Formandos divididos em 4 grupos

Local: Sala de Conferências Lídia Gama, **Hospital Dona Estefânia** (pisso 0)

Formadores: Carla Pinto, Cristina Camilo, Francisco Abecasis, Gabriela Costa, Inês Moreira, Milagros Garcia, Sara Gomes e Sofia Torrinha

O Workshop de Via aérea difícil destina-se a médicos pediatras e anestesistas e que queiram treinar, melhorar e desenvolver as suas capacidades/conhecimentos na abordagem da criança que necessita de uma intubação que se prevê que seja complicada. Os participantes irão contactar com diferentes materiais de acesso à via aérea, praticar em modelos e participar em discussões de casos clínicos.

Este será um curso com uma componente predominantemente prática pelo que se destina a médicos que já tenham experiência na intubação. Terá uma breve componente teórica implementada com bibliografia que deverá ser estudada previamente ao curso pelos formandos.

O workshop vai ser orientado por intensivistas pediatras, anestesistas e ORL.

Temas teóricas

- *Guidelines* de via aérea difícil
- Reconhecer a via aérea difícil
- Equipamento necessário para a abordagem da via aérea difícil
- Traqueostomia pediátrica: Cuidados e emergência

08:00h

Abertura do Secretariado

08:30-08:50h

Revisão de *guidelines*

Milagros Garcia

08:50-10:30h

Bancas práticas 1

Dispositivos Supraglóticos

Broncofibroscopia

Videolaringoscopia

Técnica Cirúrgica Cricotiroidotomia

10:30-11:00h

Coffee break

11:00-11:20h

Ecografia da Via Aérea

Sara Gomes

11:00-13:00h

Bancas práticas 2

Dispositivos Supraglóticos

Broncofibroscopia

Videolaringoscopia

Técnica Cirúrgica Cricotiroidotomia



CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA



REUNIÃO MÉDICA AUDITÓRIO

SEXTA-FEIRA | 15 NOVEMBRO 2024

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30-09:00h	Sessão de Posters PO 01 – PO 12
09:00-09:10h	Sessão de Abertura
09:10-10:40h	MESA-REDONDA 1 Lesão cerebral reversível vs irreversível Moderadoras: Marisa Vieira e Sílvia Rebelo
09:10-09:30h	Cuidados pós-PCR Rafael Marques
09:30-09:45h	Prognóstico pós-PCR Marta Grilo
09:45-10:05h	Diagnóstico de morte cerebral Alexandra Dinis
10:05-10:20h	Doação e transplantação Fernando Rodrigues
10:20-10:40h	Discussão
10:40-11:15h	Coffee break e Sessão de Posters PO 13 – PO 24
11:15-12:00h	MEET THE EXPERT Reabilitação precoce em Cuidados Intensivos Moderador: João Estrada
11:15-11:35h	Experiência adulto Philip Fortuna
11:35-12:00h	Experiência pediátrica Vera Gomes
12:00-12:45h	SIMPÓSIO Monitorização hemodinâmica Luis Bento



CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA



REUNIÃO MÉDICA
AUDITÓRIO

SEXTA-FEIRA | 15 NOVEMBRO 2024

12:45-14:00h	Almoço livre
14:00-15:15h	MESA-REDONDA 2 Novos paradigmas choque séptico Moderadores: Augusto Ribeiro e Maria José Castro
14:00-14:20h	O que mudou na primeira hora João Franco
14:20-14:40h	Imunoterapia no choque séptico Luisa Gaspar
14:40-15:00h	Controvérsias Sofia Carneiro
15:00-15:15h	Discussão
15:15-15:45h	MEET THE EXPERT Agentes multirresistentes em Cuidados Intensivos – Que armas nos restam? Moderadora: Leonor Carvalho Palestrante: António Sarmento
15:45-16:30h	POCUS E DECISÃO CLÍNICA – PRÓS E CONTRAS Moderadores: Anselmo Costa e Paula Fernandes
15:45-16:00h	POCUS: A favor Carlos Escobar
16:00-16:15h	POCUS: Contrás Cristina Camilo
16:15-16:30h	Discussão
16:30-16:45h	Coffee break e Sessão de Posters PO 25 – PO 28



CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA



REUNIÃO MÉDICA
AUDITÓRIO

SEXTA-FEIRA | 15 NOVEMBRO 2024

16:45-17:30h

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01 Avaliação da microcirculação sublingual em crianças em cuidados intensivos pediátricos

CO 02 SCV02 *Metrics as predictors of vasoactive support in paediatric cardiac surgery*

CO 03 Sépsis no doente oncológico: casuística de 10 anos de um serviço de cuidados intensivos pediátricos

CO 04 Morte cerebral e doação de órgãos em idade pediátrica – Experiência de uma unidade nível III

CO 05 Lesão renal aguda em cuidados intensivos pediátricos: biomarcadores precoces e fatores de risco

17:30-18:00h

HOT TOPIC

Moderadores: Pedro Nunes e Edite Costa

17:30-17:50h

Plasmaferese no tempo da imunoterapia

Rita Gomes e Liliana Rocha

17:50-18:00h

Discussão

18:00-18:30h

ENCERRAMENTO DO CONGRESSO

Entrega de prémios

18:30h

ASSEMBLEIA GERAL SCIP



CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA INTENSIVA

PEDIÁTRICA



REUNIÃO ENFERMAGEM

SEXTA-FEIRA | 15 NOVEMBRO 2024

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:10h **Sessão de Abertura**

AUDITÓRIO

09:10-10:40h **MESA-REDONDA 1**

AUDITÓRIO

Lesão cerebral reversível vs irreversível

Moderadoras: Marisa Vieira e Sílvia Rebelo

09:10-09:30h Cuidados pós-PCR

Rafael Marques

09:30-09:45h Prognóstico pós-PCR

Marta Grilo

09:45-10:05h Diagnóstico de morte cerebral

Alexandra Dinis

10:05-10:20h Doação e transplantação

Fernando Rodrigues

10:20-10:40h Discussão

10:40-11:15h Coffee break

11:15-12:00h **MEET THE EXPERT**

AUDITÓRIO

Reabilitação precoce em Cuidados Intensivos

Moderador: João Estrada

11:15-11:35h Experiência adulto

Philip Fortuna

11:35-12:00h Experiência pediátrica

Vera Gomes

12:00-12:45h **SIMPÓSIO**

AUDITÓRIO

Monitorização hemodinâmica

Luis Bento



12:45-14:00h Almoço livre

14:00-15:15h

PAINEL

SALA B

Criança em situação de fim de vida: Cuidados centrados na família

Moderadora: Cláudia Fernandes

14:00-14:15h

Cuidados em situações de fim de vida em UCIP

Emília Fradique

14:15-14:30h

Apoio aos pais no processo de luto

Vanda Vicente

14:30-14:45h

Ações paliativas em UCIP

Ana França

14:45-15:00h

Um testemunho na primeira pessoa

15:00-15:15h

Discussão

15:15-16:00h

CONFERÊNCIA

SALA B

Tomada de decisão em cuidados intensivos pediátricos:

Percepção da equipa de saúde e dos familiares

Moderadora: Luísa Matos

Palestrante: Tânia Melo

15:45-16:00h

Discussão



REUNIÃO ENFERMAGEM

SEXTA-FEIRA | 15 NOVEMBRO 2024

16:00-17:00h

Coffee break e Sessão das Comunicações Livres

C001E - Intervenções não-farmacológicas para minimizar a dor durante procedimentos invasivos, em unidades de cuidados intensivos pediátricos/neonatais: *scoping review*

C002E - Extração de leite materno em contexto intensivo pediátrico: terapêuticas de enfermagem dirigidas à mãe

C003E - Adaptação sociais de crianças em tratamento oncológico na transição hospital-casa

C004E - ISBAR: Segurança na transição de cuidados do serviço de urgência aos cuidados intensivos pediátricos?

C005E - Estudo sobre cetoacidose diabética em crianças e a relação com covid-19: impacto no internamento em cuidados intensivos pediátricos

17:00-18:15h

PAINEL**Ambiente criticamente seguro**

Moderador: Fernando Mateus

SALA B

17:00-17:20h

Risco clínico e eventos adversos

Joana Baltazar

17:20-17:40h

Transmissão de informação em UCIP – Metodologia ISBAR

Vasco Monteiro

17:40-18:00h

Simulação clínica em UCIP – Treino e capacitação em contexto simulado

Luís Pereira e Dino Fernandes

18:00-18:15h

Discussão

18:15-18:30h

ENCERRAMENTO DO CONGRESSO

Entrega de prémios

AUDITÓRIO

18:30h

ASSEMBLEIA GERAL SCIP

AUDITÓRIO

CO 01

AValiação DA MICROCIRCULAÇÃO SUBLINGUAL EM CRIANÇAS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Mariana Timóteo Lemos¹; Mafalda Castelão²;
Isabel Graça¹; João Rato¹; Marisa Vieira³; Rui Anjos¹;
Serge Grazioli²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE /
Hospital de Santa Cruz; ²Paediatric Intensive Care
Unit, Department of Women, Child and Adolescent
Medicine, Geneva University Hospitals, Geneva,
Switzerland; ³Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
/ Hospital de Santa Maria

Introdução: A avaliação da disfunção da microcirculação na gestão clínica de casos de choque em adultos tem-se demonstrado útil, no entanto os estudos realizados em idade pediátrica são bastante limitados.

Objetivo: O principal objetivo deste estudo foi o de determinar qual a correlação entre fatores da função da microcirculação sublingual e fatores clínicos, analíticos e ecocardiográficos, assim como outcomes em crianças internadas devido a choque numa unidade de cuidados intensivos.

Métodos: Estudo prospetivo observacional multicêntrico piloto de doentes em idade pediátrica (0-18 anos), internados numa unidade de cuidados intensivos pediátricos nível 3 (UCI-Ped) por choque de diversas etiologias. Clips de vídeo da microcirculação sublingual foram gravados num único episódio no tempo utilizado imagem de “*incident dark field illumination*” (IDF). A quantidade total de densidade de vasos (TVD), a quantidade de vasos perfundida (PVD), a proporção de capilares perfundidos (PPV) e a distância total de vasos presente no campo (TLV) foram avaliados, selecionando a gravação com melhor qualidade de cada doente. Estes parâmetros foram correlacionados com variáveis clínicas, laboratoriais, ecocardiográficas colhidas no mesmo ponto temporal.

Resultados: 10 doentes foram inicialmente recrutados (idade mediana de 2 anos). Doentes com piores valores PVD e TLV apresentavam pior fração de ejeção biplano modo Simpson, calculada por ecocardiograma ($r = .779$, $p < .05$ e $r = .777$, $p < .05$, respetivamente), independentemente dos parâmetros de macrocirculação avaliados.

Conclusão: Este estudo demonstra a utilização promissora da avaliação de parâmetros da microcirculação sublingual para a avaliação do estado hemodinâmico em doentes internados por choque em cuidados intensivos pediátricos. Adicionalmente, revela a perda de coerência hemodinâmica nestes doentes, ou seja, alterações graves da microcirculação apesar de variáveis hemodinâmicas sistémicas dentro dos valores normais. No futuro esperamos conseguir explorar quais os fatores associados a esta disfunção e avaliar o efeito dinâmico de intervenções realizadas.

CO 02

SCVO2 METRICS AS PREDICTORS OF VASOACTIVE SUPPORT IN PAEDIATRIC CARDIAC SURGERY

Manuela Lopes¹; Sofia Rito¹; Diogo Faim¹;
David La Plaza²; António Pires¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE /
Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade
de Coimbra

Introduction: Central venous oxygen saturation (SCVO2) is a commonly used parameter in the assessment of the oxygen supply-demand ratio, particularly post-operatively in children undergoing cardiac surgery. More recently, SCVO2/lactate ratio and arterial-central venous oxygen saturation differential (SaO2-SCVO2) have emerged as potential markers of tissue perfusion and adverse outcomes' risk.

Objectives: To evaluate the predictive value of SCVO₂, SaO₂-SCVO₂ differential, and SCVO₂/lactate ratio in relation to elevated vasoactive-inotropic score (VIS) in paediatric cardiac surgery patients.

Methods: A single-centre retrospective observational study made up of patients under the age of 18 years who underwent heart surgery from April 2023 to August 2024. Exclusion criteria included death in the operating room and incomplete medical records. Data on demographics, clinical status, surgical details, and laboratory values were analysed, with a primary outcome of VIS >5.

Results: A total of 43 patients were included, 49% male, with a median age of 38 months. Most (81%) had congenital heart disease, predominantly of moderate complexity. Postoperatively, 72% required inotropic support, with a mean maximum VIS of 5. SCVO₂, lactate levels, and SCVO₂/lactate ratio and SaO₂-SCVO₂ differential were measured within three hours post-surgery. Patients were grouped by VIS: VIS ≤5 (n=30) and VIS >5 (n=13). SCVO₂ was significantly lower in the VIS >5 group (65% vs 73%, p=0.034), as was SCVO₂/lactate ratio (31 vs 43, p=0.019). SaO₂-SCVO₂ differential was significantly higher in the VIS >5 group (33% vs 25%, p=0.033), with a differential >30% correlating with a higher frequency of VIS >5 (p=0.034). No significant differences were found for lactate levels (2.8 vs 2.3mmol/L, p=0.138) or maximum lactate levels (3.9 vs 3.7mmol/L, p=0.578) (Table 1). SaO₂-SCVO₂ differential demonstrated significant predictive value in identifying patients requiring higher inotropic support, with a ROC analysis showing an AUC of 0.706. A Youden Index threshold of 31.6 effectively predicted the need for increased vasoactive support in the early postoperative period (Figure 1).

Discussion and conclusion: While lactate levels have traditionally been used as markers of perfusion, it may not reflect

circulatory compromise as accurately as SCVO₂, SCVO₂/lactate ratio, and SaO₂-SCVO₂ differential. The latter may be more sensitive as markers of inadequate tissue perfusion and early postoperative oxygenation status in pediatric cardiac surgery patients, particularly those with higher VIS. Monitoring these routinely could enable timely interventions, such as adjusting inotropic support or optimizing fluid management, in order to prevent complications such as organ dysfunction.

CO 03

SÉPSIS NO DOENTE ONCOLÓGICO: CASUÍSTICA DE 10 ANOS DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Patrícia Campos¹; Tomás Ferrão¹;
Ricardo Craveiro Costa²; Mónica Jerónimo²;
Andrea Dias²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: As novas possibilidades terapêuticas permitiram melhorar o prognóstico da criança com cancro, surgindo maior preocupação relativa ao prolongar da supressão medular e à possibilidade de infeções graves e por germens multirresistentes.

Objetivos: Identificar fatores de risco para mortalidade dos doentes oncológicos admitidos por sépsis ou choque séptico num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP).

Métodos: Estudo exploratório com colheita retrospectiva de dados demográficos e clínicos dos doentes oncológicos admitidos por sépsis ou choque séptico num SCIP, entre janeiro de 2015 e setembro de 2024.

Resultados: Foram incluídos 38 casos com idade mediana de 8,8 anos. As neoplasias mais comuns foram leucemia linfoblástica aguda (n=17; 45%) e mielóide aguda (n=9; 24%). A maioria dos casos apresentava neutropenia febril (n=30; 79%), tinha iniciado

quimioterapia previamente à sépsis (n=34; 89%; mediana de 9 dias) e estava sob profilaxia antibiótica e/ou antifúngica (n=20; 53%). O tempo mediano até início de antibio-terapia empírica foi de 2 horas. À admissão, 23 (61%) tinham neutrófilos <100 células/uL, 32 (84%) apresentavam choque séptico (segundo o Phoenix sepsis score [PSS]) e 28 (74%) necessitaram de suporte inotrópico. Os germens Gram-negativos foram os mais frequentemente isolados em hemocultura (n=14; 37%), sendo a maioria multirresistentes (n=9; 64%). Ocorreram 8 (21%) óbitos atribuíveis à sépsis (mediana de 3 dias após a admissão). A mortalidade associou-se significativamente ao lactato máximo (9,3 mmol/L; p=0,047) e procalcitonina máxima (55 ng/mL; p=0,04), falência multiorgânica (FMO) (n=25; p=0,01), infecção fúngica invasiva (n=6; p=0,009), ventilação mecânica invasiva (VMI) (n=15; p<0,001), terapêutica de substituição renal (TSR) (n=5; p=0,011) e aos valores medianos de PSS respiratório (1; p=0,03) e PSS total (5; p=0,041). VMI foi identificada como fator de risco independente para mortalidade (OR=49). Demonstraram valor preditivo de mortalidade: lactato máximo $\geq 9,8$ mmol/L (AUC=0,804) e PSS total ≥ 4 (AUC=0,826).

Discussão: A antibioterapia empírica foi instituída num tempo mediano de duas horas na nossa amostra. Foram identificados vários fatores de risco de mortalidade, nomeadamente: valores máximos de lactato e procalcitonina, infecção fúngica invasiva, FMO, VMI, TSR, PSS respiratório e PSS total.

Conclusão: A mortalidade por sépsis permanece elevada nestes doentes. Casos com necessidade de VMI tiveram um risco 49 vezes superior de morte. O PSS à admissão permite prever a mortalidade nesta população.

CO 04

MORTE CEREBRAL E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM IDADE PEDIÁTRICA – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE NÍVEL III

Rafael Inácio¹; Beatriz Fraga²; Leonor Boto¹; Cristina Camilo¹; Francisco Abecasis¹; Marisa Vieira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada

Introdução: Nas últimas décadas, o processo de doação de órgãos e transplantação tem sofrido avanços significativos. Com o aumento das indicações para transplante e da procura de órgãos, a escassez de dadores assume-se como o maior desafio da transplantação a nível global. Sendo vários os fatores que influenciam o número de dadores disponíveis, a reduzida incidência de casos de morte cerebral em idade pediátrica é o fator primário determinante.

Objetivos: Caracterizar a amostra de crianças com diagnóstico de morte cerebral e respetivo processo de doação de órgãos numa unidade de cuidados intensivos pediátricos nível III de um hospital universitário.

Metodologia: Estudo retrospectivo descritivo com base na revisão dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de morte cerebral, internados entre 2006 e 2023.

Resultados: Foram identificados 72 doentes com diagnóstico de morte cerebral, 30 do sexo feminino. A mediana de idades foi de 73,5 meses (mín 1; máx 212). Na admissão 64 doentes apresentavam uma pontuação inferior a 9 na Glasgow Coma Scale. Os diagnósticos principais foram TCE grave (27), AVC hemorrágico (11), sépsis (8) e afogamento (5). Destes 72 doentes, 34 foram dadores. Os principais motivos de não doação foram infecção/doença sistémica (15), respeito pela recusa familiar (8), idade <4 meses (3), lesão de órgãos (2), morte antes da colheita (2), nacionalidade estrangeira (2) e recusa dos ór-

gãos pela rede nacional de transplantação (2). O tempo médio entre o diagnóstico de morte cerebral e a colheita de órgãos foi de $8h \pm 5,4h$. As principais complicações identificadas nos doadores foram instabilidade hemodinâmica (33), diabetes insípida (23), hipernatremia (20), hiperglicemia (17), hipotermia (12), insuficiência renal transitória (9) e coagulopatia (7). Na manutenção dos doadores foi necessário suporte vasoativo (33), desmopressina (20), aquecimento externo (12) e insulinoaterapia (3).

Discussão: No período do nosso estudo identificamos uma relação dador/morte cerebral de 47%, um valor superior a séries nacionais mas inferior a outras coortes internacionais. Fatores potencialmente modificáveis como a recusa familiar, morte antes da colheita ou recusa da rede nacional de transplantação corresponderam a 32% dos casos de não doação, sendo estes importantes pontos de reflexão para melhoria futura, tendo em vista a maximização dos potenciais doadores de órgãos em idade pediátrica.

CO 05

LESÃO RENAL AGUDA EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: BIOMARCADORES PRECOSES E FATORES DE RISCO

Ricardo Craveiro Costa¹; Patrícia Campos²; Teresa Lopes¹; Mariana Ferreira³; Carla Pinto⁴; Andrea Dias⁴

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro; ³Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁴Serviço de Cuidados Intensivos Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) é prevalente em serviços de cuidados intensivos pediátricos (SCIP) e associa-se a risco de progressão para doença renal crónica (DRC). Biomarcadores precoces como o NGAL urinário (NGALu) ou a Cistatina C (Cys-C) sérica

mostram-se promissores para o seu diagnóstico, mas sua aplicabilidade clínica ainda é limitada.

Objetivo: Identificar preditores de LRA em doentes críticos sem patologia renal prévia e contribuir para estabelecer estratégias que auxiliem no seu reconhecimento precoce.

Metodologia: Estudo observacional prospetivo dos doentes com internamento >48h num SCIP, de maio-outubro 2024. Foram excluídos casos de DRC e prematuridade. Colheram-se dados demográficos, fatores de risco e biomarcadores como NGALu (0, 24, 48h), Cys-C e creatinina séricas. O diagnóstico de LRA seguiu os critérios KDIGO e o índice de angina renal (RAI) foi avaliado à admissão. Foram considerados controlos para NGALu, crianças observadas no Serviço de Urgência sem doença renal.

Resultados: Foram incluídos 58 doentes (58,6% do sexo masculino, 24,1% recém-nascidos) e 38 controlos. Dos 58 doentes, 14 (24,1%) desenvolveram LRA, em mediana no 1.º dia de admissão. Dados clínicos como a diminuição do débito urinário às 24h ($p=0,032$), choque ($p=0,005$), infeção nosocomial ($p=0,004$) e falência multiorgânica ($p<0,001$) foram significativamente mais frequentes no grupo de doentes que desenvolveu LRA. Relativamente aos parâmetros laboratoriais, a creatinina ($p=0,006$), BUN ($p=0,032$) e NGALu ($p=0,006$) às 0h, bem como valores de pCr ($p=0,032$) e PCT ($p=0,032$) mais elevados também foram mais frequentemente observados no grupo com LRA. Às 24h o NGALu manteve-se significativamente mais elevado nos doentes com LRA vs. o grupo sem LRA (497,5 vs 42 ng/ml; $p=0,032$). A presença de choque revelou ser um fator de risco independente para desenvolvimento de LRA (OR 12, $p=0,031$). O RAI (AUC 0,804; $p<0,001$) mostrou ser um preditor precoce para o desenvolvimento de LRA. Entre os dados bioquímicos,

a PCT (AUC 0,754, $p=0,004$), o BUN (AUC 0,795, $p=0,001$) e a creatinina (AUC 0,804, $p<0,001$) às 0h revelaram melhor capacidade para prever LRA do que o NGALu às 0h (AUC 0,664; $p=0,06$). A Cys-C não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos e não demonstrou capacidade preditiva.

Discussão: A presença de choque revelou ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de LRA. O RAI mostrou boa capacidade preditora para LRA na criança gravemente doente. A creatinina e o BUN à admissão mostraram ter melhor capacidade para prever LRA do que o NGALu, contudo este último foi o único que persistiu significativamente mais elevado durante as primeiras 24 horas de admissão.

Conclusão: A integração de vários biomarcadores e fatores de risco clínico pode otimizar estratégias de diagnóstico precoce de LRA, reduzindo o risco de progressão para DRC e melhorando o prognóstico destes doentes.

PO 01

ENCEFALOPATIA ASSOCIADA A TIROIDITE AUTOIMUNE: UMA CAUSA RARA DE ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Ana Gonçalves¹; Isabel Almeida²; Filipa Cascais²; Joana Martins²; Rita Martins²; Filipa Nunes²; Bruno Sanches²; João Carvalho²

¹Hospital Dona Estefânia; ²HGO

Introdução: A encefalopatia responsiva a corticoterapia associada a tiroidite auto-imune (SREAT) é um diagnóstico raro, subdiagnosticado em idade pediátrica. As manifestações clínicas relacionam-se com os dois subtipos de doença (encefalopático e vasculítico). O diagnóstico é feito na presença de anticorpos antitiroideos (sobretudo anti-TPO) após exclusão de causas alternativas, sendo a resposta à corticoterapia variável e a resolução espontânea frequente. Descrevemos uma apresen-

tação rara de SREAT numa adolescente.

Relato do caso: Adolescente, 15 anos, trazida à Urgência Pediátrica por alteração súbita do estado de consciência. Da história prévia a destacar impulsividade e alterações do sono com 2 meses de evolução. À admissão encontrava-se taquicárdica com tensão arterial adequada e Escala de Coma de Glasgow de 9. Realizou estudo analítico com pesquisa de tóxicos urinários, punção lombar e TC crânio-encefálico sem alterações. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e iniciado ceftriaxone e aciclovir. Realizou angio-RMN CE sem alterações e EEG com evidência de lentificação difusa. Verificada melhoria súbita e espontânea do estado de consciência em D2 de internamento. Na UCIP manteve perfil taquicárdico e hipertenso e apresentou 2 picos febris. Transferida para a enfermaria em D3 onde se manteve apirética, verborreica, impulsiva, com exoftalmia e mioclonias posturais nos membros superiores. Do restante estudo realizado, a destacar hipertiroidismo com anticorpos TRAB e anti-TPO positivos, tendo sido diagnosticada com Doença de Graves e iniciada terapêutica com metimazol. Neste contexto, foi assumido diagnóstico principal de SREAT, pelo que iniciou prednisolona oral e teve alta, referenciada à consulta de Endocrinologia e Neuropediatria. Aos 2 meses de terapêutica com prednisolona apresentava-se assintomática, com EEG normal.

Discussão: A apresentação clínica e evolução sugerem diagnóstico de SREAT do subtipo vasculítico, associado a bom prognóstico mas com mais recorrência. Verificou-se resolução completa de sintomas e normalização do EEG após início de corticoterapia, favorecendo o diagnóstico.

Conclusão: Salientamos uma causa rara de alteração súbita da consciência e a importância da avaliação da função tiroideia e anticorpos antitiroideos na abordagem destes doentes.

PO 02

LEUCOENCEFALOPATIA TÓXICA EM IDADE PEDIÁTRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tong Yang¹; Bárbara Aguiar¹; Sofia Almeida²; Marisa Vieira²

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Hospital Santa Maria

Introdução: A leucoencefalopatia tóxica (LET) é uma entidade neurológica rara em idade pediátrica. O diagnóstico pode ser desafiante, sendo essencial a investigação toxicológica e neuroimagiológica perante a suspeita clínica.

Relato de caso: Adolescente de 14 anos, sexo feminino, sem antecedentes de relevo, nem história de consumo de substâncias ilícitas; que se apresentou com perda de consciência, respiração irregular e incontinência de esfíncteres no domicílio. Realizadas manobras de RCP pela mãe, durante segundos, com noção de melhoria do padrão respiratório. Foi transportada pelo Suporte Imediato de Vida para o hospital. Durante o mesmo, iniciou movimentos anómalos dos quatro membros, sem resposta a diazepam IV. À admissão, admitidos movimentos tónico-clónicos generalizados, pupilas mióticas e reativa apenas a estímulos dolorosos. Assumiu-se estado de mal convulsivo, que cessou após duas doses de diazepam e levetiracetam. Dos exames realizados, destacou-se pesquisa de tóxicos na urina positiva para opióides, pelo que se administrou naloxona, com ligeira melhoria da reatividade. A TC-CE e o líquido não apresentaram alterações. Por manter Glasgow de 5-6, foi intubada e transportada para a UCIPed. Durante o internamento, manteve alteração do estado de consciência, reagindo apenas à dor, e por vezes a estímulos verbais, com movimentos descoordenados dos membros. Realizados RMN-CE e NSE 2 dias após o episódio, que excluíram a hipótese de encefalopatia hipóxico-isquémica (EHI). O EEG foi normal, excluindo estado de

mal convulsivo (EMC). Repetiu-se RMN-CE 4 dias após o evento, com novas áreas de restrição à difusão hídrica na substância branca, de forma simétrica, sugerindo leucoencefalopatia de etiologia tóxico-metabólica.

Discussão: Foi essencial o diagnóstico diferencial com outras causas, como encefalite/meningite, EHI, AVC, EMC. A apresentação clínica e a pesquisa de opióides positiva na urina foram corroboradas pelos achados clássicos na RMN-CE, confirmando a hipótese de LET a opióides. O tratamento é de suporte e o prognóstico depende da extensão da lesão, variando entre morte a recuperação completa.

Conclusão: Este caso sublinha a importância de considerar a LET como diagnóstico diferencial em adolescentes com alteração súbita do estado de consciência. Esta entidade é pouco reconhecida em idade pediátrica e a história clínica pode ser insuficiente para o diagnóstico, sendo fundamental a realização de pesquisa de tóxicos e exames de neuroimagem.

PO 03

A CASE OF FAT EMBOLISM SYNDROME MANAGED WITH EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION AND PLASMAPHERESIS

Afonso Sousa¹; Vladimir Cousin²; Elizabeth Boot²; Maya Pavcnik²

¹Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal; ²Evelina London Children's Hospital, Guy's and St Thomas' Trust, NHS, London, United Kingdom

Introduction: Sickle cell disease (SCD) is a prevalent genetic disorder that can result in severe complications requiring admission to paediatric intensive care (PICU). Acute chest syndrome (ACS) often results in PICU admission, not infrequently encompassing respiratory failure and need for invasive ventilation. A rare but severe complication, fat

embolism syndrome (FES), can occur in SCD patients, often presenting with fulminant respiratory failure and neurological symptoms. FES is likely underdiagnosed and can result in significant morbidity and mortality if not promptly treated.

Case report: A 10-year-old boy with SCD (HbSS genotype) and no prior history of sickling episodes was initially admitted for red cell aplasia due to Parvovirus B19 infection. After being discharged, he was readmitted within 24 hours with severe pain, fever, and hypoxemia, rapidly progressing to respiratory failure, altered mental status and renal failure. Despite non-invasive ventilation and subsequent endotracheal intubation, his hypoxemia persisted. The patient required veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (vv-ECMO) due to refractory hypoxemia, initiated 12 hours after oxygen supplementation began.

Laboratory findings, including elevated ferritin and lactate dehydrogenase, and thrombocytopenia, alongside chest angio-CT demonstrating multiple, bilateral emboli, supported a diagnosis of FES. The patient underwent exchange transfusion and total plasma exchange (TPE) and was supported with continuous veno-venous hemofiltration (CVVH). He was decannulated from vv-ECMO after 5 days and was successfully extubated after a further 4 days with full neurological recovery. He remained dependent on renal replacement therapy throughout his PICU admission but renal function recovered prior to hospital discharge.

Discussion/Conclusion: This case highlights the challenges in diagnosing and managing FES in paediatric SCD patients. Early recognition and aggressive treatment, including vv-ECMO, exchange transfusion, and TPE, were crucial in achieving a favorable outcome. FES in SCD is likely underreported, and this case underscores the importance of clinical vigilance and prompt intervention to improve

prognosis in affected patients. Further studies are needed to better understand the pathophysiology and optimize treatment strategies for FES in paediatric SCD patients.

PO 04

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA NEONATAL – UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Inês Pereira Soares¹; Francisca Manoel²; Mariana Lemos³; Catarina Duarte⁴; Isabel Esteves⁴; Mariana Miranda⁴

¹ULS Estuário do Tejo - Hospital de Vila Franca de Xira; ²Hospital do Divino Espírito Santo; ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome hemofagocítica (HLH) é uma doença multissistêmica caracterizada pela hiperativação de linfócitos T e macrófagos com produção de citocinas. Pode ser primária ou secundária.

Relato do caso: Recém-nascido (RN) de termo, 23 dias, sexo masculino, sem antecedentes relevantes, levado à Urgência por febre com 24h de evolução. Sem contexto epidemiológico. Na observação com gemido e hepatoesplenomegalia. Laboratorialmente com trombocitopenia (15000/uL), elevação das transaminases (AST 1085U/L, ALT 613U/L) e PCR 3,21mg/dL. Assumida sépsis neonatal tardia e iniciada antibioticoterapia empírica e aciclovir. Após 24h mantinha-se febril, apresentava distensão abdominal de novo, anemia (Hb 7,1g/dL), neutropenia moderada, coagulopatia (INR 2,03, aPTT 35,8seg), lesão hepática aguda e colestase (AST 1266U/L, ALT 638U/L, bilirrubina total (BT) 3,87mg/dL), hipofibrinogenemia (62mg/dL), triglicéridos 132mg/dL, hiperferritinemia 25470ng/mL, acidose metabólica com hiperlactacidemia, PCR 5,79mg/dL e PCT 6,31ng/mL. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos em D4 de doença, onde foi feito o diagnóstico de HLH e iniciada terapêutica dirigida com

metilprednisolona e alentuzumab (D4-D6 e D13-D14). Apesar do tratamento, manteve febre persistente, anasarca, hepatoesplenomegalia, discrasia hemorrágica, pancitopenia, coagulopatia (INR 4,54, aPTT 114seg), citólise hepática e colestase (AST 3459U/L, ALT 1539U/L, BT 20,9mg/dL), lesão renal, hipertigliceridemia 294mg/dL e ferritina máxima 303437ng/mL. Assumindo refratariedade terapêutica foi iniciado um inibidor JAK (ruxolitinib) em D20 verificando-se melhoria clínica e analítica em 48h com apirexia, plaquetas 168000/uL, INR 1,6, AST 639U/L, ALT 483U/L e fibrinogênio 172mg/dL. A partir de D25 observou-se agravamento clínico progressivo com deterioração neurológica, respiratória e cardiovascular, culminando no óbito em D27. O estudo genético revelou HLH familiar tipo 2. **Discussão:** A HLH neonatal é rara, de diagnóstico difícil e prognóstico reservado, mesmo quando diagnosticada precocemente, como no caso descrito. O tratamento da forma primária é particularmente desafiante com muitos RN refratários aos esquemas atualmente implementados. Neste sentido, têm sido realizados vários estudos em crianças - um estudo retrospectivo sugeriu melhoria da sobrevivência em doentes tratados com alentuzumab e estudos mais recentes ofereceram evidência para o uso de inibidores JAK como tratamento de primeira linha. Tal como averiguado, estes fármacos não se mostram completamente eficazes. Assim, são necessários ensaios prospetivos em RN que comparem a eficácia terapêutica de diversas opções.

PO 05

HEMODIAFILTRAÇÃO CONTINUA NA SÍNDROME NEFRÓTICA CONGÊNITA DESCOMPENSADA – 2 CASOS CLÍNICOS

Joana Vasconcelos; Inês Foz; Anaxore Casimiro; Andreia Abrantes; Telma Francisco
Hospital Dona Estefânia - ULS São José

Caso clínico

Introdução: A Síndrome Nefrótica Congénita (SNC) é uma doença rara caracterizada por proteinúria grave, hipoalbuminemia e edema, com progressão para Doença Renal Crónica (DRC) Terminal, necessidade de técnica de substituição renal e transplante. Em doentes instáveis, a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC) é um aliado na regulação da volémia.

Relato do caso: Apresentamos 2 casos de SNC com seguimento multidisciplinar, com evolução para DRC $\geq$ estádio 4, Hipertensão arterial (HTA) e complicações tromboembólicas medicados com Rivaroxabano. Por descompensação da SNC ficaram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) com recurso a HDFVVC.

Caso 1: Criança de 23M (F, 8kg) transferida do SU da área de residência para a UCIP por edema agudo do pulmão e crise convulsiva em contexto de hipoxemia. Apresentava-se em ventilação mecânica invasiva (VMI) por insuficiência respiratória; em oligoanúria ($DU < 0,5 \text{ mL/kg/h}$), com hipercalemia ($K \text{ máx } 7.4 \text{ mEq/L}$) e elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose com neutrofilia, PCR 277,5mg/L e PCT $> 100 \text{ ng/mL}$), tendo iniciado antibioterapia ev ajustada à função renal. Por manter hipervolemia, não controlada com diuréticos (furosemida e metolazona), iniciou HDFVVC com anticoagulação regional. Apresentou hipotensão ($\text{MAP} < p5$) nas primeiras horas com necessidade de suporte vasopressor ($\text{NA máx } 0.5 \text{ mcg/kg/min}$). Realizada vigilância rigorosa de aportes com difícil regula-

ção volêmica e ajustes da compensação de cálcio. Colocou cateter de diálise peritoneal (DP), tendo mantido HDFVVC até cicatrização. Em D19 iniciou DP com tolerância e diurese residual. Esteve 27 dias sob sedoanalgesia e VMI, desenvolvendo síndrome de privação.

Caso 2: Rapaz de 2 anos (10kg) internado por agravamento da função renal e HTA de difícil controlo. Após cirurgia de colocação de cateter de DP iniciou dificuldade respiratória e foi admitido na UCIP. Por sobrecarga hídrica, com derrame pleural, HTA volume dependente e oligoanúria refratária iniciou HDFVVC, sob sedoanalgesia e VMI, como ponte para DP. Manteve HTA com necessidade de terapêutica anti-hipertensora tripla e melhoria parcial após melhoria da sobrecarga. Após estabilização iniciou DP com aumento progressivo de volumes e diurese residual.

Discussão e conclusão: O controlo da volémia na SNC é complexo e exige uma abordagem multidisciplinar. A HDFVVC é uma ferramenta valiosa na gestão da volémia em doentes com sobrecarga hídrica, necessitando por vezes de recurso à sedoanalgesia e VMI. **Palavras-chave:** Síndrome Nefrótica Congénita; Edema agudo do pulmão; HDFVVC; UCIP

PO 06

ACUTE SOFT HEAD SYNDROME: MANIFESTAÇÃO RARA NA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

Isabel Vasconcelos Coelho¹; Joana Jonet²;
Mariana Miranda³; Carolina Gonçalves³;
Marisa Vieira³

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; ²HPP Hospital de Cascais; ³Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Anemia de Células Falciformes (ACF) é uma doença hematológica crónica pautada por episódios agudos de crises hemolíticas com complicações multiorgânicas. Em adolescentes e jovens adultos, por aumento da espessura da diploe da calote

craniana em contexto de hematopoiese extramedular, pode surgir uma complicação rara, denominada Acute Soft Head Syndrome (ASHS), caracterizada por enfarte ósseo com consequente colapso da calote e hematoma epicraniano.

Relato do caso: Adolescente com ACF, internado dois dias antes por crise vaso-oclusiva toracolombar com necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário e analgesia endovenosa.

Apresentou-se de forma rapidamente evolutiva com proeminências no escalpe. À observação, encontrava-se febril (39,5°C), com múltiplas tumefacções parietais bilaterais, dolorosas ao toque, mal delimitadas e com edema do escalpe, associadas a rigidez da nuca, lentificação do discurso e flutuação do estado de consciência. Sinais vitais sempre estáveis.

Avaliação analítica revelou aumento dos parâmetros inflamatórios, leucocitose ligeira, agravamento da anemia e trombocitopenia. A tomografia computadorizada documentou alterações agudas compatíveis com ASHS (aumento da espessura da calote craniana, múltiplos hematomas subgaleais, sem lesões intracranianas).

Iniciou antibioticoterapia empírica e foi transferido para a unidade de cuidados intensivos dada flutuação do estado neurológico. Líquido cefalorraquidiano sem alterações. Por hemólise crescente, realizou transfusão de concentrado plaquetar e eritrocitário, com necessidade de exsanguino-transfusão automatizada no dia seguinte, pelo que foi transferido para outro hospital. Após esta técnica apresentou melhoria paulatina do estado de consciência e redução da dimensão das tumefacções epicranianas.

Discussão: Ainda que sem tradução imagiológica intracerebral, a hemorragia subgaleal pode condicionar síndromes confusionais agudos. Dado o diagnóstico diferencial com

acidente vascular cerebral, a sua identificação é importante, considerando o seu curso benigno e resolução sem sequelas. O conhecimento desta síndrome permite a sua identificação linear.

Conclusão: O reconhecimento precoce desta entidade clínica permite evitar investigações diagnóstica supérfluas e atraso no diagnóstico e a sua abordagem prende-se com medidas de suporte, analgesia e eventual antibioticoterapia.

PO 07

ACESSOS VENOSOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Isabel Vasconcelos Coelho¹; José Maria Lupi¹; Filipa Marujo²; Pedro Silva²; Inês Salva²; Sérgio Lamy²

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; ²Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, ULS S. José

Introdução: A colocação de acessos venosos (AV) em pediatria depende da experiência do operador, dos recursos e da tecnologia disponíveis, assim como das características clínicas do doente. A utilização de ecografia na colocação de AV oferece atualmente uma maior diversidade de dispositivos e a opção por cateteres centrais de inserção periférica tem demonstrado benefício acrescido.

Objectivos: Caracterizar os AV em doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) de um Hospital Terciário. Identificar quais os que beneficiariam de cateteres midline/ cateteres periféricos longos (LPC).

Métodos: Estudo descritivo, 01/2023 a 09/2024, das crianças internada com ≥ 3 anos que necessitaram de um AV. Analisaram-se dados epidemiológicos, clínicos, fármacos efetuados e complicações.

Resultados: Foram colocados 1316 acessos em 295 doentes ao longo de 353 internamen-

tos. Duração média de internamento 4,26 dias. 178 dos internamentos foram por causa cirúrgica, 44 destes em contexto de urgência. Colocaram-se 797 cateteres venosos periféricos (CVP) e 266 cateteres venosos centrais (CVC), com média de 2,26 CVP e de 0,75 CVC por internamento. A duração média foi de 2,77 dias e de 2,73 dias por CVP e CVC, respetivamente.

Em 59/341 dos [JS1] internamentos de duração ≤ 3 semanas foram colocados ≥ 4 CVP e em 44 destes foi colocado pelo menos um CVC.

Dos internamentos em que foi colocado CVC, em 99/186 não foi utilizado nenhum fármaco vesicante, hipermosmolar, vasoativo ou com pH extremo. Todos estes internamentos duraram < 21 dias.

Dos doentes que realizaram estes fármacos, 87/100 teve pelo menos um CVC.

Em 253/353 do total de internamentos e em 14/32 dos que duraram 1-3 semanas não foram administrados fármacos irritantes.

Discussão: A colocação de LPC deve ser equacionada quando se prevê a necessidade de AV durante 1-3 semanas e não existam outras indicações para CVC, o que se verificou em 14 doentes.

Para além destes, nos 99 internamentos em que foi colocado CVC e não foram administrados fármacos irritantes, são também potenciais candidatos à colocação de LPC ou midlines.

Em 13 doentes foram realizados fármacos com potencial dano vascular em AV periférico, sem repercussões clínicas aparentes.

Conclusão: Pretendemos com este trabalho salientar a potencial utilização de LPC ou midlines em contexto de UCIP nomeadamente em doentes estáveis em que não se prevê a necessidade de fármacos irritantes ou naqueles em que a canulação periférica pode ser mais difícil. Ressalvamos ainda que a colocação preemptiva de AV centrais não pode ser

descurada dado o potencial de agravamento desta população.

PO 08

DESCAMAÇÃO CUTÂNEA MACIÇA: NECROLISE EPIDERMICA TÓXICA VS SÍNDROME DE PELE ESCALDADA

Isabel Vasconcelos Coelho¹; Joana Branco²;
Beatriz Nunes³; Sérgio Lamy²

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; ²Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, ULS S. José; ³Unidade de Infecologia, Hospital Dona Estefânia, ULS S. José

Introdução: O diagnóstico diferencial de descamação cutânea tem em conta a extensão, distribuição e lesão residual. Quando há envolvimento de uma percentagem significativa da pele, a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) e a Síndrome de Pele Escaldada (SPE) são as condições mais frequentemente implicadas. O envolvimento de mucosas, exposição medicamentosa e doenças prévias podem ajudar a orientar o diagnóstico. Apesar de etiológicamente diferentes a sua abordagem terapêutica tem pontos em comum.

Relato de caso: Criança de 4 anos, saudável, apresenta-se com lesões eritematosas no dorso com progressão para os membros, períneo e face nas 72h seguintes. Sem exposição a fármacos.

Após descamação perioral e axilar e pico febril isolado, foi levada ao SU com objetivação de exfoliação cutânea dolorosa de 70% da superfície corporal, amigdalite exsudativa e hiperemia ocular. Foi medicada empiricamente com flucloxacilina e clindamicina. O controlo álgico adequado implicou ventilação mecânica invasiva durante 7 dias na UCIP.

Necessitou de fluidoterapia intensiva, imunoglobulina endovenosa (1g/kg) e foi substituída flucloxacilina por cefotaxime dada afeção perineal significativa.

Analiticamente evoluiu com leucopénia (2900/uL), neutropenia (1 450/uL) e linfopé-

nia (720/uL). PCR máxima de 95.4 mg/L em D4. Antígeno para SGA e serologias para *Mycoplasma pneumoniae* foram negativos. A avaliação por oftalmologia excluiu outras lesões oculares.

A abordagem das lesões cutâneas foi inicialmente com gaze com parafina e posteriormente, dada a evolução clínica mais favorável, pouco compatível com NET, com pensos de silicone e sulfadiazina de prata.

Foi ajustada a antibioterapia para flucloxacilina e clindamicina após hemoculturas persistentemente negativas, cumprindo um total de 14 dias. A biópsia cutânea foi inconclusiva para efeitos de diagnóstico diferencial.

Após melhoria clínica foi transferida aos 14 dias de internamento para o país natal (Reino Unido), com progressiva melhoria do quadro.

Discussão: Dada a dúvida diagnóstica, a abordagem destes doentes deve ter em conta as implicações da terapêutica em ambas as patologias. Considerou-se Ig IV por ser uma terapêutica válida nos casos de NET grave e, inicialmente, foi evitada a aplicação de sulfadiazina de prata devido à contraindicação nos casos de NET.

A hiperemia ocular e extensão das lesões orientam o diagnóstico para NET. No entanto, a ausência de envolvimento de outras mucosas, a evolução rápida das lesões e a cicatrização sem sequelas, pendem a favor de SPE.

Conclusão: Independentemente da incerteza diagnóstica, o reconhecimento e a estabilização clínica atempados, gestão criteriosa do balanço hídrico e a adoção de medidas que visam a redução do risco infeccioso, são cruciais para a melhoria prognóstica e limitação da morbimortalidade.

APNEIAS RECORRENTES EM LACTENTE COM DOENÇA MITOCONDRIAL RARA

Rita Vilar Queirós¹; Mafalda João Pereira²;
Miguel Paiva Pereira³; Vera Brites³; Tiago Rito⁴;
Orlando Rodrigues³; Sandra Jacinto³;
Carla Conceição³; Sérgio Lamy³

¹Centro Hospitalar Barreiro Montijo; ²Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ³Hospital Dona Estefânia - ULS São José; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: As apneias podem ocorrer em qualquer idade e apresentar um diagnóstico etiológico complexo. Quando associadas a doenças genéticas podem apresentar agravamento progressivo com complicações que comprometem o prognóstico.

Relato do caso: Lactente do sexo feminino, 6 meses, internada por episódios de apneia com 2 meses de evolução, de frequência crescente, habitualmente desencadeados pelo choro, acompanhados de supravversão ocular, cianose facial, hipertonía e sudorese, duração até 1-2 minutos e resolução espontânea. Ao exame físico destacavam-se microcefalia, hipotonía axial, ausência de sorriso social e seguimento visual inconstante. Dos antecedentes familiares destaca-se irmã falecida aos 4 meses com sintomatologia semelhante e consanguinidade dos pais. TC-CE à admissão sem alterações. RMN-CE revelou discreta alteração da substância branca cerebral. EEG excluiu causa epilética e a gasimetria e avaliação cardíaca iniciais não tinham alterações. Ao 8º dia de internamento fez uma apneia grave seguida de hiporreatividade. A gasimetria mostrou pH 6,99, pCO₂ indoseável, pelo que foi ventilada invasivamente. Houve agravamento neurológico progressivo apesar de desmame de sedoanalgesia e manteve episódios frequentes apneia central com rigidez torácica associados a dessaturação e bradicardia que impossibilitaram extubação. A repetição da TC-CE revelou hipodensidades

extensas na substância branca de novo. No 22º dia, no contexto de hipoxémia refratária fez 2 paragens cardiorrespiratórias. A avaliação ecocardiográfica evidenciou sinais de hipertensão pulmonar (HTP) tratada inicialmente com óxido nítrico e posteriormente com sildenafil, mas a doente acabou por falecer após 42 dias de internamento, com um quadro de HTP refratário à terapêutica.

Por terem sido equacionadas diferentes hipóteses diagnósticas, foi realizado estudo por sequenciação exómic total que identificou, pós-morte, a variante patogénica c.545+-5G>A, p.(?) em homozigotia, no gene NFU1, associada ao síndrome de disfunção mitocondrial múltipla tipo 1.

Discussão/Conclusão: Este caso ilustra a complexidade da abordagem e tratamento de doentes com doença neurodegenerativa. O conhecimento do diagnóstico definitivo permite não só intervenções e terapêuticas mais dirigidas, como o estabelecimento de prognóstico e aconselhamento genético à família. Reforça-se assim a importância da investigação genética e da abordagem multidisciplinar precoce em contextos clínicos complexos no âmbito de Cuidados Intensivos.

PO 10

AVC ISQUÊMICO EM DOENTE COM DREPANOCITOSE: ATRASO NA ERITRAFERESE OU OUTROS FATORES CONTRIBUINTES?

José Maria Lupi¹; Sara Vale²; Joana Pais Faria³; Rita Lopes Silva³; Anaxore Casimiro⁴

¹Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José e Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alentejo Central; ²Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José e Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria; ³Centro de Doença Falciforme, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde São José; ⁴Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Adolescente de 12 anos com antecedentes de drepanocitose (HbSS) e déficit de G6PD. Retinopatia grave e AVC isquêmico aos 7 anos. Hemiparesia esquerda e dificuldades cognitivas sequelares. Medicado com hidroxiureia e ácido fólico. Sob regime transfusional regular por eritracitafereze de 3/3 semanas com HbS pré-procedimento 30-42%. Vasculopatia cerebral grave e aumento das velocidades do Doppler transcraniano.

Relato do caso: Eritracitafereze adiada por ausência de CE compatível. Na véspera do procedimento iniciou náuseas, hemiparesia direita e incapacidade para dextroversão do olhar. No hospital da área de residência realizou Angio-TC cervical e crânio (sem alterações). Transferido em D2, realizou RMN encefálica (enfarte isquêmico recente bihemisférico, predomínio esquerdo em território juncional) e foi internado em cuidados intensivos. Realizou eritracitafereze com descida de HbS de 52 - 9%. Reagravamento neurológico em D3 com afasia, agravamento da hemiparesia, incontinência vesical e desvio conjugado do olhar, confirmando-se por RMN aumento das

lesões isquêmicas. Foi medicado com levotiracetam e perampanel, com resolução das crises em D5. O EEG revelou disfunção ligeira direita e moderada esquerda. Iniciou enoxaparina profilática e aspirina. Durante o internamento fez ainda 1 transfusão permuta manual, 1 flebotomia, 2 sessões de eritracitafereze e 2 transfusões simples, com objetivos de Hb >10g/dL e HbS <20%. Em D15 realizou angiografia cerebral que mostrou oclusão da ACID, estenose grave da ACIE e oclusão das artérias vertebrais (V3-V4), compensadas por anastomoses mas sem padrão Moyamoya. Apresentou melhoria paulatina dos défices neurológicos, mantendo hemiparesia direita e afasia na alta.

Discussão: A drepanocitose continua a apresentar desafios importantes e complicações graves como o AVC. Este caso destaca a importância da eritrocitafereze atempada, aliada ao diagnóstico precoce, vigilância e tratamento para a melhoria do prognóstico. A eritrocitafereze foi realizada 24h após o início dos sintomas por atraso diagnóstico, com confirmação apenas por RMN, destacando a limitação da TAC para detecção de lesões isquêmicas agudas. O reagravamento pós-eritrocitafereze poderá refletir a vasculopatia subjacente na etiologia multifactorial deste AVC.

Conclusão: O AVC isquêmico é uma complicação grave da drepanocitose que exige estabilização transfusional imediata e realização de eritracitafereze/transfusão permuta assim que possível.

PO 11

FASCEITE NECROTIZANTE: DESAFIO TERAPÊUTICO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Cordeiro Martins; Cynthia Pinheiro; Nélia Costa; Catarina Ladeira; Filipa Marques; João Crispim; João Farela Neves; Raquel Ferreira
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A varicela é habitualmente uma doença benigna da infância, com maior potencial de complicação em adolescentes e adultos. A infeção bacteriana da pele e tecidos moles é a complicação mais frequente e, sendo a fasceíte necrotizante rara, mas potencialmente fatal, exigindo atuação precoce.

Relato do caso: Rapariga de 14 anos, com antecedentes de malformação vascular da coxa esquerda. Diagnosticada varicela 9 dias antes do internamento, medicada com aciclovir oral durante 5 dias. Em D4 de doença verificou-se edema da coxa esquerda, de agravamento progressivo, eritema violáceo e dor intensa. À entrada no Atendimento Urgente Pediátrico: apirética, com choque descompensado, lesões de varicela em cicatrização, hepatomegália palpável, sinais inflamatórios da coxa esquerda, com edema franco, coloração arroxeadada e dor intensa.

Analiticamente: acidose metabólica, lactato 4,9mmol/L, leucócitos 37.110/uL, neutrófilos 34.400/uL, creatinina 1,88mg/dL, sódio 129mmol/L e Proteína C-Reativa 38mg/dL. A tomografia computadorizada dos membros inferiores identificou alterações compatíveis com fasceíte necrotizante na região adjacente à malformação vascular já conhecida, com extensão de 15 cm. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica refratária a bólus de volume, tendo iniciado suporte inotrópico com noradrenalina (máx 0,6 mcg/kg/min), que manteve durante 5 dias, estando sob ventilação mecânica 7 dias. Realizada imunoglobulina endovenosa 1mg/kg em D1 e medicada ini-

cialmente com cefotaxime e clindamicina, posteriormente ajustado para meropenem e clindamicina em D3. Submetida a múltiplas intervenções cirúrgicas para fasciotomia, além de drenagens e lavagens da loca com vancomicina. Em D3 fez excisão da malformação vascular, seguida de terapia de pressão negativa com encerramento progressivo entre D10 e D18. Exame bacteriológico do pus com isolamento de *Streptococcus pyogenes*. Após 21 dias de internamento teve alta para o domicílio, mantendo seguimento multidisciplinar.

Discussão: A fasceíte necrotizante é uma complicação da varicela, sendo o tratamento complexo, incluindo estabilização hemodinâmica, antibioterapia atempada e intervenções cirúrgicas frequentes.

Conclusão: Pela elevada morbimortalidade associada, o diagnóstico e atuação precoce na fasceíte necrotizante é fundamental, implicando cuidados multidisciplinares diferenciados atempados.

PO 12

CANDIDÍASE HEPATOESPLÊNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS – DOIS CASOS CLÍNICOS, DUAS APRESENTAÇÕES

Afonso Sousa¹; Maria Sousa¹; Joana Branco¹; Pedro Silva¹; João Farela Neves²; Ana Pereira Lemos³; Tiago Milheiro Silva³; Sérgio Lamy¹

¹Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa; ²Unidade de Imunodeficiências Primárias, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa; ³Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa

Introdução: As infeções fúngicas invasivas apresentam elevada morbimortalidade, tipicamente em doentes com patologia hemato-oncológica. A neutropenia prolongada, antibioterapia de largo espectro e mucosite

constituem fatores de risco para doença disseminada por *Candida*.

Descrição:

Caso 1: Criança de 14 meses com leucemia Burkitt-like complicada por mucosite grau 4 e colite neutropênica, que foi admitida na UCIP por suspeita de sépsis com ponto de partida abdominal. Cumpriu antibioterapia empírica tripla, à qual foi adicionada caspofungina por suspeita de infecção fúngica. Quatro semanas após resolução de quadro abdominal e da aplasia medular, apesar da manutenção da terapêutica instituída, verificou-se reaparecimento da febre, agravamento da distensão abdominal e da colestase, e hepatoesplenomegalia. Evidência ecográfica de microabscessos hepáticos e esplênicos. Foi isolada *Candida parapsilosis* em hemoculturas seriadas e no líquido ascítico e biliar, o que motivou o ajuste da terapêutica antifúngica para anfotericina B lipossômica e fluconazol, com progressiva melhoria clínica.

Caso 2: Adolescente de 17 anos, com leucemia mieloblástica aguda, admitida na UCIP por suspeita de infecção fúngica hepatoesplênica. À admissão, apresentava-se febril, icterica, com distensão abdominal evidente e hepatoesplenomegalia. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, hiperbilirrubinemia e coagulopatia. Evidência de lesões nodulares sugestivas de candidíase hepatoesplênica na TAC abdominal. Iniciou fluconazol e caspofungina que manteve durante todo o internamento. Do estudo etiológico destacava-se doseamento positivo de beta-D-glucano ($>300\text{pg/mL}$) no sangue, sem identificação de *Candida* em hemocultura ou por técnica de PCR. Por manter febre associada a hiperleucocitose e neutrofilia (máximo $71100/\mu\text{L}$ e $64590/\mu\text{L}$, respetivamente) em contexto de provável infecção fúngica invasiva, foi considerada a hipótese de Síndrome Inflamatório de Reconstituição Imune (IRIS). Iniciou corticoterapia em D9 de internamen-

to, com posterior apirexia mantida e melhoria clínica e analítica.

Discussão/Conclusão: A candidíase hepatoesplênica constitui um desafio diagnóstico e terapêutico. A presença de febre prolongada em doentes neutropênicos, associada a hepatoesplenomegalia e lesões nodulares hepatoesplênicas sugere o diagnóstico. A IRIS é uma patologia grave, subdiagnosticada, muitas vezes assumida como falência da terapêutica antifúngica.

PO 13

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA GRAVE E ATÍPICA

Luiza Durante; Larissa Cozzolino;
José Vinicius Caldas; Julia Segal; Laís Tinoco
Instituto D'OR de Pesquisa e Ensino

O Refluxo Gastroesofágico consiste na passagem de conteúdo gástrico para o esôfago, é um processo fisiológico e comum nos lactentes e escolares. Por outro lado, o RGE pode também representar uma doença (Doença do Refluxo Gastroesofágico), quando causa sintomas ou complicações, que podem se associar a grande morbidade. Os principais sintomas são regurgitações, vômitos incoercíveis, irritabilidade, alteração do sono, hálitose e perda de peso. O presente trabalho relata o caso de um lactente de 2 meses com sintomatologia atípica, rara e grave de DRGE, com repetidos quadros de cianose central, hipotonia generalizada e queda de saturação desde o nascimento. Paciente permaneceu em grave estado geral durante investigação clínica e foram levantadas diversas hipóteses diagnósticas como epilepsia, erro inato do metabolismo, anomalias congênitas, fístulas traqueoesofágicas e BRUE, que foram investigadas com exames laboratoriais, pesquisa de erro inato do metabolismo, eletroencefalograma, realização de Tomografia Computado-

rizada com contraste e Endoscopia Digestiva Alta. Após investigação, chegou-se ao diagnóstico de DRGE grave por via endoscópica e foi instituído prontamente tratamento com bomba de prótons e suporte, além de mudança de hábitos, paciente recebeu alta em bom estado geral, em aleitamento materno e com recuperação da perda de peso pregressa. O caso em questão teve apresentação diferente do habitual, com sintomatologia atípica e grave de cianose, hipotonia e queda de saturação, que acabou em um primeiro momento gerando diferentes fatores de confundimento. Esse relato de caso é importante pois a DRGE é uma doença tratável e com boa resposta quando instituído o diagnóstico e tratamento precoces, com isso é importante que profissionais da saúde saibam reconhecer sinais e sintomas que possam indicar doença grave.

PO 14

INTOXICAÇÃO POR VARFARINA NA CARDIOPATIA CONGÊNITA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Viveiros; Jennefer Sousa; Joana Rosa;
Augusta Arruda; Paula Maciel
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A sobrevida de crianças com cardiopatia congênita tem aumentado significativamente através dos avanços diagnósticos e terapêuticos. Concomitantemente, existe uma maior predisposição para eventos tromboembólicos e necessidade de anticoagulação.

Rapaz asiático de 10 anos, com Cardiopatia Congênita Cianótica Complexa (atrésia da artéria pulmonar com artérias aorto-pulmonares colaterais major (MAPCAs), comunicação interventricular e hipoplasia cardíaca esquerda), com necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas. Como sequelas pós-cirúrgicas, desenvolveu AVC isquêmico e doença do nódulo sinusal. Medicado com enalapril 5 mg 2id e varfarina 1,25 mg alternado com 2,5 mg

de acordo com INR.

Trazido ao Serviço de Urgência (SU) por queda da própria altura com trauma da mão e anca direitas, sem fratura associada. No dia seguinte, regressou ao SU por dor na fossa ilíaca, anca e região dorso-lombar direitas, associada a anorexia, astenia, hematúria e epistaxis. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, com mucosas ligeiramente pálidas, abdômen doloroso à palpação da fossa ilíaca direita e epistaxis ligeira. Do estudo analítico, a destacar Hb 16 g/dL; Htc 46,3%; provas de coagulação com TP 158,1s; INR 12,02; aPTT 132,9s; AST 39 U/L; PCR 3,07 mg/dL; sedimento urinário com 10 leucócitos/campo e >50 eritrócitos/campo. TAC abdomino-pélvica com lacerações hepática e renal direita grau III, ambas com indicação para tratamento conservador. Admitido possível intoxicação a varfarina, tendo efetuado complexo de protrombina humano 5 UI/Kg e vitamina K 9 mg/dia. Permaneceu em SO, hemodinamicamente estável e com melhoria dos valores de coagulação. Apurada história clínica e constatado que teria havido uma falha de comunicação em relação à posologia. Ficou internado durante oito dias, com evolução favorável. Efetuou 8 dias de cefuroxima ev 85mg/kg/dia; reiniciou varfarina após 4 dias, com ajuste de dose de acordo com INR terapêutico. Controlo analítico seriado com melhoria (Hb 13,7 g/dL; TP 32s; INR 2,51; aPTT 34,1s; PCR 0,08 mg/dL) e TAC abdomino-pélvica com melhoria imagiológica. TAC após 6 meses com cicatriz renal à direita.

A intoxicação a varfarina pode evoluir com hemorragias graves espontâneas ou secundárias a traumas, tornando-se fundamental o conhecimento de protocolos de reversão dos efeitos adversos varfarínicos. Neste caso específico, destaca-se a importância que as instruções sobre as posologias sejam assimiladas corretamente pelos cuidadores com intuito de evitar complicações.

PO 15

UMA ABORDAGEM DIFERENTE NO SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Sousa Marques¹; Adriana Grilo Mendes²;
Carolina Quintela³; Inês Silva Costa¹; Rita Gomes⁴;
Diana Bernardo⁵; Martim Luz⁵; Glória Cunha Velho⁵;
Paula Cristina Fernandes⁴

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ³Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ⁴Centro Materno Infantil Norte (CMIN); ⁵Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson; etanercept; reação adversa medicamentosa caso clínico.

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) constituem um espectro de reações adversas cutâneas raras e potencialmente fatais. Apesar do envolvimento mucocutâneo ser predominante, podem associar-se a disfunção multiorgânica. Fármacos como anticonvulsivantes, antibióticos e anti-inflamatórios não esteróides são geralmente os fatores desencadeantes. A abordagem terapêutica permanece um desafio clínico, incluindo descontinuação de potenciais fármacos desencadeantes, tratamento de suporte, corticoterapia e/ou imunoglobulina. Estudos recentes sugerem resultados promissores com a utilização dos antagonistas do TNF- α , como o etanercept, apesar de haver poucos casos descritos em idade pediátrica.

Relato do caso: Criança do sexo masculino, 6 anos, com síndrome de Dravet sob valproato e estiripentol, internada por pneumonia necrotizante, medicada com ceftriaxone e clindamicina. Transferida para o serviço de cuidados intensivos por estado de mal convulsivo refratário, tendo sido suspenso valproato e iniciado levetiracetam. Em D4, por agravamento clínico-radiológico substituída antibioterapia

para vancomicina e levofloxacina e, em D19, iniciada piperacilina- tazobactam por infeção a *Mycoplasma Pneumoniae*. Nesse dia notado exantema maculopapular centrífugo com progressão rápida para lesões vesiculares e bolhas com sinal de Nikolsky positivo atingindo ~10% da área de superfície corporal. Suspendeu levetiracetam e piperacilina-tazobactam e iniciou tratamento de suporte e imunoglobulina intravenosa (1g/kg, 2 doses em dias consecutivos). No dia seguinte, por agravamento, iniciou etanercept subcutâneo (0.8 mg/Kg), com estabilização das lesões cutâneas em 24 horas após a primeira administração. Administrada 2ª dose 4 dias depois, com resolução clínica em 14 dias, sem complicações associadas.

Discussão/ Conclusão: Atualmente não existe consenso relativamente ao tratamento farmacológico do SSJ/NET, especialmente em idade pediátrica. O etanercept parece ser uma opção terapêutica segura e eficaz no controlo da progressão da doença, como se verificou neste caso.

PO 16

SÍNDROME DA FOSSA POSTERIOR COMO COMPLICAÇÃO DO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE MEDULOBLASTOMA

Diana Simão Raimundo¹; Francisco Rebelo²;
Andreia Abrantes²; Amets Sagarribay²;
Marta Oliveira²

¹Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada;

²Hospital Dona Estefânia - ULS São José

Introdução: A Síndrome da Fossa Posterior (SFP) ocorre após cirurgia a tumor da fossa posterior, sendo os mais frequentes meduloblastoma e astrocitoma pilocítico. Implica déficits neurológicos em três áreas: linguística (mutismo cerebeloso, apraxia orofaríngea), motora (ataxia, hipotonia) e neurocomportamental (impulsividade, labilidade emocional, alterações neurocognitivas).

Tem início 24-48h após cirurgia e a sua evolução clínica é imprevisível. A resolução dos

sintomas ocorre em meses mas podem persistir défices durante anos.

Relato do caso: Adolescente de 16 anos admitido em UCIP após remoção de tumor da fossa posterior (meduloblastoma). No pós-operatório imediato apresentou vômitos, mutismo cerebeloso, ataxia e marcada agitação psicomotora, sugestivos de Síndrome da Fossa Posterior (SFP).

Houve hemorragia da loca cirúrgica 72h após cirurgia, por grave agitação psicomotora. A hidrocefalia obstrutiva subsequente necessitou de derivação externa (DVE) urgente, que manteve durante 18 dias.

A agitação psicomotora grave exigiu doses crescentes de propofol, midazolam, dexmedetomidina e alfentanilo, assim como ventilação mecânica invasiva (VMI) durante 11 dias e terapêutica neuroléptica adjuvante com risperidona, quetiapina, olanzapina, e levomepromazina em SOS.

Após a extubação, tornaram-se mais evidentes outros sintomas da SFP: tremor de intenção, dismetria, disfagia e alterações neurocomportamentais. A fisioterapia e terapia da fala contribuíram para melhoria clínica. Mantem à data da transferência mutismo, ataxia e apraxia orofaríngea.

Discussão: No caso que apresentamos, a agitação psicomotora integra as alterações neurocomportamentais da SFP. O controlo sintomático foi difícil e condicionou intervenções invasivas com prolongamento do tempo de internamento. O efeito adjuvante dos neurolépticos permitiu o desmame progressivo da sedação e a extubação do doente. A fisioterapia e terapia da fala contribuíram para a melhoria neurocomportamental.

Não há protocolo terapêutico estabelecido para a SFP nem consenso sobre terapêuticas eficazes. O tratamento atualmente mais significativo é a reabilitação (terapia da fala, reabilitação motora e neurorreabilitação), que deve ser mantida a longo prazo.

Conclusão: A identificação precoce da SFP pode ser dificultada pela ausência de critérios bem definidos. Contudo, é crucial para a abordagem clínica, uma vez que seu tratamento passa pela atempada implementação de reabilitação.

PO 17

DIFERENTES DESENCADEANTES EM SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL NUMA UCIP

Inês Araújo Oliveira; Beatriz Teixeira;
Ana Lúcia Cardoso; Liliana Rocha; Cristina Garrido;
Alzira Sarmento; Paula Cristina Fernandes
Cmin

Introdução: O Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) caracteriza-se por uma alteração clínico-radiográfica, que cursa com sintomas neurológicos inespecíficos, como cefaleia, alteração do estado de consciência, convulsões tônico-clónicas generalizadas e distúrbios visuais, associados à presença de lesões características de edema vasogénico na substância branca cerebral. Entre os fatores desencadeantes reconhecidos destacam-se: hipertensão arterial, imunossupressão e doenças renais ou autoimunes. O tratamento é de suporte, incluindo o tratamento da doença de base, a suspensão de agentes potencialmente desencadeantes, e a abordagem dos sintomas (terapêutica anti-hipertensiva e anticonvulsivante). Habitualmente, o prognóstico é favorável com reversão completa do quadro.

Relato dos casos: Durante um período de 5 anos, foram admitidos 4 doentes com diagnóstico de PRES na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, cujo diagnóstico de PRES foi estabelecido através de critérios clínicos e achados característicos imagiológicos, além da presença de fatores de risco. Relativamente à patologia de base, dois doentes apresentavam patologia renal, um com doença renal

crônica de etiologia indeterminada e outro com glomerulonefrite aguda pós-infecciosa sob corticoterapia, um apresentava diagnóstico de Drepanocitose, e um apresentava um quadro de Guillain-Barré com disautonomia. A abordagem terapêutica incluiu a otimização da patologia de base, a remoção ou redução de agentes desencadeantes, além do controle da hipertensão arterial e das crises convulsivas. Foi verificada reversão total das manifestações neurológicas em todos os casos.

Discussão: Em todos os casos, foi comum a apresentação de PRES com convulsões, encefalopatia e hipertensão arterial sistêmica. Os casos revelaram heterogeneidade quanto à patologia de base e relativamente à terapêutica instituída. A doença renal, conhecida por um dos fatores de risco mais comuns, foi identificada em dois doentes. O diagnóstico precoce, aliado à implementação imediata de terapêutica de suporte, foram fundamentais na reversão do quadro.

Conclusão: Estes casos ilustram a importância do reconhecimento e abordagem precoces no prognóstico a longo prazo. Deste modo, deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial perante quadros de alterações neurológicas agudas e hipertensão arterial sistêmica, especialmente na presença de fatores de risco predisponentes.

PO 18

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EXTENSO COM DISFUNÇÃO VENTRICULAR DIREITA – DESAFIO TERAPEUTICO

Sara Cristina Santos Vale¹; Guilherme Lourenço²; Vera Brito³

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ²Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta; ³UCIP - Hospital Dona Estefânia (ULS S. José Lisboa)

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade clínica grave, frequentemente associada a fatores de risco

protrombóticos, como a obesidade. O diagnóstico precoce e intervenção adequada são essenciais para prevenir complicações, especialmente se disfunção ventricular direita (VD). Este caso descreve os desafios da abordagem de TEP extensa com disfunção VD.

Relato do caso: Jovem de 17 anos, com IMC 34,1 kg/m² e recente início e contraceção hormonal, admitida por toracalgia e dispneia. Apresentava FC 140 bpm, SpO₂ de 96% e dor à inspiração profunda, sem de sinais de edema ou trombose venosa profunda. ECG com taquicardia sinusal e exames laboratoriais com hipocapnia (PaCO₂ 22 mmHg) e elevação de D-dímeros, troponina I e NT-proBNP (18,34 mg/L, 98 ng/L e 118 pg/mL respetivamente). A angiotomografia torácica confirmou TEP bilateral extenso, e enfarte pulmonar. O ecocardiograma evidenciou dilatação e disfunção sistólica ligeira a moderada do VD, sem trombos. Dado o risco intermédio-alto, definido pela disfunção do VD e elevação dos marcadores cardíacos, bem como a divergência nas guidelines pediátricas e as extrapolações das de adultos, a decisão terapêutica foi multidisciplinar e individualizada. Dada a estabilidade clínica, optou-se por abordagem conservadora, com anticoagulação (enoxaparina 1 mg/kg), resultando em melhoria clínica e da função VD e normalização dos marcadores laboratoriais. Ao 6º dia trocou para rivaroxabano oral (20 mg/dia) e teve alta ao 9º dia. Na investigação etiológica, redução de antitrombina (73%, VR 83-128%), após exclusão de mutação de protrombina, defice de proteína C, proteína S e ausência anticoagulante lúpico.

Discussão: Este caso reforça a importância de valorizar os fatores de risco para TEP, tanto na prevenção como no diagnóstico. A redução de antitrombina, associada à obesidade e contraceção hormonal, amplificou o risco trombótico. A abordagem foi desafiante devido à extensão do TEP e à disfunção do VD,

que aumenta o risco de agravamento. Diretrizes como as do CHEST e ESC recomendam abordagem conservadora, enquanto AHA e ISTH sugerem trombólise. Neste caso, abordagem conservadora mostrou-se segura e eficaz, evitando riscos da trombólise, como hemorragias graves.

Conclusão: É fundamental reconhecer e valorizar os fatores de risco para o TEP, especialmente à medida que a obesidade e o sedentarismo se tornam mais prevalentes na população pediátrica. A abordagem personalizada no tratamento de TEP de risco intermédio-alto, com decisões baseadas na estabilidade clínica e na discussão multidisciplinar, mostrou-se segura e eficaz, destacando a importância de uma monitorização rigorosa e contínua.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar, Adolescente, Disfunção ventricular direita, Obesidade, Cuidados intensivos.

PO 19

CHOQUE CARDIOGÉNICO E SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: UM MAL NUNCA VEM SÓ

Inês Silva Costa¹; João Sousa Marques¹;
Carolina Quintela²; Maria Inês Oliveira³;
Cláudio Henriques³; Tânia Martins³;
Paula Cristina Fernandes³

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro; ³Centro Materno Infantil Norte (CMIN)

Introdução: Os doentes oncológicos pediátricos enfrentam desafios clínicos complexos pela interação entre a doença de base e a toxicidade da terapêutica antineoplásica. Ainda que as infeções e a disfunção de órgão sejam, também neste grupo, um motivo frequente de admissão no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP), a sua gestão é ímpar pela imprevisibilidade de causas etiológicas e da própria evolução clínica, exigindo planos terapêuticos multidisciplinares e adaptados às especificidades de cada doente.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma criança de 7 anos do sexo feminino, com recidiva de Leucemia Linfoblástica Aguda de percursores B em tratamento e miocardiopatia dilatada secundária a antraciclina. Transferida para o SCIP por choque cardiogénico secundário a insuficiência cardíaca com disfunção sistólica biventricular (FEJ 35%, Pro-BNP 62323pg/ml). Apresentava também neutropenia febril com Tiflíte por *Geotrichum candidum*.

À admissão encontrava-se em anasarca, com derrame pleural bilateral, derrame pericárdico e ascite. Iniciou carvedilol, suporte inotrópico com dobutamina e cumpriu ainda ciclo de levosimendan com boa resposta clínica e ecocardiográfica.

Posteriormente, por agravamento clínico associado a sinais de baixo débito e hipertensão pulmonar, foi instituída milrinona e novo ciclo de levosimendan, sem reposta, pelo que foi entubada eletivamente e iniciou adrenalina, com melhoria progressiva. Registado novo agravamento hemodinâmico associado a acidose metabólica, hipercalcémia e hipercalcémia secundárias a lesão renal aguda oligoanúrica, com necessidade de terapêutica de substituição renal e perfusão de dopamina. Paralelamente manteve febre sustentada, marcadores inflamatórios positivos com exames culturais seriados sem isolamentos e, após exclusão de recidiva medular, foi colocada a hipótese de Síndrome Hemofagocítica, que se confirmou, tendo cumprido esquema de imunoglobulina.

À data de alta apresentava-se clinicamente melhorada, sob terapêutica anticongestiva e com última avaliação cardíaca com disfunção ventricular esquerda ligeira.

Conclusão: A orientação do doente oncológico é, per se, complexa pelas disfunções decorrentes da toxicidade quimioterápica, destacando-se neste caso a cardiotoxicidade

e a desregulação imune. A gestão minuciosa da terapêutica inotrópica permitiu o controlo clínico numa doente com mau prognóstico, não candidata a transplante cardíaco.

De salientar que, ainda que a causa mais frequente de febre persistente no doente oncológico seja a infeção ou a recidiva, o Síndrome Hemofagocítico não deve ser esquecido uma vez que o reconhecimento e tratamento precoce são os fatores com maior impacto na redução da morbimortalidade.

PO 20

FATORES PREDITORES DE NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO INVASIVA NA BRONQUIOLITE AGUDA

Catarina Leuzinger Dias¹;
Margarida Camacho Sampaio¹; Nuno Resendes²;
Andrea Dias¹; Carla Pinto¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A bronquiolite aguda (BA) é uma das principais causas de hospitalização no primeiro ano de vida. A sazonalidade da infeção mudou após a pandemia COVID-19, em 2021-2022, mas tem voltado ao padrão invernal habitual. Existem fatores demográficos e clínicos associados a maior gravidade, mas não se identificaram ainda fatores preditivos da necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). O principal objetivo deste estudo foi identificar possíveis fatores associados à necessidade de VMI.

Metodologia: Estudo observacional, com colheita retrospectiva de dados dos lactentes admitidos por BA num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP), entre janeiro 2021-junho 2024. Foram avaliadas características demográficas, agentes isolados, taxa de sobreinfeção, parâmetros analíticos, score PERN e parâmetros clínicos à admissão no serviço de urgência e no SCIP. A amostra foi dividida em três grupos de acordo com o su-

porte respiratório (SR) máximo necessário: oxigénio de baixo (OBF) e/ou alto fluxo (OAF) (G1); ventilação não invasiva (VNI) (G2); VMI (G3). Foi feita uma análise comparativa entre eles.

Resultados: Dos 54 doentes incluídos, 76% eram do sexo masculino e 22% recém-nascidos. A mediana de idade à admissão foi de 1,72 meses e duração de internamento de 5 dias. Apresentavam comorbilidades 41% (58% com antecedentes de prematuridade). O vírus sincicial respiratório foi o agente mais prevalente (57%); ocorreu coinfeção vírica em 30% dos casos e sobreinfeção bacteriana em 46%. Não houve mortalidade.

Quanto ao SR, 37% precisaram apenas de OBF/OAF (G1), 41% de VNI (G2) e 22% de VMI (G3). O G1 apresentou frequências cardíaca mais altas que o G2 (161,5 vs 144 bpm, $p=0,031$) e menor mediana de dias no SCIP (4 vs 5, $p=0,015$).

Comparando G3 e G2, os doentes sob VMI apresentaram mais frequentemente sobreinfeção (100%vs54,5%, $p=0,006$) e instabilidade hemodinâmica (100% vs 0%, $p=0,017$).

O G3 apresentou valores máximos de procalcitonina (PCT) e de FiO₂ à admissão no SCIP superiores ao G2 (4,92 vs 0,27ng/mL, $p=0,003$; 0,45 vs 0,27, $p=0,04$) e contagem mínima de linfócitos inferior (1930 vs 4650/uL, $p=0,006$).

A PCT (AUC 0,814 $p=0,005$) e os linfócitos (AUC 0,875 $p<0,001$) mostraram-se bons preditores de necessidade de VMI. O score PER não foi significativamente diferente entre os grupos, nem um bom preditor de necessidade de VMI.

Conclusão: A necessidade de VMI parece estar relacionada à sobreinfeção bacteriana. A PCT e a linfopenia surgem como bons preditores de necessidade de VMI na BA em lactentes na nossa amostra.

PO 21

ENCEFALITE ANTI-NMDAR – MAIS QUE UM DESAFIO

Mafalda João Pereira¹; Débora Aroeira Mendes¹;
Teresa Paíno²; Andreia Melo Abrantes¹

¹Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos-ULS S. José-Hospital Dona Estefânia; ²Unidade de Neurologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, ULS São José

Introdução: A encefalite anti-recetor N-metil-D-aspartato (NMDAR) é uma encefalite autoimune com sintomas neuropsiquiátricos e positividade para o anticorpo anti-NMDAR no líquido e/ou sangue. De início rápido (<3 meses), com atingimento de 4/6 grupos de sintomas: anomalia psiquiátrica/cognitiva/comportamental, disfunção da fala, convulsões, doença de movimento/discinésia, diminuição do estado de consciência, disautonomia ou hipoventilação central. Até 38% dos casos associam-se a teratoma ovárico. O tratamento de 1ª linha inclui corticoterapia e imunoglobulina e/ou plasmáfereze. A 2ª linha pode incluir rituximab, ciclofosfamida, bortezomib e tocilizumab, e, terapêutica de manutenção para casos refratários.

Relato de caso: adolescente de 15 anos, género feminino, saudável até um mês antes da evacuação de São Tomé e Príncipe. Pródromos de cefaleia, “alucinações auditivas”, discurso incoerente e convulsões tónico-clónicas generalizadas em D4, seguido de febre e desorientação espaço-temporal em D8 (admissão em UCIP e terapêutica com múltiplos antibióticos e aciclovir), e finalmente mutismo, mioclonias/tremor face e membros de D8-D21 (posterior evacuação). Em Portugal: febril, taquicárdica, Glasgow Coma Scale 10 pontos (abertura ocular espontânea, sem discurso, localizava dor), tetraparésia flácida, mioclonias da face e membros e múltiplas úlceras de pressão. Admitiu-se provável encefalite autoimune, com posterior identificação de anticorpos anti-NMDAR no sangue e LCR.

Identificou-se teratoma do ovário bilateral, trombose venosa profunda ilíaco-cava direita, tromboembolismo pulmonar periférico, atrofia difusa e ligeira da substância branca (TC-CE), encefalopatia difusa ligeira-moderada (EEG), QT longo (ECG) e défice de fator VII (13%). Evolução em UCIP: realizou tumorectomia e foi medicada com metilprednisolona, imunoglobulina IV, fármacos anticrise epiléptica e anticoagulação terapêutica. Complicações infecciosas a atrasar o início de rituximab, realizado após a transferência em D6. Atualmente, manutenção com imunoglobulina e desmame da corticoterapia; mantém défice de equilíbrio e cálculo mental.

Discussão: A demora na evacuação e início da terapêutica dirigida foi um desafio neste caso, bem como o risco hemorrágico, trombotico e a disautonomia.

Conclusão: A qualidade e rapidez da recuperação depende do tratamento dirigido (incluindo tumorectomia); neste caso realizaram-se 2 linhas de tratamento e terapêutica de manutenção com boa resposta.

Palavras-chave: encefalite anti-NMDAR; teratoma ovárico; Cuidados Intensivos Pediátricos; trombose venosa profunda; tromboembolismo pulmonar.

PO 22

AValiação DA ESCALA PIM3 NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA: PRIMEIROS RESULTADOS

Rita Aldeia da Silva¹; Daniela Araújo¹;
Vasco Carvalho²; Maria José Oliveira²;
Augusto Ribeiro²

¹Hospital de Braga; ²Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O índice de gravidade Paediatric Index of Mortality 3 (PIM3) é uma ferramenta de predição de mortalidade em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), baseado nos dados da primeira hora de admis-

são e desenvolvido para melhorar a avaliação do risco de mortalidade.

Objetivos: Este estudo visa avaliar a eficácia e impacto da implementação da escala PIM3 durante o ano de 2024 numa UCIP de um Hospital Polivalente Universitário.

Metodologia: Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados dos doentes admitidos na UCIP no primeiro trimestre de 2024, com recolha de dados demográficos, técnicos e de mortalidade. Foram calculadas as pontuações PIM3 na primeira hora (PIM1h) e às 24 horas de admissão (PIM24h). Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Analisaram-se os dados de 84 pacientes, com 4 óbitos registados (tabela 1). A PIM1h apresentou uma correlação positiva com a duração do internamento ($p < 0,001$, $r = 0,347$), assim como a PIM24h ($p < 0,001$, $r = 0,521$). Verificou-se uma redução significativa da PIM1h (3,79%) para a PIM24h (2,06%) ($p = 0,003$; $r = 0,234$).

A PIM1h foi significativamente inferior nos sobreviventes em relação aos óbitos ($p = 0,0014$; $r = 0,267$), não se verificando diferença significativa na PIM24h ($p = 0,292$). A maioria das pontuações PIM1h estão no intervalo de percentagens 0,2 e 14,72. A PIM1h média foi de $2,77 \pm 5,64\%$ nos sobreviventes (mediana: 0,9%), enquanto nos óbitos foi de $24,35 \pm 41,17\%$ (mediana: 4,35%) (tabela 2).

A mortalidade esperada foi de 3,19, resultando numa mortalidade padronizada de 1,254 (IC 95%: 0,34-3,21).

Discussão: A redução significativa da PIM3 nas primeiras 24 horas sugere uma estabilização eficaz. A correlação positiva entre PIM3 e dias de internamento indica gravidade acrescida em internamentos mais longos. A mortalidade observada foi 25,4% superior à esperada, embora sem significado estatístico. O tamanho da amostra, especialmente o nú-

mero reduzido de óbitos, não permite afirmar com segurança que a mortalidade padronizada reflete a realidade da população estudada. **Conclusão:** A escala PIM3 demonstrou ser uma ferramenta promissora para a avaliação da gravidade e predição de mortalidade em UCIP. Estudos com amostras maiores e análises longitudinais são necessários para validar os resultados e fornecer conclusões mais robustas.

PO 23

ATÉ ONDE LEVAR A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Joana Victor Lage; Vanessa Liberato;
Catarina Amorim; Carlos Escobar; Marta Moniz;
Clara Abadesso; Pedro Nunes
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) constitui uma alternativa eficaz na abordagem da insuficiência respiratória, permitindo evitar potenciais complicações associadas à ventilação mecânica convencional.

Relato de caso:

Caso 1: Lactente de 1 mês, admitida por hipoxémia e tiragem global, pesquisa de vírus respiratórios (PVR) negativa. Adaptado a VNI com CPAP 5 cmH₂O, alternando com cânulas de alto fluxo (CAF). Necessidades crescentes de oxigénio (FiO₂ máx. 45%), hipercápnia (pCO₂ capilar máx. 74mmHg) e episódios de dessaturação (SpO₂ min. 80%). Transferido em D3 para a nossa UCI. PVR positivo para Bordetella pertussis, analiticamente com leucocitose 36.000/L e PCR 2,15mg/dL. Medicado com azitromicina e adaptado a VNI (CPAP bifásico de 6/8-9 cmH₂O, FiO₂ 35%). Em D4 episódios de dessaturação (SpO₂ min. 20%) e bradicardia (min 47bpm). Alterada ventilação para VNI-PC (PEEP máx. 8 cmH₂O, PiP máx. 18 cmH₂O, FiO₂ máx. 50%) com melhoria clínica e gasimétrica. Desconectado em D7.

Caso 2: Criança de 4 anos, trissomia 21. Ad-

mitida às 72h de antibioterapia com amoxicilina por pneumonia associada a dificuldade respiratória. Analiticamente sem leucocitose, PCR 2,75mg/dL e PVR negativa. Radiografia torácica com hipotransparência da base esquerda e terço médio direito, iniciada ampicilina. Em D3 agravamento clínico e imagiológico (FiO2 máx. 50%), escalada antibioterapia para ceftriaxone e iniciada corticoterapia. Transportado para a nossa UCI em CAF 25L/min, FiO2 50-85%. PVR positivo para *Mycoplasma pneumoniae*, medicado com azitromicina. Agravamento da hipoxemia, transitariamente com FiO2 a 100% para SpO2 >85% (SAFI 90). Adaptado a VNI, interface facial, modo ST: PEEP 9 cmH2O, PIP 19 cmH2O, VC 8-10mL/kg, FiO2 75% para SpO2>90%. Medicado com broncodilatadores e titulada sedação. Evolução imagiológica com hipotransparência completa pulmão esquerdo e derrame puro de 1 cm. Gasimetrias sempre equilibradas. Melhoria clínica gradual, desconnectado em D9 da VNI.

Discussão: A otimização dos parâmetros ventilatórios com monitorização rigorosa permitiu manter a estabilidade hemodinâmica em VNI. A escolha da interface, modo ventilatório e sedação adequada foram fundamentais.

Conclusão: A decisão de não entubar pode ser segura e eficaz em casos selecionados de insuficiência respiratória. O sucesso da VNI depende do perfil e experiência dos profissionais de cada UCI, destacando-se a otimização precoce da VNI e prestação de cuidados adequados de enfermagem.

Palavras-chave: ventilação não invasiva, ARDS, dificuldade respiratória, hipoxémia, hipercápnia

PO 24

ENDOCARDITE INFECIOSA EM ADOLESCENTE SEM PATOLOGIA CARDÍACA

Ana Isabel Moreira Ribeiro¹; Patrícia Gomes Pereira²; Marta Grilo³; Sofia Granja³; Augusto Ribeiro³

¹Hospital de Braga; ²Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro; ³Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A endocardite infecciosa é uma condição rara em crianças sem patologia cardíaca, sendo os agentes mais frequentes o *Staphylococcus aureus* (SA) e *Streptococcus Viridans*. Apesar da sua baixa frequência, a sua morbimortalidade é significativa pelo que o seu diagnóstico e tratamento atempados são cruciais.

Relato do caso clínico: Adolescente de 15 anos, previamente saudável, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) em D14 de doença por quadro respiratório de agravamento progressivo em contexto de pneumonia multifocal, previamente medicada com azitromicina e amoxicilina, febre persistente, dispneia de novo e toracalgia, com parâmetros inflamatórios elevados. No hospital de origem, a ecografia torácica mostrou derrame pleural à direita e o angio-TAC evidenciou Tromboembolismo Pulmonar. Na UCIP, realizou ecocardiograma que identificou provável vegetação/trombo na face auricular da válvula tricúspide, com regurgitação tricúspide severa e hipertensão pulmonar moderada. À admissão apresentava-se sob ceftriaxone e clindamicina, sendo otimizada a terapêutica com flucloxacilina e hipocoagulação. Isolamento na hemocultura periférica de SA. Manteve-se hemodinamicamente estável, com necessidade de ventilação não invasiva (5 dias) e posteriormente com oxigenoterapia de alto fluxo (4 dias). Em D3 de internamento, por manutenção da febre, agravamento dos parâmetros inflamatórios e constatada resistência do SA à clindamicina, foi escala-

da terapêutica para meropenem, vancomicina. Manteve febre até D9 de internamento, com melhoria progressiva dos parâmetros inflamatórios (PCR máx 23.98 mg/dL). Cumpriu oito semanas de antibioticoterapia, mantendo achados ecocardiográficos, após as quais foi submetida a valvuloplastia cirúrgica da válvula tricúspide, com sucesso. **Conclusão:** Este caso realça a importância de considerar esta entidade que, apesar de rara, pode ocorrer em válvulas anatomicamente saudáveis e em indivíduos sem outros fatores de risco. Apesar da gravidade clínica, o diagnóstico atempado com uma abordagem multidisciplinar foi crucial para evolução clínica favorável.

PO 25

ABORDAGEM DA BRONQUIOLITE AGUDA NOS CUIDADOS INTENSIVOS UTILIZANDO A ECOGRAFIA TORÁCICA

Filipa Curinha; Catarina Teixeira; Adriana Fernandes; Andrea Dias; Leonor Carvalho; Carla Pinto; Teresa Dionísio

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra

Os scores disponíveis para a abordagem da Bronquiolite Aguda (BA) carecem de precisão na identificação do prognóstico. A ecografia torácica apresenta um papel promissor neste âmbito.

Objetivos: Avaliação, por ecografia pulmonar e diafragmática, de doentes internados por BA; analisar a relação destes achados e o Bronchiolitis Score of Sant Joan Déu (BROS-JOD) e os indicadores de gravidade.

Estudo exploratório que incluiu lactentes internados em Cuidados Intensivos Pediátricos por BA, entre novembro/23 e abril/24. Excluídos doentes com cardiopatia congénita, doença pulmonar crónica e neuromuscular. Avaliação ecográfica realizada no 1º, 3º e 5º dias, incluindo: Lung Ultrasound Score (LUS), espessura (ESD), excursão (EXD) e fração de

espessamento diafragmáticas (FED).

Indicadores de gravidade: Apneias, infeção secundária, tempo de internamento, ventilação invasiva (VI) e $FiO_2 \geq 50\%$. Considerou-se escalada de suporte ventilatório a necessidade de VI.

Incluídos 23 lactentes, 65% do sexo masculino, idade mediana de 1 mês. Tempo de internamento mediano de 5 dias, escalada de suporte ventilatório em 17,4%, VI em 26%, $FiO_2 \geq 50\%$ em 43,5%, infeção secundária em 43,5% e ≥ 1 apneia em 17,4%.

Verificou-se diminuição no LUS entre D1-D3, D3-D5 e D1-D5 ($p < 0,05$). Nos doentes sem VI, constatou-se um aumento da FED e da EXC em todos os períodos; a diferença na ESD foi significativa em D1-D5 e D3-D5 (tabela 1). Constatou-se uma correlação positiva entre o LUS e o BROSJOD em D1 ($rs\ 0,6$, $p=0,006$) e D5 ($rs\ 0,6$, $p=0,005$). Em doentes sem VI, os parâmetros diafragmáticos com correlação com o BROSJOD (D1) foram a EXD ($rs\ 0,5$, $p=0,03$) e a ESD ($rs\ 0,6$, $p=0,01$). A FED (D3) correlacionou-se com a FiO_2 máxima ($rs\ -0,6$, $p=0,01$) e com o tempo de internamento ($rs\ -0,8$, $p < 0,001$). A mediana do LUS (D1) foi significativamente superior no grupo com $FiO_2 \geq 50\%$ e a da ESD foi significativamente inferior nos doentes sob VI (tabela 2). Nos doentes sob VI, a FED foi inferior em D3 ($p=0,002$) e D5 ($p=0,007$) e a ESD em D1, D3 e D5 ($p=0,035$, $p=0,004$, $p=0,007$, respetivamente), quando comparados com os sem VI. Apesar da amostra reduzida, evidencia-se que o LUS é um potencial indicador na estratificação da gravidade da BA. Identificaram-se como indicadores de prognóstico promissores a FED em D1 e D3 e o LUS em D1. A ecografia diafragmática poderá permitir, no futuro, otimizar a avaliação do prognóstico e guiar decisões terapêuticas.

PO 26

MORTE CEREBRAL E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS – 10 ANOS NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Joana De Beir¹; Pedro Mourão²; Rita Moinho¹; Alexandra Dinis¹; Leonor Carvalho¹

¹Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O diagnóstico de morte cerebral tem particularidades em Pediatria e é primariamente clínico, podendo, em casos excecionais, ser necessário recorrer a exames complementares como a angioTC ou a cintigrafia. Os seus critérios em Portugal têm estatuto legal mantendo-se ainda em vigor as definições originalmente publicadas pela Ordem dos Médicos. É um diagnóstico decisivo para a possibilidade de doação de órgãos e para evitar a futilidade terapêutica.

Objetivos: Analisar os óbitos pediátricos por morte cerebral e a doação de órgãos e tecidos nos últimos 10 anos.

Metodologia: Estudo observacional e descritivo dos doentes com o diagnóstico de morte cerebral num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos de 2014 a 2023. Excluíram-se recém-nascidos e ex-prematuros com idade pós-menstrual <40 semanas. Foram colhidos dados clínicos e demográficos por consulta do processo dos doentes.

Resultados: Em 10 anos verificaram-se 129 óbitos pediátricos, dos quais 27 (59%) rapazes; idade mediana 7,1 anos, AIQ 8,7) com a suspeita de morte cerebral, 2 deles lactentes. As principais etiologias da lesão neurológica foram: trauma (politrauma ou TCE isolado) (n=12) e encefalopatia hipóxico-isquémica (n=10, 5 pós-paragem cardiorrespiratória). Todos realizaram exame imagiológico do SNC que demonstrou lesão cerebral catastrófica. Destes, 19 completaram o processo de verificação de morte cerebral (70,3%), 3 faleceram por paragem cardíaca e em 5 foram

suspensos cuidados (falência multiorgânica, choque séptico, doença oncológica, doença crónica complexa). O tempo mediano desde a admissão até ao diagnóstico de morte cerebral foi de 2 dias. Nenhum doente realizou angiografia cerebral ou cintigrafia de perfusão, 13 realizaram doppler transcraneano e 6 realizaram EEG. Foram assim identificados 19 potenciais dadores, dos quais 12 (63%), deram origem a 45 transplantes (24 rins, 11 fígados, 4 pulmões, 3 pâncreas, 3 corações) e tecidos (córneas, válvulas cardíacas, vasos, ossos e tendões). A maioria das doações (58%) ocorreu nos últimos 3 anos (2021-23), período com 10 diagnósticos de morte cerebral (53%).

Conclusão: A morte cerebral e a doação de órgãos em idade pediátrica são áreas de grande complexidade médica e ética, mas de reconhecida importância social e médica. A identificação de potenciais dadores e a otimização do seu cuidado são cruciais para evitar a potencial perda de órgãos.

PO 27

INTERVENÇÃO PRECOCE EM ARRITMIAS POTENCIALMENTE FATAIS NA ADOLESCÊNCIA

Filipa Curinha¹; Joana Andrade¹; Patrícia Vaz Silva¹; Andreia Palma¹; Paula Neto²; Leonor Carvalho¹; António Pires¹; Teresa Dionísio¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Instituto Nacional de Emergência Médica

A síncope pode ser desencadeada por estímulos vasovagais, eventos arritmicos, fatores neurológicos ou metabólicos. Arritmias potencialmente graves, como as resultantes da Síndrome de Brugada, podem surgir na adolescência, podendo o evento inicial ser fatal. Adolescente de 14 anos, com história de cefaleia recorrente e visão turva. Avô faleceu subitamente aos 42 anos. Episódio súbito inaugural de mal estar geral, desorientação e respiração agónica, com evolução para perda

de conhecimento e paragem cardiorrespiratória. Transportado para a USF mais próxima sobcompressões torácicas realizadas por um familiar. Na USF, colocado DAE, que deu indicação para administrar choque (figura 1). Recuperação subsequente da circulação e respiração espontânea. À chegada da VMER, por escala de coma de Glasgow de 4 (EC Glasgow), foi entubado. Transportado para o SU (hospital de nível III), mantendo-se hemodinamicamente estável. Na ecocardiografia transtorácica excluída cardiopatia estrutural, com ligeira disfunção sistólica biventricular. ECG com ritmo sinusal em bigeminismo, sem alterações isquémicas. TC-CE em D1 sugestiva de malformação arteriovenosa (MAV) temporal (figura 2A), confirmada por RM-CE em D7 (2B). À admissão no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, administrado sulfato de magnésio com resolução da extrassístolia ventricular. Necessidade de suporte cardiovascular em D1-D2, extubado em D3, tendo ficado em ventilação espontânea, sem défices neurológicos e EC Glasgow de 15. Valores máximos de lactato 6,9mmol/L (D0), troponina 961ng/L (D1) e NT-proBNP 482pg/mL (D2). Avaliações subsequentes com normalização da função ventricular. Holter (D7) normal, teste de Ajmalina (D8) negativo e RM cardíaca (D7) sem áreas de realce tardio e função biventricular normal. Implantação de CDI subcutâneo (D9) sem intercorrências. Alta com agendamento de consulta de Arritmologia e Neurocirurgia. Observação a posteriori do traçado do DAE a revelar fibrilhação ventricular. Avaliação genética com identificação da variante c.4015G>A p.(Val1339Ile) no gene SCN5A, associada a Síndrome de Brugada. O colapso súbito presenciado, um ritmo desfibrilhável e a história familiar de morte súbita tornam a hipótese de arritmia maligna mais provável como causa da síncope. A identificação genética de Síndrome de Brugada veio corroborar esta hipótese, apesar do teste

de Ajmalina negativo. A implantação de CDI como prevenção secundária é mandatória perante a suspeita de arritmia maligna.

PO 28

PADRÃO MICROBIOLÓGICO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NUMA UCIP NÍVEL III

Filipa João Gonçalves; Cristina Camilo; Leonor Boto
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, ULSSM

Introdução: As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema contínuo em cuidados intensivos que, apesar de medidas de prevenção constantes, continuam a ter uma prevalência elevada e contribuem para uma maior morbimortalidade.

Objetivo: Estudar o padrão microbiológico da unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de nível III de um hospital universitário, de forma a caracterizar o tipo de IACS, o seu impacto clínico e o perfil de resistências aos antibióticos.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, com consulta do processo clínico dos doentes com internamento > 48h, de 1 de janeiro 2022 a 31 de dezembro de 2023. Definição de IACS adquiridas na UCIP: episódio de infeção diagnosticado > 48h após admissão. Cálculo das taxas de infeção associadas a dispositivos efetuado de acordo com os critérios HELICS-UCI. Análise de inferência com recurso a SPSS®, utilização dos testes do Chi-quadrado e Wilcoxon-Mann-Whitney de acordo com o tipo de variável.

Resultados: No período do estudo houve 739 admissões, sendo 390 elegíveis; a incidência global de IACS foi de 21%. Ocorreram 82 IACS em 60 crianças, correspondendo a: 82% infeções respiratórias (PAV 19,9/1000 dias de ventilação), 11% infeções urinárias (3,9/1000 dias de cateter vesical) e 5% bacteremias

(2,3/1000 dias de CVC); houve uma infeção por *Clostridium difficile* e uma infeção do local cirúrgico. Oitenta por cento das infeções eram bacterianas, 14% fúngicas e 6% mistas. Foram isoladas 86 bactérias: 21% bactérias Gram+ e 79% Gram-. Não foram identificadas bactérias Gram+ resistentes à vancomicina; 4/9 isolamentos de *S. aureus* eram MRSA. Relativamente aos Gram-, 19,4% (7/36) das Enterobacteriáceas eram produtoras de beta-lactamases de espectro alargado (nenhuma de carbapenemases) e apenas 1/13 *P. aeruginosa* era multirresistente; resistência a carbapenemes em 1/6 isolamentos de *Acinetobacter*.

Não se encontrou associação entre ocorrência de IACS e doença crónica. Os doentes com IACS tiveram duração de internamento, de ventilação invasiva e taxa de mortalidade significativamente superiores.

Conclusão: Encontrou-se uma taxa de infeções respiratórias elevada, que requer rápida avaliação e intervenção. Os isolamentos realizados neste período mostraram elevada proporção de resistência à metilicina no *S. aureus*, embora as resistências à vancomicina e a presença de bactérias produtoras de carbapenemases sejam inferiores, comparando com outros estudos publicados em Portugal e na Europa.

CO 01E

INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA MINIMIZAR A DOR DURANTE PROCEDIMENTOS INVASIVOS, EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS/NEONATAIS: SCOPING REVIEW

Tiago Oliveira¹; Graça Aparício²

¹ULS Coimbra - Hospital Pediátrico; ²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Resumo: A dor nas crianças apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento, nomeadamente durante procedimentos invasivos em internamentos de Cuidados Intensivos. Apesar de um grande avanço no conhecimento da dor durante os diferentes estádios do desenvolvimento e uma consequente melhoria no tratamento individual nas diversas faixas etárias pediátricas, muitas crianças ainda veem a sua dor sub-tratada ou tratada de modo insuficiente no contexto clínico atual (OE 2013).

Objetivo: Mapear as estratégias e intervenções não-farmacológicas e a sua eficácia em procedimentos invasivos/dolorosas em unidade de cuidados intensivos pediátricos/Neonatais.

Metodologia: Para concretização do tema central, foi realizada uma scoping review, com base no protocolo do Instituto Joanna Briggs®, através de pesquisa nas bases de dados: PubMed, CINAHL Complete e B-On em junho de 2023, de artigos publicados nos últimos 5 anos (2018 a junho de 2023), disponibilizados em texto integral e nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. Dos 1050 estudos iniciais, foram incluídos 6 que cumpriam os critérios pré-definidos.

Resultados: Na investigação realizada, a

amostra final incluiu 6 estudos que analisaram a implementação de intervenções não farmacológicas (INF) em Recém-nascidos internados em UCIN, aplicadas de forma independente ou em conjunto com outras INF, cujos resultados atestam redução dos scores de dor e redução do tempo de recuperação em procedimentos como picada do calcanhar, entubação orogástrica, colheita de sangue e aspiração de secreções. Quando aplicadas duas ou mais intervenções em simultâneo, os resultados evidenciam valores superiores de eficácia.

Conclusão: No controlo da dor durante procedimentos, verificou-se que o uso de várias estratégias não farmacológicas, têm efeito sinérgico na diminuição dos scores de dor e na redução do tempo de recuperação. Em contexto de UCIP/UCIN é indispensável incentivar e promover a diversificação das técnicas não-farmacológicas.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Recém-Nascido; Dor Aguda; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Intervenções Não-Farmacológicas.

CO 02E

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO EM CONTEXTO INTENSIVO PEDIÁTRICO: TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS À MÃE

Marlene Vilaça

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução/ Objetivos: Quando uma criança é admitida em Cuidados Intensivos Pediátricos, é muito comum a instituição de pausa alimentar ou alteração do processo de alimentação, que passa a decorrer por intermédio de sonda gástrica.

Uma vez que produção de leite materno (LM)

pode ser comprometida em poucos dias pela ausência de esvaziamento das mamas, surge a necessidade de estabelecer, enquanto assim a criança se mantiver, um padrão de extração em exclusivo (EE); isto, considerando que a mãe deseja manter a amamentação, após a resolução do episódio crítico de doença do filho.

A EE de LM é um conceito relativamente novo na literatura. Neste sentido, as informações disponíveis sobre o tema não têm o mesmo alcance que o nível de formação dos profissionais de saúde em amamentação direta. Surge assim a pertinência de sistematizar as orientações básicas para apoiar estas mães, fomentando assim a manutenção da oferta de LM à criança e a continuidade da amamentação direta após o período de internamento.

Método: Revisão narrativa da literatura.

Resultados: Sugerimos que as terapêuticas de Enfermagem no que concernem à EE se categorizem em três áreas: equipamento de extração; rotina de extração; e mindset.

A seleção de equipamento de extração adequado requer especificações tanto da bomba extratora a utilizar, como dos componentes, quer necessários quer opcionais, desta. Por sua vez, a definição de uma rotina de extração deve ser congruente com os objetivos da mãe, idade da criança e eventual necessidade de potenciar ou não a quantidade de leite extraída. Deste modo, surgem intervenções como a implementação da técnica de power-pumping, a estimulação de reflexos de ejeção múltiplos e a manutenção da extração noturna, como potenciadores do processo.

Por último, as terapêuticas ao nível do *mindset* promovem o estado emocional necessário à manutenção do foco nesta fase de EE. Estabelecer algumas questões orientadoras, que permitem à mãe percecionar a sua motivação, pode parecer uma intervenção simples, mas que perante o evento crítico, é facilitador da sua regulação emocional.

Discussão/Conclusão: Os benefícios do LM são incontestáveis.

É possível apoiar uma mãe que amamente e cujo filho se encontre em estado grave de doença, no sentido de preservar a amamentação, enquanto não é possível que esta se concretize diretamente.

Cabe ao Enfermeiro conceber cuidados no sentido de orientar a EE.

A formação das equipas de Cuidados Intensivos Pediátricos neste âmbito é fundamental para que se potencie a continuidade da amamentação após o internamento.

Palavras-chave: exclusive pumping; cuidados intensivos; pediatria; enfermagem

CO 03E

ADAPTAÇÃO SOCIAIS DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-CASA

Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes;

Thais Teixeira Maia

UFRJ- BRASIL

Introdução: As adaptações sociais nas quais a criança em tratamento oncológico enfrentam são decorrentes da baixa imunidade, uso de cateter venoso, alterações na rotina com necessidade de afastamento da família, amigos e convívio escolar, internação por vezes em centros de tratamento intensivo, influenciando diretamente na transição hospital-casa. **Objetivo:** analisar as condições facilitadoras e inibidoras na adaptação social de crianças em tratamento oncológico na transição hospital-casa.

Método: qualitativo, descritivo. Participantes foram 20 familiares de crianças em tratamento onco-hematológico, atendidos em um hospital público pediátrico no Rio de Janeiro- Brasil que responderam a uma entrevista semiestruturada. Material sofreu análise lexical pelo software Iramuteq® e leitura dos dados sob a lente do referencial teórico de Afaf Meleis. Investigação aprovado em

Comitês de Ética em Pesquisa Brasileiro. **Resultados:** Análise lexical gerou 7 classes. Serão apresentadas somente as classes 1, 4 e 5 que correspondem a 16,0 %, e 12,0 % e 11,8% dos léxicos respectivamente, e ao bloco temático: Mudanças sociais no processo de transição hospital-casa de crianças em tratamento oncológico. Esse tema concentra as condições facilitadoras como: a fé, a religiosidade, o apoio e ajuda de familiares no cuidar em casa e nos cenários hospitalares de enfermaria, centro de tratamento intensivo e apoio escolar. O status socioeconômico, preconceito, isolamento social, sentimentos de medo, paralisação, foram condições inibidoras da transição

Conclusão: A transição hospital-casa de crianças com câncer é um período permeado por medo e incertezas, influenciado por condições facilitadoras e inibidoras, tendo o enfermeiro estar atento as alterações sociais nas quais a criança e sua família estão submetidas para que possa ser o profissional facilitador do processo de transição visando transicionarem em direção à saúde.

CO 04E

ISBAR: SEGURANÇA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA AOS CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Miquelina Freitas

Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: Em 2017 a DGS emitiu uma norma denominada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que define transição de cuidados como “qualquer momento da prestação em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores que têm como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS 2017, p.4). A comunicação entre profissionais de saúde exige conhecimento, competência e empatia, trata-se da transmissão de informação que se caracteri-

za por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor” (DGS, 2017, p.4) e para tal deve ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (DGS, 2017, p.1). A dificuldade na transferência de informação é mais frequente em situações de saúde complexas, ter uma abordagem sistematizada como o ISBAR, potencia a eficácia da transição de cuidados e diminui incidentes (Pakcheshn (2020), O’Neill *et al.* (2023).

Objetivo: Compreender a importância da implementação do Modelo ISBAR para uma comunicação efetiva na transição dos cuidados, entre a urgência pediátrica e os cuidados intensivos pediátricos.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed e CINAHL, entre 2019-2024.

Discussão de resultados: De acordo com Routly *et al* (2023) a maioria dos enfermeiros dos cuidados intensivos concordaram que a técnica ISBAR fornece todas as informações necessárias para cuidar com segurança dos utentes gravemente doentes transferidos da urgência pediátrica, com diminuição dos eventos adversos. Também Fahajan (2023) mostrou uma diferença positiva e significativa na percepção de comunicação entre enfermeiros antes e depois do método ISBAR. Haddeland *et al* (2022) identificaram que o uso desta ferramenta pode proporcionar aos profissionais uma sensação de previsibilidade e segurança. Kaltoft *et al* (2022) concluíram que o conteúdo oral foi mais estruturado, as transferências foram mais concentradas, sem perturbações. Segundo Castro *et al* (2022) a maioria dos enfermeiros concorda que este método melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo fundamental na segurança do utente. Para O’Neill *et al* (2023) uma abordagem estruturada e abrangente aquando do processo de transferência foi percebido como vantajoso pelos enfermeiros.

Conclusão: Os enfermeiros reconhecem que uma boa comunicação é essencial para o atendimento seguro e para a qualidade dos cuidados de saúde. O do método ISBAR garante que todas as informações vitais são comunicadas aquando da transferência, principalmente em situações de maior complexidade, como a transferência do serviço de urgência para os cuidados intensivos.

Palavras-chave: Método ISBAR, transição de cuidados, comunicação, segurança

CO 05E

ESTUDO SOBRE CETOACIDOSE DIABÉTICA EM CRIANÇAS E A SUA RELAÇÃO COM COVID-19: IMPACTO NO INTERNAMENTO EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO

Carina Góis, Nubélia Gomes, Laura Costa
Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, Hospital Dr. Nélito Mendonça, SESARAM.

A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é a doença crónica mais prevalente em pediatria, e a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. Esta condição resulta da produção inadequada de insulina, sendo o diagnóstico precoce essencial para prevenir a cetoacidose diabética (CAD) (Espinola *et al.* 2024). A CAD é caracterizada por hiperglicemia, cetonemia e acidose metabólica, podendo levar a complicações graves como desidratação e insuficiência renal, se não tratada adequadamente. A infeção por COVID-19 exacerba a situação, pois contribui para a imunossupressão e pode afetar diretamente a função pancreática, resultando em hiperglicemias e desregulação das células beta (Charlotte Loh *et al.* 2021; Zhaoyuan Wu *et al.* 2024). Durante a pandemia, a incidência de CAD variou, com taxas reportadas de 15% na Europa e até 70% na América do Norte, sendo que houve um aumento significativo nos internamentos por CAD em unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Este estudo descritivo transversal investigou a relação entre COVID-19 e o aumento da incidência de CAD em crianças, bem como o tempo de internamento associado. A pesquisa foi realizada em bases de dados científicas, utilizando termos MeSH relevantes. Os resultados mostraram que as crianças diagnosticadas com DM1 e CAD durante a pandemia apresentaram casos mais graves, exigindo internamento frequente em UCIP. O aumento no tempo de hospitalização foi atribuído à gravidade dos casos e ao atraso no diagnóstico, que muitas vezes era confundido com outras condições. Fatores psicossociais, como isolamento social e mudanças nos hábitos alimentares, contribuíram para a deterioração da saúde metabólica das crianças. O acesso limitado a cuidados de saúde e a hesitação em procurar atendimento médico durante a pandemia foram outros desafios que exacerbaram a situação. Estratégias como a utilização de telemedicina e linhas telefónicas de apoio foram implementadas para melhorar o acesso a cuidados e fornecer orientações sobre o tratamento. Este estudo enfatiza a necessidade de monitorização contínua e de intervenções antecipadas para gerir CAD em crianças, destacando a importância da literacia em saúde e da educação da comunidade. A integração de práticas clínicas e o apoio remoto são cruciais para o manejo eficaz da DM1 e para minimizar complicações graves, garantindo um atendimento mais seguro e eficaz durante futuras crises de saúde.

Palavras chaves: Child; COVID-19; Diabetic Ketoacidosis; Intensive Care Units, Pediatric; Criança; COVID-19; Cetoacidose diabética; Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos;

INSCRIÇÕES | WWW.ADMÉDIC.PT



CONGRESSO

ORGANIZAÇÃO



PATROCINADORES



SECRETARIADO



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

sofia.gomes@admedic.pt