

# XXIV

## CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

# PEDIÁTRICA



VIP EXECUTIVE ARTS HOTEL  
LISBOA

10 E 11 NOVEMBRO  
2022

Reunião Médica e de Enfermagem  
Cursos pré-Congresso

## PROGRAMA CIENTÍFICO



ACEDER AO PROGRAMA  
COM RESUMOS

## ÁREA MÉDICA

# XXIV



## CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

ÁREA MÉDICA

10 E 11 DE NOVEMBRO DE 2022

### CURSOS PRÉ-CONGRESSO | 10 DE NOVEMBRO

#### CURSO TRAUMA PEDIÁTRICO

SALA DE CONFERÊNCIAS DO AUDITÓRIO DRA. LÍDIA GAMA, HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

FORMADORES: Anaxore Casimiro, Isabel Rodrigues, José Lopes, Marisa Vieira, Marta Oliveira, Pedro Nunes, Rita Moinho e Sofia Almeida

08:45-09:00h Abertura do secretariado e entrega de documentação

09:00-09:15h **Boas-vindas. Introdução ao curso**

09:15-10:00h **Abordagem Inicial – Avaliação primária e secundária.  
Particularidades na criança pequena**

10:00-10:30h **Choque no Trauma – Abordagem e tratamento**

10:30-11:00h Pausa para café

11:00-11:30h **Traumatismo cranioencefálico**

11:30-12:00h **Trauma Torácico**

12:00-12:30h **Trauma Abdominal**

12:30-13:00h **Grande queimado**

13:00-14:00h Almoço

14:00-18:00h **Bancas Práticas** (4 grupos a rodar pelas 4 bancas 1h cada)

- Avaliação primária e secundária
- Via aérea/Via aérea difícil
- Estabilização da coluna cervical/Imobilização
- Acesso vascular/Toracocentese

18:00-18:30h **Avaliação e encerramento do curso**

## CURSO ECOGRAFIA NA URGÊNCIA - Papel na avaliação do doente crítico

SERVIÇO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA – CHULN

FORMADORES: Carlos Escobar, Cristina Camilo, Inês Salva, Leonor Boto, Luísa Lobo, Mónica Rebelo e Teresa Dionísio

08:15-08:30h Abertura do secretariado e entrega de documentação

08:30-08:40h **Boas-vindas. Introdução ao curso**

08:40-10:00h **O que um Pediatra quer saber ver – Parte I**

08:40-09:20h

### **Coração**

- Princípios básicos do ecocardiograma
- Morfologia e função cardíaca, identificação de derrame pericárdico, avaliação da volémia

09:20-10:00h

### **Pulmão**

- Princípios básicos da ecografia torácica
- Morfologia pulmonar, identificação de pneumotórax, consolidação pulmonar, atelectasia; identificação e caracterização do derrame pleural, avaliação do diafragma

10:00-10:20h Pausa para café

10:20-11:30h **O que um Pediatra quer saber ver – Parte II**

10:20-11:00h

### **Abdómen**

- Princípios básicos da ecografia abdominal
- Morfologia e avaliação de organomegalias, presença de líquido livre, identificação de ansas intestinais espessadas/distendidas, avaliação do conteúdo vesical

11:00-11:30h

### **Acessos vasculares centrais**

- Vasos: Localização, tamanho e permeabilidade
- Colocação de cateter ecoguiado

11:30-12:30h

### **Demonstração prática do ecógrafo** (4-5 grupos x 4-5 formandos/grupo)

12:30-13:30h

### **Almoço**

13:30-18:50h

### **Treino prático *Hands on*** (4 grupos x 4-5 formandos/grupo)

- Treino em modelo humano: ecocardiograma, ecografia torácica e abdominal, Eco-Doppler dos vasos do pescoço
- Interpretação de imagens ecográficas

16:00-16:20h

### **Pausa para café**

18:50-19:00h

### **Encerramento curso**

**REUNIÃO MÉDICA | 11 DE NOVEMBRO**

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:20h **Sessão de Boas-Vindas**  
Cristina Camilo  
Novo Congresso SCIP  
Perspetivas atuais e futuras

09:20-10:40h **MESA-REDONDA**  
Moderadoras: Marisa Vieira e Edite Costa

09:20-09:40h Novos marcadores preditores de lesão renal aguda  
Ana Zagalo

09:40-10:00h Hemodiafiltração no RN e pequeno lactente  
Carla Fernandes

10:00-10:20h Transplantação renal – O papel do Intensivista  
Tânia Martins

10:20-10:40h Discussão

10:40-11:10h **MEET THE EXPERT**  
***Cardiogenic shock – Different etiologies, same approach?***  
Moderador: Rui Anjos  
Aparna Hoskote

---

11:10-11:40h Coffee-break

**DISCUSSÃO DE POSTERS****Monitor 1**

Moderador: Bruno Sanches

PO 01 Patologia cirúrgica neonatal: 16 anos numa unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e Pediátrica

PO 02 Síndrome hiperosmolar hiperglicémico – A propósito de um caso clínico

PO 03 Num piscar de olhos: Afogamentos – Experiência de 13 anos num hospital de nível II

PO 04 Acidente por submersão – Casuística do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, unidade de Faro

PO 05 Pequeno lactente com recusa alimentar e taquipneia

PO 06 Quando a sépsis se sobrepõe à cardiopatia congénita: Caminhando no fio da navalha

## Monitor 2

Moderadora: Cristina Camilo

PO 07 Choque obstrutivo como apresentação de uma massa abdominal

PO 08 Cerebelite aguda fulminante com hipertensão intracraniana secundária

PO 09 *How long?* Estado epilético inaugural super-refrectário

PO 10 Síndrome da doença não tiroideia no doente grave num serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

PO 11 Secção dos vasos femorais e protocolos transfusionais – A propósito de um caso clínico

PO 12 Torção do mesentério: Uma causa rara de abdómen agudo

---

11:20-11:40h

### DISCUSSÃO DE POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA

Moderadora: Marta Oliveira

PS 01 Um caso raro de doença de Moyamoya num lactente de 6 meses

PS 02 Isquemia arterial periférica na UCIP – Desafio terapêutico

PS 03 Manutenção da alteração estado consciência após suspensão da sedação em meningoencefalite

PS 04 MIS-C *versus* síndrome de choque tóxico – A variação do preenchimento da veia cava poderá ajudar?

11:40-12:30h

### PROS & CONS

#### Estudos de colonização em Cuidados Intensivos

Moderador: Anaxore Casimiro

11:40-12:00h

*Pro*

Ema Leal

12:00-12:15h

*Con*

Tiago Marques

12:15-12:30h

Discussão

12:30-13:00h

### SIMPÓSIO I

**Medtronic**

*Tiny patients, small solutions, big results: Carpediem system*

Moderadora: Paula Fernandes

Lisa La Guidara e Silvia Manfredini

---

13:00-14:00h

Almoço livre

---

- 14:00-15:30h **MESA-REDONDA**  
Moderadores: Leonor Carvalho e Pedro Nunes
- 14:10-14:30h **Mal convulsivo super refratário**  
Vera Brites
- 14:30-14:50h **Neuroproteção – O papel da temperatura**  
Bruno Maia
- 14:50-15:10h **TCE grave – Desafios clínicos e éticos**  
Francisco Abecasis
- 15:10-15:30h **Discussão**
- 15:30-16:30h **COMUNICAÇÕES LIVRES**  
Moderadores: Marta Moniz e Henrique Leitão
- C0 01 Diagnóstico de patologia pulmonar – Acuidade da ecografiapulmonar, telerradiografia e TC torácica
- C0 02 Encefalites auto-imunes em idade pediátrica – Revisão casuística
- C0 03 Estado de mal epilético em idade pediátrica – Caracterização, terapêutica e sequelas a longo-prazo
- C0 04 Morte cerebral e dadores de órgãos e tecidos – Será que perdemos dadores? Estudo retrospectivo 10 anos
- C0 05 Transplante hepático num serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos
- C0 06 Abordagem ao transplantado renal numa unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
- 
- 16:30-16:50h **Coffee-break**
- DISCUSSÃO DE POSTERS**
- Monitor 1**  
Moderadora: Cláudia Calado
- PO 13 Estado de mal convulsivo e meningite a *streptococcus agalactiae* no doente complexo: Um caso clínico
- PO 14 Amigdalectomia em doente drepanocítico: Uma cascata de complicações
- PO 15 Encefalite autoimune seronegativa – Desafios na unidade de Cuidados Intensivos
- PO 16 Síndrome de embolia gorda com ARDS após trauma

## Monitor 2

Moderadora: Andrea Dias

PO 17 Tumores do sistema nervoso central – Casuística de 10 anos numa unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

PO 18 Abordagem do síndrome hemolítico urémico em Cuidados Intensivos Pediátricos

PO 19 NIV-NAVA numa unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

PO 20 Craniofaringiomas: Experiência de 13 anos numa unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

16:50-17:20h

### SIMPÓSIO II

#### *Hemoperfusion role in acute patients*

Moderador: Francisco Abecasis

Gabriella Bottari



17:20-18:00h

### HOT TOPICS

Moderador: João Estrada

17:20-17:35h

Novas hepatites

Cristina Gonçalves

17:35-17:50h

Falência hepática aguda

Carla Pinto

17:50-18:00h

Discussão

18:00-18:15h

### Encerramento do Congresso

Cristina Camilo

Prémio para a Melhor Comunicação e Melhor Poster

18:15-19:30h

### Assembleia Geral SCIP



# XXIV



## CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

### COMUNICAÇÕES ORAIS

#### CO 01

#### DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA PULMONAR – ACUIDADE DA ECOGRAFIAPULMONAR, TELERRADIOGRAFIA E TC TORÁCICA

Catarina Serrasqueiro Teixeira<sup>1</sup>; Raquel Gonçalves<sup>1</sup>;  
Carla Pinto<sup>1</sup>; Leonor Carvalho<sup>1</sup>; Teresa Dionísio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE /  
Hospital Pediátrico de Coimbra

**Introdução:** A avaliação da patologia pulmonar no doente crítico pediátrico por ecografia pulmonar (ecoP) tem vindo a assumir um papel relevante.

**Objetivos:** Comparar a sensibilidade entre a telerradiografia torácica (RxT) e a ecoP com a TC torácica (TcT) na deteção de doenças pleuroparenquimatosas pulmonares e avaliar alterações na abordagem terapêutica após realização de ecoP.

**Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, incluídos os doentes admitidos num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIPE) num período de 11A que realizaram RxT, ecoP e TcT. Critérios de exclusão: >12h entre a realização dos exames, recém-nascidos, malformações torácicas e massas mediastínicas.

Considerou-se a TcT como teste imagiológico de referência para comparação entre métodos. Definidos quatro padrões imagiológicos: consolidação alveolar (CA), síndrome intersticial (SI), pneumotórax (PT) e derrame

pleural (DP). Avaliaram-se as imagens em cada hemitórax, a RxT foi discutida em equipa e o médico desconhecia o resultado da TcT aquando da ecoP.

**Resultados:** Incluídos 59 doentes, mediana de idade de 12A, 63% sexo masculino. Os principais motivos de admissão na CIPE foram trauma (46%) e insuficiência respiratória aguda (20%).

Identificaram-se 141 padrões na TcT: 74 CA, 35 DP, 18 SI e 14PT. A mediana de tempo entre a TcT e ecoP foi 11h e RxT 6h.

Quando comparada a RxT com a TcT, a sensibilidade e especificidade foram, respetivamente, na CA 39% (IC95%:28-51) e 97% (IC95%:88-99); no DP 31% (IC95%:17-49) e 100% (IC95%:97-100); no SI 39% (IC95%:17-64) e 100% (IC95%:97-100) e no PT 50% (IC95%:23-77) e 100% (IC95%: 97-100).

Relativamente à comparação da ecoP com a TcT, a sensibilidade e especificidade foram, respetivamente, na CA 61% (IC95%: 49-72) e 98,5% (IC95%:92-99); no DP 71% (IC95%:54-85) e 100% (IC95%:97-100); no SI 94% (IC95%:73-99) e 89% (IC95%: 83-94) e no PT 50% (IC95%:23-77) e 97% (IC95%:94-99).

Em 14% (n=8), as alterações da ecoP levaram a modificação da estratégia terapêutica (com colocação de dreno torácico (n=3) e

ajuste de diuréticos (n=2) mais frequentes no grupo admitido por patologia respiratória (7Vs.1; p=0,002) e nos doentes com DP (n=4; p=0,4).

**Discussão:** Em todas as entidades, a ecoP apresentou uma sensibilidade superior à RxT. A ecoP apresentou uma elevada sensibilidade no SI e no DP, estando de acordo com a literatura. A menor sensibilidade no PT é semelhante a outros resultados, podendo estar relacionada com a menor dimensão e localização do PT.

## CO 02

### ENCEFALITES AUTO-IMUNES EM IDADE PEDIÁTRICA – REVISÃO CASUÍSTICA

Ines Patrício Rodrigues<sup>1</sup>; Rosário Stilwell<sup>2</sup>; Anaxore Casimiro<sup>2</sup>; Gabriela Pereira<sup>2</sup>; Teresa Paíno<sup>2</sup>; Rita Silva<sup>2</sup>; João Estrada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** As encefalites auto-imunes (EAI) são patologias imunomediadas com atingimento do sistema nervoso central. A presença de anticorpos anti-neuronais é um dos critérios de diagnóstico, embora nem sempre seja possível a sua deteção. A apresentação clínica é heterogénea, caracterizando-se por sintomas psiquiátricos, aos quais se segue uma rápida deterioração neurológica.

O presente estudo tem por objetivo caracterizar os casos de EAI admitidos no Serviço de Pediatria de um hospital de nível III, particularizando os casos com necessidade de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo dos internamentos por EAI de junho/2012 a junho/2022 (dez anos). Revisão da epidemiologia, apresentação, abordagem e evolução.

**Resultados:** Identificaram-se 15 casos de EAI, a maioria do sexo feminino (n=12), com uma idade mediana à admissão de 12,4 anos. Fo-

ram identificados anticorpos anti-receptor-N-metil-D-aspartato (NMDAR) em 14 doentes. Os sintomas mais frequentes à admissão foram: perturbações do movimento (n=13), nomeadamente distonia ou discinésias; perturbações do comportamento (n=11), perturbações da linguagem (n=10) e/ou convulsões (n=10).

Foram identificados triggers infecciosos em oito doentes, nomeadamente: encefalite herpética (n=4), infeção recente por Streptococcus do grupo A (n=3), infeção por Mycoplasma pneumoniae (n=1) e infeção por SARS-CoV2 (n=1).

O tempo mediano desde o início dos sintomas ao diagnóstico foi 19,5 dias. Oito doentes necessitaram de admissão em UCIP, maioritariamente por sintomas disautónómicos (n=3) ou crises epilépticas de difícil controlo (n=3). Três necessitaram de ventilação mecânica invasiva. O tempo mediano de internamento na UCIP foi 28,5 dias.

Todos os doentes cumpriram terapêutica imunossupressora de primeira linha com corticoesteróides e Ig endovenosa. Seis doentes foram submetidos a plasmáfereze e 11 necessitaram de terapêutica de segunda linha com rituximab.

Dois doentes apresentavam teratoma do ovário concomitantemente ao diagnóstico. Verificou-se um óbito, por carcinoma medular do rim, seis anos após o diagnóstico de EAI anti-NMDAR. Não se registaram óbitos em fase aguda.

**Conclusões:** As EAI destacam-se pela sua gravidade, devendo este diagnóstico ser considerado em crianças e adolescentes que apresentem sintomas psiquiátricos, doença de movimento e epilepsia de novo. Uma abordagem alicerçada numa elevada suspeição clínica é fundamental para uma intervenção atempada.

## CO 03

### ESTADO DE MAL EPILÉTICO EM IDADE PEDIÁTRICA – CARACTERIZAÇÃO, TERAPÊUTICA E SEQUELAS A LONGO-PRAZO

Catarina Marques Duarte<sup>1</sup>; Marta Ribeiro<sup>1</sup>; Marta Martins<sup>2</sup>; Eugénia Matos<sup>1</sup>; Erica Torres<sup>1</sup>; Sofia Almeida<sup>1</sup>; Leonor Boto<sup>1</sup>; Cristina Camilo<sup>1</sup>; Francisco Abecasis<sup>1</sup>; Marisa Vieira<sup>1</sup>; Sofia Quintas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** Estado de Mal Convulsivo (EMC) é uma emergência neurológica potencialmente grave, com risco de sequelas motoras, neurocognitivas e morte. Pretende-se caracterizar o EMC em idade pediátrica, intervenção terapêutica e suas consequências a longo prazo.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com consulta dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de EMC, internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, de janeiro/2009 a dezembro/2018. Para definição das complicações a longo prazo, foram consultados os registos de seguimento dos doentes até agosto/2022.

**Resultados:** No período de dez anos, ocorreram 83 internamentos por EMC, correspondentes a 70 crianças, 31 com doença crónica (DC) - neurológica, metabólica ou hemato-oncológica. Convulsão tónico-clónica generalizada foi a forma de apresentação em 59% dos casos. A etiologia infecciosa foi identificada em 48%. A terapêutica de 1ª linha foi benzodiazepina em 88%, de 2ª linha fenitoína em 51% e como 3ª linha variou entre fenobarbital (32%), fenitoína (22%) e perfusão de midazolam (13%). Desde o início do EMC, 17% realizaram 2 antiepiléticos, 48% necessitaram de 3 antiepiléticos e em 33% 4 ou mais. No EMC refratário (34) e super-refratário (14), foi iniciada terapêutica imunomoduladora (5), dieta cetogénica (6) e/ou hipotermia (1). Verificaram-se 4 óbitos, dos quais 3 tinham DC e 1 Shaken Baby Syndrome.

Após alta, faleceram 6 doentes por compli-

cações sem relação direta com EMC. No período de seguimento mediano de 74 meses (1; 180) foram reportadas sequelas em 38% dos doentes - 19 neurocognitivas (PDI, PHDA, Pert. Aprendizagem e Linguagem) e 9 motoras (paresia, espasticidade). Em 8 doentes não foi possível dissociar as sequelas da patologia prévia ao EMC. Não houve diferença estatística entre a incidência de sequelas nos doentes com DC ou previamente saudáveis (p 0,524), nem especificamente nos doentes com epilepsia (p 0,524). As sequelas não se relacionaram com a idade (p 0,303) ou etiologia infecciosa (p 0,459). Os doentes com sequelas tiveram uma duração de internamento significativamente superior (p 0,048).

**Conclusões:** O EMC podendo ocorrer em crianças com patologia neurológica ou previamente saudáveis, representa um desafio terapêutico com elevada morbidade. Associa-se a múltiplas sequelas, embora seja difícil de estabelecer uma relação causa-efeito nos doentes com patologia neurológica crónica. O controlo precoce do estado de mal poderá diminuir as complicações a longo prazo.

## CO 04

### MORTE CEREBRAL E DADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS – SERÁ QUE PERDEMOS DADORES? ESTUDO RETROSPECTIVO 10 ANOS

Joana Pais de Faria<sup>1</sup>; Marta Oliveira<sup>1</sup>; Fernando Rodrigues<sup>2</sup>; Maria João Xavier<sup>2</sup>; Paula Pico<sup>2</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia; <sup>2</sup>Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) do Hospital de São José, Centro Hospital e Universitário Lisboa Central

**Palavras-chave:** pediatria, morte cerebral, doação de órgãos e tecidos, transplante

**Introdução:** A doação de órgãos e tecidos permite transformar vidas. Um dador pode garantir a sobrevivência de até oito pessoas, através dos seus órgãos, e melhorar a qualidade de mais algumas dezenas, pela doação

de tecidos. Portugal apresenta uma excelente taxa de transplantação. Ainda assim ocorrem óbitos em lista de espera por um órgão.

**Objetivo:** Analisar os dadores de órgãos e tecidos em idade pediátrica a nível nacional e avaliar as mortes cerebrais, numa unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), nos últimos 10 anos, identificando eventuais dadores perdidos.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo descritivo dos dadores pediátricos de órgãos e tecidos e das mortes cerebrais diagnosticadas, entre janeiro de 2011 e dezembro 2021. Analisados dados demográficos e clínicos, incluindo os disponibilizados pela Coordenação Nacional da Transplantação.

**Resultados:** Nos últimos 10 anos em Portugal houve 121 dadores pediátricos e colhidos 569 órgãos e tecidos. Predomínio do sexo masculino (56%) e mediana de 10 anos de idade.

Em período homólogo, na UCIP ocorreram 125 mortes, das quais 20 em morte cerebral (MC). Deste grupo, 4 foram dadores de órgãos e tecidos. No grupo não-dadores (n=16), 14 não cumpriram critérios de doação por: falência multiorgânica (n=11), ausência de diagnóstico (n=2), risco infeccioso (n=1); em 1 caso não foram encontrados dados conclusivos. Identificado um potencial dador perdido.

Grupo de dadores (n=4): 75% sexo feminino, entre 4 e 15 anos. Em todos, a causa de morte foi anóxia cerebral e colhido um total de 18 órgãos e tecidos.

No grupo não-dadores, destaca-se o caso do potencial dador perdido: 5 anos, sexo feminino, saudável, encefalopatia hipóxico-isquémica pós-paragem cardiorrespiratória por epigloteite a Haemophilus Influenza tipo b, com agravamento e sem resposta neurológica. Não foram feitas provas de MC, por hipernatremia, tendo sido implementada a retirada. Não realizados exames complementares de diagnóstico de MC, traduzindo-se numa per-

da potencial de rins, fígado e coração.

**Discussão/Conclusão:** Responder às crianças em lista de espera para transplante é difícil, pelas suas características particulares e porque em pediatria são poucos os dadores. Com intensivistas pediátricos mais familiarizadas com o processo de doação, identificando potenciais dadores e otimizando-os, minimiza-se o número de órgãos potencialmente perdidos. Podemos dar sentido à morte inesperada, impossível de evitar, permitindo ganhos em anos-vida para outras crianças.

## CO 05

### TRANSPLANTE HEPÁTICO NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Catarina Cordeiro<sup>1</sup>; Teresa Botelho<sup>1</sup>; Carla Fernandes<sup>1</sup>; Sandra Ferreira<sup>1</sup>; Rita Moinho<sup>1</sup>; Catarina Cunha<sup>1</sup>; Emanuel Furtado<sup>1</sup>; Isabel Gonçalves<sup>1</sup>; Leonor Carvalho<sup>1</sup>; Carla Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O transplante hepático (TRH) pediátrico é realizado em Portugal há 28 anos. Apesar do aumento da sobrevida nos últimos anos, a abordagem destes doentes em cuidados intensivos (CI) permanece um desafio, particularmente nos casos de primary non-function (PNF).

**Objetivos:** Analisar a evolução e a mortalidade dos TRH pediátricos nos CI. Avaliar os biomarcadores de PNF.

**Metodologia:** Estudo observacional cujo método de colheita de dados foi retrospectivo. Incluiu todas as admissões nos CI por TRH pediátrico nos últimos 28 anos, tendo-se analisado a sua evolução e mortalidade. Para avaliar os biomarcadores de PNF, foram apenas incluídas as admissões por TRH após maio de 2012, quando o procedimento passou a ser realizado no Hospital Pediátrico. Definiu-se PNF se morte ou necessidade de re-TRH durante o internamento nos CI, na ausência de complicação vascular ou rejeição.

**Resultados:** Ocorreram 295 TRH (110 após maio de 2012), correspondendo a 248 crianças, e 47 re-TRH. A idade mediana foi de 4,6 anos (AIQ 1,3-9,6) e a duração mediana de internamento nos CI 5 dias (AIQ 3-7). Os diagnósticos mais frequentes foram: atresia das vias biliares extra-hepáticas (36%), doenças metabólicas (25%), outras doenças colestáticas (10%) e falência hepática aguda (9%). Relativamente ao enxerto, o mais frequente foi de dador cadáver (89%), reduzido (44%) e ABO compatível (94%). As complicações cirúrgicas ocorreram em 44%, sendo as mais frequentes: trombose da artéria hepática 11,5%; trombose da veia porta 3,4%; fuga biliar 2,7% e perfuração intestinal 2,7%. Das complicações médicas destacam-se: hipertensão arterial (40%), lesão renal aguda (11%) e hemorragia digestiva (4%). A mortalidade global foi de 8,4%, sendo 11% antes vs. 4,5% após maio de 2012 ( $p=0,062$ ). Ocorreram 23% PNF antes vs. 10% após maio 2012 ( $p=0,004$ ). Os biomarcadores avaliados à admissão com melhor capacidade discriminatória para prever PNF foram: o lactato (AUC 0,852; IC95% 0,765-0,94;  $p<0,001$ ), o INR (AUC 0,759; IC95% 0,604-0,915;  $p=0,007$ ) e a amónia (AUC 0,733; IC95% 0,529-0,938;  $p=0,03$ ). O valor de cut-off do lactato na admissão foi de 1,45 mmol/L (sensibilidade 100%, especificidade 61,6%).

**Discussão e Conclusão:** Ao longo dos anos houve uma redução da mortalidade e do PNF. O lactato na admissão, parâmetro facilmente obtido, foi o melhor biomarcador para prever PNF, o que pode permitir o seu reconhecimento atempado e otimização da sua abordagem, nomeadamente, estabelecer a necessidade de um re-TRH urgente.

## CO 06

### ABORDAGEM AO TRANSPLANTADO RENAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Rita Gomes<sup>1</sup>; Bebiana Sousa<sup>1</sup>; Gabriela Reis<sup>2</sup>; Joana Borges<sup>3</sup>; Teresa Costa<sup>4</sup>; Conceição Mota<sup>4</sup>; Tânia Martins<sup>5</sup>; Paula Ferreira<sup>5</sup>; Paula Fernandes<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto;; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo;; <sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho;; <sup>4</sup>Unidade de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto;; <sup>5</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** Os doentes submetidos a transplante renal (TR) são internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) no pós-operatório imediato, por apresentarem elevado risco de complicações médicas e cirúrgicas. Os dados da literatura sobre abordagem pós-operatória precoce do TR em idade pediátrica são escassos.

**Objetivos:** Descrever a experiência da UCIP de um Centro de Referência Nacional na abordagem pós-operatória de TR.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos internamentos por TR na UCIP, de janeiro/2012 e agosto/2022. Colhidos dados demográficos, clínicos e analíticos.

**Resultados:** Foram realizados 48 TR, 62,5% em recetores do sexo masculino, com idade mediana de 11 anos (P25-P75: 8-15). As principais patologias primárias foram anomalias congénitas do trato urinário (58,3%) e glomerulonefrites (31,2%). A maioria (60%) tinha alguma comorbilidade associada, incluindo cardíaca ou neurológica. O TR foi preemptivo em sete doentes e dois foram re-transplantados. Os dadores eram maioritariamente cadáveres (87,5%), do sexo masculino (70%), com

idade mediana de 18 anos. Para indução da imunossupressão foi utilizada timoglobulina nos doentes de alto risco imunológico (56,3%) e basiliximab nos restantes (47,9%), associado a corticóide, micofenolato de mofetil e tacrólimus. A duração mediana do internamento na UCIP foi de 5 dias. A mediana de duração da sedoanalgesia foi 4 dias; 63,8% necessitaram de volemização à admissão; dois de suporte inotrópico e um de ventilação invasiva; 29,8% teve alterações da caliémia; 51,1% necessitou de transfusão de glóbulos rubros. Dois doentes foram submetidos a plasmáfereze (recidiva imediata da glomerulosclerose). Complicações infecciosas surgiram em 45,8% dos doentes; 20,8% tiveram necrose tubular aguda, necessitando de diálise pós-transplante. Dois tiveram complicações vasculares graves (um resolveu com re-anastomose e o outro perdeu o enxerto). Não ocorreu nenhum óbito.

**Discussão:** O principal objetivo do internamento em UCIP é otimizar analgesia, manter estabilidade hemodinâmica, equilíbrio hidroeletrólítico e identificar precocemente complicações que possam comprometer a sobrevida do enxerto. Metade da amostra teve pelo menos uma complicação, reforçando a importância da monitorização contínua destes doentes.

**Conclusão:** A abordagem multidisciplinar (Urologistas, Nefrologistas e Intensivistas Pediátricos) permite a otimização terapêutica, identificação e tratamento atempado de complicações, melhorando o prognóstico.

**Palavras-chave:** doença renal crónica; doença renal terminal; transplante renal; cuidados intensivos pediátricos

# XXIV



## CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA



### POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA

#### PS 01

#### UM CASO RARO DE DOENÇA DE MOYAMOYA NUM LACTENTE DE 6 MESES

Daniel Martins Tiago<sup>1</sup>; Joana Faria<sup>2</sup>; Inês Salva<sup>2</sup>; Sérgio Lamy<sup>2</sup>; Rita Silva<sup>2</sup>; Dalila Forte<sup>2</sup>; Amets Sagarrabay<sup>2</sup>; João Estrada<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** A doença de Moyamoya (DM) é uma doença cerebrovascular esteno-oclusiva progressiva rara com uma distribuição bimodal, antes dos 10 anos e aos 40 anos. Em idade pediátrica manifesta-se mais frequentemente através de episódios isquémicos recorrentes. A técnica de revascularização indireta com trepanações múltiplas é uma alternativa viável aos procedimentos clássicos. Apresentamos o caso clínico de um lactente com uma forma de apresentação excepcionalmente grave e precoce.

**Relato do caso:** Lactente de 6 meses, natural de S. Miguel (Açores), previamente saudável, transferido por crises epilépticas focais repetidas, associadas a hipodensidade de 2/3 do hemisfério cerebral direito na TC CE. Foi medicado com levetiracetam, fenitoína e NaCl 3%, mas iniciou estado de mal convulsivo em D2, pelo que iniciou perfusão de midazolam e necessitou de ventilação mecânica invasiva.

A RM CE com AngioRM revelou hipodensidade do hemisfério cerebral direito sugestiva de AVC isquémico subagudo com padrão vascular de DM. Manteve midazolam em esquema de desmame sob ventilação invasiva até D9. Após estabilização iniciou antiagregação e teve alta da UCIP em D14. Nesta altura apresentava hemiparésia esquerda. Cerca de 2.5 meses após o início do quadro realizou angiografia que revelou um hematoma subdural ex-vácuo bilateral e atrofia cortical, e confirmou o padrão Moyamoya bilateral com colateralização de ambas as artérias cerebrais posteriores. Realizou então cirurgia de trepanação múltipla bilateral com drenagem de conteúdo hemático em fase crónica e introdução de retalhos de pericrânio através dos orifícios ósseos. Na repetição da TC CE observou-se enfarte do hemisfério direito antigo e pequenos enfartes do hemisfério esquerdo mais recentes. Atualmente com 11 meses de idade, 2.5 meses após a cirurgia, apresenta hipotonia axial e tetraparésia assimétrica em desfavor do hemicorpo esquerdo, tendo regressado à área de residência com seguimento em consulta multidisciplinar e reabilitação.

**Discussão/Conclusão:** A DM tem um prognóstico reservado. Neste caso, o tipo de cirurgia bem como o momento em que esta foi

realizada tornam-no único na literatura. Esta abordagem foi necessária pela gravidade e rapidez de evolução da DM. De facto, não existem séries de crianças com DM tratadas em idade tão precoce, e a reduzida dimensão das artérias passíveis de enxerto condicionava a revascularização direta. O prognóstico da revascularização indireta é, no entanto, comparável na redução de incidência de eventos isquémicos e tem uma morbidade aceitável. Embora o tempo de seguimento ainda seja curto, está programado um estudo de perfusão por RM para avaliar os resultados da cirurgia. Finalmente, a antiagregação é pouco consensual e foi administrada pela gravidade e extensão do território isquémico.

**Palavras-chave:** acidente vascular cerebral, Moyamoya, mal convulsivo, revascularização

## PS 02

### ISQUEMIA ARTERIAL PERIFÉRICA NA UCIP

#### – DESAFIO TERAPÊUTICO

Gabriela Reis<sup>1</sup>; Rita Gomes<sup>2</sup>; Bebiana Sousa<sup>2</sup>; Luis Loureiro<sup>3</sup>; Daniel Meireles<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes; <sup>2</sup>Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; <sup>3</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

**Introdução:** O Iloprost é um análogo das prostaglandinas com ação anti-trombótica, vasodilatadora, antiproliferativa e estimuladora da angiogénese. A sua utilização está bem documentada em adultos. No entanto, em idade pediátrica, os dados são limitados. Os autores descrevem um caso de isquemia digital do membro superior tratado com Iloprost.

**Relato de caso:** Criança de 15 meses do sexo masculino internada no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos por síndrome hemolítico-urémico típico para monitorização invasiva e estabilização clínica. Manteve-se sob monitorização invasiva com cateter arterial radial esquerdo até D4 de internamento, tendo sido

removido neste dia por má perfusão e edema da mão, com áreas marmoreadas, apesar de boa reperfusão dos dedos e pulsos radial e cubital palpáveis. Notado agravamento clínico em D5, com cianose e temperatura fria do 2º dedo ipsilateral. Nesta altura foi realizado ecodoppler sugestivo de trombose arterial radial. Perante esta suspeita tendo em conta o elevado risco hemorrágico, iniciou-se heparina não fracionada (40U/Kg/h). Por ausência de melhoria, 3 dias depois iniciou terapêutica com iloprost (0.35 ng/kg/min). Após 10 dias de terapêutica foi reavaliado por cirurgia vascular, verificando-se melhoria clínica e ecográfica, pelo que o fármaco vasotónico foi suspenso. Teve alta em D20, com melhoria significativa do edema, cianose e estabilização da temperatura.

**Discussão:** Em idade pediátrica, a utilização do Iloprost está bem documentada no tratamento da hipertensão pulmonar. No caso da isquemia arterial, alguns estudos demonstraram uma eficácia e perfil de segurança semelhante ao do adulto, sobretudo em lesões pouco extensas, com envolvimento digital e fluxo arterial preservado, o que não se verifica em lesões de maior extensão, com necrose ou gangrena. Neste caso não se registaram efeitos adversos e houve uma melhoria clínica franca desde o início da instituição terapêutica, tendo, provavelmente, evitado progressão para necrose ou sobreinfecção.

**Conclusão:** No caso clínico apresentado verificou-se uma evolução concordante com a literatura. O Iloprost demonstrou ser seguro e eficaz. No entanto, são necessários estudos prospetivos adicionais com maior dimensão.

**Palavras-chave:** Iloprost, isquemia arterial, cateter.

### PS 03

#### **MANUTENÇÃO DA ALTERAÇÃO ESTADO CONSCIÊNCIA APÓS SUSPENSÃO DA SEDAÇÃO EM MENINGOENCEFALITE**

Sofia Brandão Miranda<sup>1</sup>; Maria Ventura Nogueira<sup>1</sup>; Joana Vilaça<sup>1</sup>; Sónia Figueiroa<sup>2</sup>; Daniel Meireles<sup>2</sup>; Sara Gonçalves<sup>2</sup>; Sofia Ribeiro Fernandes<sup>2</sup>; Tânia Martins<sup>2</sup>; Paula Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A meningoencefalite a enterovírus é uma entidade clínica que cursa com alteração de consciência e eventual necessidade de suporte ventilatório. A evolução é habitualmente favorável com recuperação do estado de consciência após resolução clínica.

Criança de 3 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos por meningoencefalite a enterovírus sob ventilação mecânica invasiva e sedonalgesia. Em D4, 24h após levante de sedonalgesia manteve depressão de estado de consciência, com pupilas simétricas pouco reativas, ausência dos reflexos oculocefálicos, gag reflex e constatada tetraplegia arreflexa ascendente. Apresentou hipertensão arterial, de difícil controlo, com necessidade de perfusão de labetalol. Realizou TC cerebral descrito como normal, RMN que mostrou captação de gadolínio de múltiplos pares cranianos e raízes cervicais. O liquor cefalorraquidiano mostrou discreta dissociação albuminocitológica, sem pleocitose. O EEG revelou lentificação da eletrogénese de base, sem descargas epileptiformes, e a EMG velocidades de condução motora e sensitiva diminuídas e latência distal aumentada (compatível com polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda). Assumiu-se encefalite de Bickerstaff (EB) com provável sobreposição de síndrome Guillain Barré (SGB). Iniciou tratamento com imunoglobulina (0,4g/kg/dia, 5 dias), com recuperação progressiva do estado de consciência e da função dos pares

cranianos. Atualmente, mantém tetraparésia flácida grau 3-4 com ROT ausentes, ataxia apendicular com défice na motricidade fina e incapacidade no ortostatismo. Restante exame neurológico sem alterações.

A meningoencefalite a enterovírus é rara enquanto desencadeante de reação inflamatória nas doenças do espectro da síndrome Guillain Barré. A presença de oftalmoplegia, depressão do estado de consciência e de tetraparésia arreflexa, em conjunto com as alterações imagiológicas e da condução, permitiram o diagnóstico.

Após suspensão da sedoanalgesia, é expectável uma recuperação progressiva do estado de consciência com o washout dos fármacos. Este caso demonstra a importância de equacionar outras hipóteses de diagnóstico, nomeadamente encefalites como a EB, quando isto não se verifica. É também notória a relevância do exame neurológico na investigação diagnóstica e orientação terapêutica. O reconhecimento precoce desta etiologia permitiu o adequado tratamento e a rápida recuperação do doente.

### PS 04

#### **MIS-C VERSUS SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO – A VARIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA VEIA CAVA PODERÁ AJUDAR?**

Rosário Stilwell<sup>1</sup>; Pedro Silva<sup>1</sup>; Ana Lemos<sup>1</sup>; Ines Salva<sup>1</sup>; Catarina Gouveia<sup>1</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** A Síndrome Inflamatória Multissistémica em Crianças associada a COVID-19 (MIS-C) faz diagnóstico diferencial com Síndrome do Choque Tóxico (SCT). Têm abordagens terapêuticas distintas. Neste caso clínico destacamos a importância da ecografia para a abordagem diagnóstica e terapêutica.

**Relato de caso:** Rapaz de 6 anos, saudável, não vacinado para COVID-19 com contacto domiciliário com SARS-CoV-2. Iniciou febre

alta, tosse, vômitos, exantema escarlatini-forme e enantema. Medicado empiricamente no terceiro dia de doença com penicilina intramuscular. SARS-CoV-2 detectado por PCR na nasofaringe. No quinto dia de doença progressão para choque refratário a volume com envolvimento mucocutâneo, gastrointestinal, hematológico, hepático e cardíaco. Iniciou ceftriaxone e clindamicina. Transferido para cuidados intensivos sob dopamina. Realizou ecocardiograma que revelou fração de encurtamento do ventrículo esquerdo 37%, aorta com VTI de 20, veia cava inferior com 10 mm de maior diâmetro, colapsável; cavidades pouco preenchidas, sem derrame pericárdico. Excluído foco pulmonar, cardíaco e abdominal. Considerando as hipóteses de MIS-C versus SCT iniciou imunoglobulina, pulso de metilprednisolona e ácido acetilsalicílico em dose antiagregante pela hipótese de MIS-C. Do estudo etiológico a destacar teste de detecção de antígeno rápido de Streptococcus grupo A negativo, TASO e Dnase B negativos; anticorpo anti proteína S SARS-CoV-2 positivo; serologias infecciosas e hemoculturas negativas. Melhoria paulatina, apirexia as 36 horas de tratamento. Manteve suporte aminérgico cinco dias. Ao décimo dia de doença iniciou descamação da face, tronco com escassa descamação periungueal. Aos 6 meses de seguimento sem alterações cardíacas ou novas intercorrências infecciosas.

**Discussão:** O MIS-C associa-se frequentemente a alterações cardíacas com sobrecarga de volume quer por hipocontractilidade do miocárdio como por endotelite e extravasamento capilar. A hipocinésia e a dilatação da veia cava inferior são as alterações mais frequentemente descritas. Na SCT, pelo extravasamento capilar mais significativo, era expectável diminuição do preenchimento vascular, como a que foi observada no caso descrito. A evolução clínica do caso foi mais SCT. Na fase

inicial a avaliação ecográfica da hemodinâmica acabou por ser o dado mais concordante com o diagnóstico final do doente.

**Conclusão:** A ecografia é uma ferramenta de importância crescente para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica do doente pediátrico em cuidados intensivos.

# XXIV



## CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

# PEDIÁTRICA



### POSTERS DIGITAIS

PO 01

#### **PATOLOGIA CIRÚRGICA NEONATAL: 16 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL E PEDIÁTRICA**

Margarida Abreu<sup>1</sup>; Beatriz Câmara<sup>2</sup>; Ema Santos<sup>2</sup>;  
Henrique Leitão<sup>2</sup>; Edite Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga; <sup>2</sup>Hospital Dr. Nélio Mendonça

**Introdução:** A patologia cirúrgica neonatal representa uma fração importante dos internamentos nas unidades de cuidados intensivos. Os avanços técnico-científicos e o acesso a recursos que permitam a sua aplicabilidade, permitiram uma melhoria significativa nos cuidados prestados. Contudo, mantém-se um reconhecido e importante impacto global a nível de custos e de morbimortalidade neste grupo.

**Objetivos:** Analisar o impacto e resultados a curto prazo da patologia cirúrgica neonatal numa unidade de cuidados intensivos.

**Metodologia:** Estudo observacional longitudinal retrospectivo que abrange recém-nascidos internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais num hospital terciário desde janeiro de 2006 até dezembro de 2021.

**Resultados:** Identificaram-se 52 recém-nascidos internados com patologia cirúrgica, correspondendo a cerca de 2,2% do total de internamentos neste período. A maioria (60%) era do sexo masculino e 40,4% prematuros, 62% dos quais tardios. Cerca de um terço ti-

nha peso inferior a 2500g ao nascer. Cerca de 76,9% corresponderam a malformações congénitas, 32,50% das quais tinham diagnóstico pré-natal e 88,5% necessitaram de intervenção cirúrgica urgente. As malformações digestivas foram as mais frequentes (71,2%), 75,7% do tipo obstrutivo, sendo as atresias esofágicas (n=8) e intestinais (n=7) as mais comuns (40,5%). Identificaram-se complicações em 38,5% dos casos, 60% de natureza infecciosa, 6% relacionadas com a ferida cirúrgica e 5,8% com necessidade de nova intervenção cirúrgica. Foram transferidos 8 doentes (15,4%) para centros de referência. A duração média de internamento foi de 26 dias. Verificaram-se 6 óbitos (11,5%).

**Discussão/Conclusão:** A patologia cirúrgica neonatal é relevante nesta faixa etária. A fração significativa de diagnósticos pós-natais de malformações congénitas e respetiva necessidade de intervenção urgente sublinha a necessidade de manter um elevado índice de suspeição. A morbimortalidade está intrinsecamente relacionada à complexidade dos doentes neonatais, que se estende muito além do tipo de patologia e respetivas particularidades da técnica cirúrgica. A gestão pós-cirúrgica do doente neonatal crítico continua a ser um desafio.

**Palavras-chave:** Cirurgia, neonatal, cuidados intensivos.

## PO02

### SÍNDROME HIPEROSMOLAR HIPERGLICÉMICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bebiana Sousa<sup>1</sup>; Rita Gomes<sup>1</sup>; Gabriela Reis<sup>2</sup>;  
Maria João Oliveira<sup>3</sup>; Teresa Borges<sup>3</sup>;  
Alzira Sarmento<sup>4</sup>; Sara Gonçalves<sup>5</sup>;  
Sofia Ribeiro Fernandes<sup>5</sup>; Tânia Martins<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo; <sup>3</sup>Unidade de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>4</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto; <sup>5</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Introdução:** O Síndrome Hiperosmolar Hiper-glicémico (SHH), entidade rara em Pediatria, caracteriza-se por hiperglicemia, hiperosmolaridade, sem cetose significativa. Trata-se de uma doença grave com necessidade de internamento em cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

**Relato do caso:** Criança de 14 meses, sexo masculino, com história familiar de citopatia mitocondrial, admitida por episódio de crise convulsiva, sem recuperação da consciência, em contexto de quadro de poliúria e polidipsia com 1 semana de evolução. Apresentava Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 8 (O2V1M5), febre, taquipneia, taquicardia e hipotensão. Analiticamente com glicemia de 1899 mg/dl, ureia de 177 mg/dl, creatinina de 2 mg/dl, sódio corrigido de 172 mmol/l e acidose metabólica (pH 7.27, HCO<sub>3</sub>- 9.5 mmol/l). Tomografia computadorizada (TC) cerebral normal. Efetuada ressuscitação volêmica (20 ml/kg NaCl 0.9%), iniciou fluidoterapia e

perfusão de insulina 0.025 UI/kg/h. Na UCIP, ECG 10, ventilação espontânea, taquicardia, tensão arterial no P5 e oligoanúria; analiticamente com agravamento da acidose metabólica e da hipernatremia. Repetiu volemização e iniciou correção da desidratação (défice 15%+ necessidades basais) com NaCl 0.45%, mantendo insulina, com melhoria progressiva do estado neurológico, da natremia e resolução da oligoanúria. Sob enoxaparina profilática desde D2. Em D4 iniciou ventilação mecânica invasiva por alteração do estado de consciência associado a crises convulsivas. TC cerebral e radiografia torácica (RXT) normais. Desde D5 constatada hipoxemia refratária mantendo RXT normal e hipotensão com necessidade de norepinefrina. Avaliação cardíaca em D6 por agravamento clínico, com disfunção biventricular e hipertensão pulmonar grave, tendo sido associado dobutamina, dopamina e epinefrina e alterada enoxaparina para dose terapêutica. Evolução desfavorável com choque refratário e falência multiorgânica, com paragem cardíaca sem resposta a manobras de reanimação.

**Discussão:** No SHH as complicações decorrentes da correção hidroeletrólítica, constituem a principal causa de mortalidade precoce, não se verificando neste caso. A segunda causa mais frequente são os fenómenos tromboembólicos, sendo esta etiologia a mais plausível para o desfecho desfavorável, embora não documentada dada a instabilidade hemodinâmica da criança.

**Conclusão:** O SHH constitui uma emergência pediátrica com mortalidade descrita de 10 a 50%, pelo que se torna fundamental o seu diagnóstico e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** Síndrome Hiperosmolar hiperglicémico, tromboembolismo, fluidoterapia.

### PO 03

## NUM PISCAR DE OLHOS: AFOGAMENTOS – EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Rita Dos Santos Carvalho<sup>1</sup>; Ana Foles<sup>1</sup>; Inês Oliveira<sup>1</sup>; Elsa Teixeira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

**Introdução:** Em Portugal, os afogamentos permanecem como a 2ª causa de morte acidental em crianças e jovens, apesar de evitáveis em cerca de 80% dos casos. Nos não fatais, as sequelas neurológicas são as mais frequentes. Existem, porém, poucos dados acerca dos fatores preditores de prognóstico em vítimas de afogamento em idade pediátrica.

**Objetivos:** Caracterizar os casos de afogamento admitidos na urgência pediátrica (UP) de um hospital de nível II.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo. Incluídas crianças e adolescentes admitidas na UP de um hospital de nível II, com o diagnóstico de afogamento, entre 07/2009 e 07/2022. Foram avaliadas múltiplas variáveis: sexo, idade, sazonalidade, tipo de ambiente aquático, fatores de risco, duração da submersão, abordagem pré-hospitalar, atuação na UP e *outcomes* clínicos (mortalidade, complicações agudas e sequelas a longo prazo).

**Resultados:** 28 Casos de afogamento, 15 do sexo masculino (53,6%), 13 adolescentes (46,4%) e 13 com idades compreendidas entre 1 e 5 anos (46,4%). A maioria ocorreu em piscinas (39,3%). Mais de metade ocorreu no verão (60,7%), sendo julho o mês em que se registou o maior número de casos (39,3%). Em 25% o incidente ocorreu no contexto de falta de supervisão e em 10,7% em relação com crise convulsiva. 10,7% das crianças tinha perturbação do desenvolvimento psicomotor. Foi efetuado suporte básico de vida no local em 7 situações (25%). A nível hospitalar, 5 casos (17,9%) necessitaram de suporte

avanzado de vida, todos com transferência subsequente para UCI e necessidade de ventilação invasiva. Num dos casos foi necessária realização de ECMO. Em dois dos casos verificaram-se sequelas neurológicas a longo prazo (encefalopatia hipóxico-isquémica e epilepsia focal). Não houve nenhum óbito.

**Discussão:** Como na literatura, os afogamentos ocorreram sobretudo dos 1 aos 5 anos e na adolescência. Alguns fatores de risco relevantes foram a supervisão inadequada, incapacidade de nadar, acesso a fontes de água não protegidas, perturbação do desenvolvimento e convulsões. Um maior tempo de submersão e a necessidade de reanimação intra-hospitalar associaram-se a um pior prognóstico. As complicações neurológicas foram as mais frequentes.

**Conclusão:** A intervenção adequada e atempada nas situações de afogamento previne as sequelas a longo prazo. Para isso é fundamental uma avaliação inicial sistematizada, com protocolos de atuação uniformes e uma coordenação bem estabelecida com centros diferenciados. Com a maioria dos eventos evitáveis, a tónica deve, porém, manter-se na prevenção.

**Palavras-chave:** Medicina intensiva; Unidades de cuidados intensivos; Afogamento; Prognóstico; Idade pediátrica.

### PO 04

## ACIDENTE POR SUBMERSÃO – CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE, UNIDADE DE FARO

Joana Brígida Capela<sup>1</sup>; Mariana Reis<sup>1</sup>; Inês Almeida<sup>1</sup>; Luísa Gaspar<sup>1</sup>; Ecaterina Scortenschi<sup>1</sup>; Ana Ramalho<sup>1</sup>; Vera Santos<sup>1</sup>; Maria Alfaro<sup>1</sup>; João Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

**Introdução:** Os afogamentos são a terceira causa mundial de morte acidental. O tratamento da lesão pulmonar, a reversão da hipóxia e minimização do estabelecimento de

lesões secundárias são fundamentais para o êxito terapêutico.

**Objetivos:** Caracterizar a população pediátrica vítima de submersão, internada em unidade de internamento de curta duração (UICD), enfermaria e cuidados intensivos pediátricos (UCIP) do CHUA.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos 29 casos de crianças admitidas no CHUA Faro entre janeiro de 2015 e agosto de 2022.

**Resultados:** A faixa etária mais afetada foi entre 1-4 anos. 62% das crianças eram do sexo masculino e 48% eram estrangeiros em férias. 69% dos acidentes ocorreu em piscinas e em 86% verificou-se falha de supervisão. O tempo de submersão foi desconhecido em 38% dos casos, nos restantes foi em média 2,1 minutos. 38% das crianças sofreu paragem cardio-respiratória (PCR), 17% só paragem respiratória. 37% recebeu suporte básico de vida (SBV), 10% só compressões ou ventilações.

Na UCIP foram internados 20,6% doentes. Nestes, o tempo de submersão foi >4 minutos, 21% tinha Glasgow Coma Scale (GCS) <8, 83,3% foram intubados (média 3,4 dias). 66,7% precisou de suporte aminérgico. 50% tinha T<sup>a</sup> <35°C, 50% hiperglicemia, 83,3% acidose e 66,7% lactato aumentado. 33,3% sofreram lesão hipóxico-iscémica. 66,7% teve complicações e verificou-se 1 óbito. A demora média de internamento na UCIP foi 5,5 dias.

**Discussão:** Verificou-se incidência mais alta nos primeiros anos de vida e sexo masculino, a maioria dos acidentes ocorreu em piscinas e a causa mais frequente foi a falha de supervisão. Os casos mais graves apresentaram maior tempo de submersão, maior incidência de PCR e intubação. Apresentaram também GCS e temperatura baixos, hiperglicemia e acidose mais frequentes, níveis de lactato elevados, mais complicações e internamen-

tos mais prolongados. Entre estes, ocorreram dois com lesão hipóxico-iscémica e 1 óbito.

**Conclusão:** A correta supervisão das crianças é fundamental para prevenção dos afogamentos. Deve ser assegurado o resgate atempado das vítimas, assim como o início de SBV no local, devendo ser também instituídas medidas terapêuticas adequadas para impedir o estabelecimento de lesões secundárias. O tempo de submersão é proporcional à gravidade clínica que se traduz por alterações em múltiplas variáveis fisiológicas.

**Palavras-chave:** idade pediátrica, submersão, supervisão, paragem cardio-respiratória

## PO 05

### PEQUENO LACTENTE COM RECUSA ALIMENTAR E TAQUIPNEIA

Raquel Ferreira<sup>1</sup>; Filipa Marques<sup>1</sup>; João Crispim<sup>1</sup>; Nuno Carvalho<sup>1</sup>; Graça Nogueira<sup>1</sup>; Rui Anjos<sup>1</sup>; Marta António<sup>1</sup>; Conceição Trigo<sup>2</sup>; João Farela Neves<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital da Luz Lisboa; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

**Introdução:** A miocardiopatia dilatada é rara na infância. Tem apresentação aguda em 25% dos casos, com tosse, recusa alimentar, irritabilidade e taquipneia. Na maioria dos casos não é possível identificar etiologia. Apesar de terapêutica farmacológica, 1/3 progride para insuficiência cardíaca crónica e 1/3 falece por insuficiência cardíaca, arritmia ou complicações do transplante cardíaco. Na ausência de resposta à terapêutica, o transplante é o tratamento de eleição.

**Relato do caso:** Lactente do sexo masculino, 47 dias de vida. Gravidez gemelar, hidrâmnios com necessidade de amniodrenagem e suspeita de patologia cardíaca, não confirmada no ecocardiograma neonatal. Admitido por recusa alimentar e polipneia, sem febre. Apresentava-se em choque compensado com restante exame normal. Fez expansão de volémia e iniciou antibioterapia com cefotaxime, gentamicina e ampicilina. Analiticamente: ga-

simetria equilibrada, lactato 6,5mmol/L, sem parâmetros de infecção ou outras alterações. Índice cardio-torácico aumentado na radiografia. Houve deterioração rápida com choque descompensado com acidose metabólica grave. Foi ventilado e iniciou suporte inotrópico com melhoria. O ecocardiograma mostrou dilatação do ventrículo esquerdo com disfunção sistólica grave; coronárias com origem normal. Durante o internamento manteve-se estável sob suporte inotrópico, fez imunoglobulina 2g/Kg, levosimendan (máx 0,15mcg/Kg/min), L-carnitina e diuréticos, sem melhoria da função cardíaca. A investigação etiológica e o estudo genético de miocardiopatia dilatada foram inconclusivos. Em D12/D13 teve duas paragens cardiorrespiratórias (em fibrilhação ventricular e taquicardia ventricular respetivamente). Transferido em D13 para unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos de outro hospital, onde faleceu cinco dias depois.

**Discussão:** A investigação etiológica não permitiu identificar a causa da miocardiopatia dilatada. A ausência de resposta aos inotrópicos, incluindo ciclo de levosimendan é preditiva de elevada mortalidade. Apesar das terapêuticas instituídas, não houve melhoria da função cardíaca nem tempo para evitar o óbito com o recurso último ao transplante cardíaco.

**Conclusão:** A miocardiopatia dilatada é uma doença rara mas potencialmente fatal. O prognóstico em pequenos lactentes é reservado, sendo o transplante cardíaco a solução definitiva nos casos refratários.

## PO 06

### QUANDO A SÉPSIS SE SOBREPÕE À CARDIOPATIA CONGÊNITA: CAMINHANDO NO FIO DA NAVALHA

Maria Soto-Maior Costa<sup>1</sup>; Márcia Bonfadini<sup>1</sup>;  
Inês Salva<sup>1</sup>; Tiago Rito<sup>2</sup>; João Falcão Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

**Introdução:** A cardiomiopatia hipertrófica em idades jovens tem um prognóstico reservado e a sobrevida aos 5 anos é de 66 a 81%. A sépsis que complica uma disfunção ventricular pode conduzir a um choque cardiogénico com risco significativo de arritmia fatal. Apresentamos um caso de apresentação precoce de cardiomiopatia hipertrófica congénita que recuperou de uma sépsis, complicada de paragem cardiorrespiratória.

**Relato do caso:** Lactente ex-prematuro de 33 semanas e 5 dias, com internamento prolongado em UCIN por sofrimento fetal agudo, hidrúpsia e hipertensão de início neonatal em contexto de cardiomiopatia hipertrófica em investigação diagnóstica, com hipertrofia ventricular esquerda grave, dilatação e disfunção sistodiastólica ligeira biventricular, medicado com propranolol e captopril. Internado na UCIP aos 2 meses e 28 dias (IC 43 dias) por insuficiência respiratória por bronquiolite a rinovírus com provável sobreinfecção bacteriana. Foi medicado com amoxicilina e ácido clavulânico. Em D5 de internamento apresentou agravamento clínico, com aumento das necessidades de oxigénio, febre e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR máx 253 mg/L), com evolução rápida para choque misto, distributivo e cardiogénico e instabilidade hemodinâmica, que justificou escalada da antibioterapia para meropenem e vancomicina, terapêutica com milrinona (máx 0,5mcg/kg/min), noradrenalina (máx 0,4mcg/kg/min), adrenalina (máx 0,4mcg/kg/min) e dobutamina (máx 4,7mcg/kg/min) e

ventilação mecânica invasiva. Apesar destas medidas, apresentou paragem cardiorrespiratória (FC 40 bpm), com recuperação após 3 minutos de suporte avançado de vida. Verificou-se melhoria clínica lenta mas sustentada e recuperação progressiva da função cardíaca para o estado prévio. Sem isolamento de agente para a sépsis, completou 14 dias de antibioterapia. Foram detetadas calcificações intra e extravasculares generalizadas, sugestivas de calcificações arteriais generalizadas da infância (GACI), o que justificaria o quadro de hipertensão arterial de início precoce e miocardiopatia.

**Discussão e Conclusão:** O choque séptico misto constitui um desafio, tanto na identificação do tipo de choque como na estratégia de utilização de fármacos vasoativos. A identificação do tipo de choque deve passar por utilização de técnicas de monitorização hemodinâmica avançada e é evolutiva. A estratégia farmacológica vasoativa pode passar pela maximização de dose de cada fármaco antes da combinação ou pela combinação mais precoce, para potenciação dos benefícios de cada fármaco dose-dependentes.

## PO 07

### **CHOQUE OBSTRUTIVO COMO APRESENTAÇÃO DE UMA MASSA ABDOMINAL**

Joana Vilaça<sup>1</sup>; Sofia Brandão Miranda<sup>1</sup>; Maria Ventura Nogueira<sup>1</sup>; Cláudio Henriques<sup>2</sup>; Ana Lúcia Cardoso<sup>2</sup>; Alzira Sarmento<sup>2</sup>; Sofia Ribeiro Fernandes<sup>2</sup>; Tânia Martins<sup>2</sup>; Paula Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga; <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

O choque obstrutivo é o tipo de choque pediátrico menos comum. Deve-se à obstrução mecânica do débito cardíaco, por pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar, tamponamento cardíaco, cardiopatias congénitas ou, menos frequentemente, massas

intratorácicas ou intra-abdominais.

Lactente de 2 meses, saudável, levado à Urgência por dificuldade respiratória, gemido e recusa alimentar com um dia de evolução. Ao exame objetivo, apirético, pele marmoreada, taquipneia, taquicardia, tensões arteriais não mensuráveis e distensão abdominal marcada. Analiticamente: acidose metabólica e hiperlactacidemia (9,3 mmol/L), LDH 788U/L e D-dímeros 2570ng/mL. Melhoria hemodinâmica, após vomelização. A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou massa abdominal volumosa nos quadrantes esquerdos com indissociação dos grandes vasos. Transferência para Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). À admissão extremidades frias, taquicardia, tensões artérias P5, sopro grau II/VI, pulsos femorais filiformes e pediosos não palpáveis. Ecocardiograma com dilatação das cavidades esquerdas, disfunção do ventrículo esquerdo, fração ejeção (FEVE) 30% e de encurtamento (Fenc) 19%, insuficiência mitral, tricúspide e aórtica ligeiras. Assumido choque obstrutivo por compressão da aorta abdominal, submetido a laparotomia emergente com excisão de massa abdominal e nefrectomia esquerda. Melhoria posterior da função cardíaca, FEVE 50% e Fenc 25%, sem necessidade de suporte aminérgico. Diagnóstico histológico de Tumor de Wilms (TW).

O TW representa 7% das neoplasias em lactentes. A forma de apresentação mais comum é a massa abdominal, sendo extremamente raro manifestar-se por choque obstrutivo.

Neste caso, a idade e a forma de apresentação foram atípicas, mas o reconhecimento e rápida orientação médica e cirúrgica permitiram a estabilização clínica com recuperação da FEVE. Este caso demonstra a importância do reconhecimento e adequada orientação no choque obstrutivo. Embora rara, a massa abdominal deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais.

## PO 08

### CEREBELITE AGUDA FULMINANTE COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA SECUNDÁRIA

Gonçalo Vale<sup>1</sup>; Vitória Cadete<sup>2</sup>; David Lito<sup>3</sup>; Marta Oliveira<sup>2</sup>; Ana Margarida Garcia<sup>2</sup>; Dalila Forte<sup>2</sup>; José Pedro Vieira<sup>2</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia; <sup>3</sup>Hospital de Vila Franca de Xira

**Introdução:** A cerebelite aguda é uma doença inflamatória rara, com apresentação clínica variável, que pode ir desde ataxia ligeira, auto-limitada a uma forma fulminante com edema cerebelar, hipertensão intracraniana e hidrocefalia obstrutiva, com elevada morbimortalidade.

**Relato do caso:** Rapaz de 6 anos transferido para a UCI proveniente da enfermaria por cerebelite aguda com alteração do estado de consciência. Saudável até à doença atual, havia sido evacuado de Angola por alterações neurológicas persistentes (ataxia, disartria e estrabismo convergente) após episódio agudo que cursou também com febre e cefaleia, sem melhoria com corticoterapia e antibioticoterapia de largo espectro. Já em Portugal foi internado na enfermaria onde iniciou corticoterapia e imunoglobulina. No 5º dia de internamento, agravamento clínico com cefaleia, vômitos, hipertensão arterial, bradicardia, ausência de reflexos oculo-cefálicos, pupilas mióticas não reativas e ausência de reação à dor pelo que, já na UCI, foi intubado, ventilado e instituídas medidas anti-edema. A TC-CE mostrou edema cerebeloso, da protuberância, apagamento das cisternas infra-tentoriais, marcada compressão e desvio antero-lateral do IV ventrículo e compressão do tronco cerebral com herniação eminente. Por esse motivo, realizou craniectomia suboccipital decompressiva. Doze horas depois, por persistência das alterações pupilares (miose

não reativa), taquicardia e hipertensão, repetiu TC-CE que mostrou hidrocefalia supratentorial, pelo que colocou derivação ventricular externa. Melhoria lenta mas progressiva das alterações neurológicas e extubação após 19 dias. À data de transferência (D26) mantinha mutismo, estrabismo convergente e tetraparésia flácida de predomínio esquerdo. Os estudos infeccioso, tóxico/metabólico e auto-imune foram negativos.

Atualmente (10 meses depois) mantém-se sem diagnóstico etiológico, porém com melhoria neurológica franca. Consegue manter-se de pé e dar passos sem apoio; manifesta dismetria, disartria e nistagmo no olhar para a esquerda. Sem novos episódios de cerebelite. **Conclusão:** Este caso ilustra a presença de complicações raras mas graves da cerebelite, com a particularidade de ter evoluído a dois tempos. A vigilância apertada da evolução neurológica nos cuidados intensivos e o alto índice de suspeição foram preponderantes no diagnóstico e tratamento da hidrocefalia secundária à obstrução do aqueduto de sylvius.

## PO 09

### HOW LONG? ESTADO EPILÉTICO INAUGURAL SUPER-REFRACTÁRIO

Joana Faustino<sup>1</sup>; Marta Oliveira<sup>1</sup>; Sofia Duarte<sup>1</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** Estado epilético inaugural super-refractário (NORSE) é uma situação clínica devastadora que ocorre em pessoas sem história pré-existente, não se encontrando causa inicial identificável. O estado de mal super-refractário, condiciona com frequência internamento prolongado em cuidados intensivos, com risco significativo de morte e morbidade neurológica subsequente.

**Relato do caso:** Rapaz, 11 anos, saudável, história familiar negativa. Inicia cefaleia ligeira durante as aulas que cessa espontanea-

mente. Cerca de 12 horas depois, encontrado não responsivo e com movimentos tónico-clónicos generalizados, que cessaram após diazepam 5mg e fenitoína 20 mg/kg. Por Glasgow de 8 foi entubado e ventilado. TAC-CE sem alterações. Nas primeiras 12 horas, por episódios convulsivos, sem recuperação da consciência, iniciou perfusão de midazolam (máx. 15mcg/kg/min), levetiracetam (60mg/kg/dose, seguido de 60mg/kg/dia) e propofol 10mcg/kg/h, com cessação clínica das convulsões. Sob monitorização electroencefalográfica (EEG) continua constatou-se estado epilético, tendo adicionado terapêutica com topiramato e tiopental, até 2,5 mg/kg/h. O EEG continuo revelou manutenção de status, pelo que alterou anti-epiléticos: suspendeu fenitoína, tendo iniciado lacosamida 200mg 12/12horas. Concomitantemente. fez terapêutica imunomoduladora, imunoglobulina 1 mg/kg/dia 2 dias, e pulsos metilprednisolona 5 dias. Foi melhorando o EEG, sendo possível parar tiopental ao 11º dia e redução da sedação com extubação ao 20º dia de internamento.

Todo o estudo etiológico, exames culturais e de auto-imunidade foi negativo. Ressonância magnética crânio-encefálica, evidenciou lesão talâmica bilateral e lesão cortical posterior bilateral com captação meníngea difusa. Por incapacidade de exclusão de foco infeccioso, cumpriu ceftriaxone 14 dias, ciprofloxacina 12 dias e aciclovir 8 dias.

Teve alta 26 dias depois da admissão, medicado com levetiracetam, topiramato e lacosamida e clinicamente com hipotonia generalizada, tetraparesia com força muscular global grau 4/5 e marcha instável, a melhorar progressivamente.

**Conclusão:** No NORSE a taxa de mortalidade pode atingir 30%, e não há terapêutica específica, sendo fulcral a monitorização por EEG de modo a poder aferir os anti-epilépti-

cos. Não se podendo excluir causa infecciosa, dever-se-á tratar empiricamente. Os imunomoduladores também parecem ter um papel cada vez mais relevante na terapêutica desta entidade.

## PO 10

### SÍNDROME DA DOENÇA NÃO TIROIDEIA NO DOENTE GRAVE NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Teresa Botelho<sup>1</sup>; Raquel Gonçalves<sup>1</sup>; Carla Fernandes<sup>1</sup>; Carla Pinto<sup>1</sup>; Rita Moinho<sup>1</sup>; Leonor Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra

**Introdução:** A doença grave associa-se a várias alterações neuroendócrinas. A síndrome da doença não tiroideia (SDNT) caracteriza-se por alteração dos níveis de hormonas da tiroide em doentes graves, sem alteração prévia do eixo hipotálamo-hipófise ou da tiroide.

**Objetivos:** Caracterizar o perfil das hormonas tiroideas no doente grave internado num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIPE) e relacioná-lo com a disfunção de órgão e evolução clínica.

**Métodos:** Estudo observacional e prospetivo, de janeiro a setembro de 2022. Incluídos doentes internados num CIPE, com falência de pelo menos um órgão. Excluídos recém-nascidos e doentes com patologia da tiroide ou do eixo hipotálamo-hipófise. Feita avaliação clínica e laboratorial com doseamento de TSH, T4 livre (T4L) e T3 livre (T3L) em 2 momentos (primeiras 48h e 48-96h após o primeiro doseamento).

**Resultados:** Incluídos 30 doentes, sem predominio de sexo. A mediana de idades foi de 3 anos (AIQ 1-14) e a duração mediana de internamento foi de 7 dias (AIQ 5-19,5). A falência de órgão mais frequente foi a respiratória (80%) e 73% apresentaram falência multiorgânica (FMO). Registaram-se 3 óbitos (10%). Dos 30 doentes, 26 (87%) apresentaram

alteração na avaliação inicial, e 28 (93%) apresentaram ao longo do período de estudo. Verificou-se alteração concomitante de TSH/T4L/T3L em 30%. A alteração mais frequente foi T3L baixa (96%). A comparação com a 2ª colheita foi possível em 80%. O valor de TSH normalizou em 83% e o doseamento baixo de T3L foi o que se manteve mais frequentemente alterado. Um doseamento concomitante baixo de T3L e T4L na 1ª colheita associou-se a suporte cardiovascular mais frequente (80% vs. 40%;  $p=0,025$ ), e um doseamento T3L e T4L baixo na 2ª colheita associou-se a maior frequência de FMO (100% vs. 64%;  $p=0,034$ ).

**Discussão e conclusão:** A SDNT verificou-se em 93% dos doentes. A TSH parece ser a primeira hormona a normalizar. O doseamento baixo de T3L foi a alteração mais frequente e mantém-se baixa nos dias subsequentes. A alteração simultânea de T3L e T4L associou-se a maior necessidade de suporte cardiovascular e FMO.

As alterações encontradas no nosso estudo estão de acordo com a literatura. São necessários mais estudos para perceber se doseamento baixo de T4L pode ser um preditor de gravidade.

## PO 11

### SECÇÃO DOS VASOS FEMORAIS E PROTOCOLOS TRANSFUSIONAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Pais de Faria<sup>1</sup>; Beatriz Sousa Nunes<sup>1</sup>; Pedro Silva<sup>1</sup>; Sofia Carneiro<sup>1</sup>; João Falcão Estrada<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** Crianças com hemorragia life-threatening têm elevada mortalidade, sendo uma importante causa de morte evitável. A ativação de protocolos de transfusão maciça é rara em pediatria, contudo a identificação atempada dos casos permite aumentar a sobrevivência e diminuir os efeitos adversos.

Não existe consenso relativo aos critérios de ativação ou rácio ideal de eritrócitos:plasma:plaquetas.

**Relato do caso:** Criança de 10 anos submetida a artroplastia por doença de Perthes. Intercorrência cirúrgica com laceração da artéria e veia femorais comuns esquerdas, com necessidade de reconstrução vascular com enxerto venoso. Perda de sangue total estimada de 2000mL. Ressuscitação de fluidos com 2950 mL de cristalóide e 1000 mL de colóide. Suporte transfusional com cinco unidades de concentrado eritrocitário (UCE), duas unidades de plasma fresco congelado (PFC), um concentrado plaquetário (CP) e fibrinogénio. Administrado ácido tranexâmico. Oligoanúria transitória e instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte com noradrenalina (máximo 0,65 mcg/kg/min). Nas primeiras 24 horas de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) necessitou de quatro UCE e um CP. Pelo risco trombótico do enxerto venoso realizou heparina não fracionada até D3, seguida de heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica. Ventilação invasiva e suporte vasopressor até D5. Por hipocalcemia realizou reposição com gluconato de cálcio até D7. Função renal preservada, sem sobrecarga de volume, edema pulmonar ou discrasia hemorrágica. Pulsos pediosos palpáveis e sinal de Doppler presente. Transferida em D8.

**Discussão/Conclusão:** Descrevemos um caso de hemorragia maciça, com perda de sangue superior a 65% da volémia. A reposição foi feita com cristalóide, colóide e hemoderivados num rácio CE:PFC:CP de 5:2:1 no bloco e de 4:0:1 na UCIP. A evidência suporta a administração precoce de plasma e a administração de antifibrinolítico como adjuvante na prevenção da hiperfibrinólise associada à hemorragia. Contrariamente, parece demonstrar benefício na mortalidade precoce da uti-

lização de um menor rácio de CE:PFC:CP, tal como não recomenda a utilização de colóides pelo impacto negativo na hemostase. Verificou-se hipocalcemia, a complicação mais frequente, corrigida com suplementação. Este caso foi particularmente desafiante pela necessidade concomitante de anticoagulação pelo risco trombótico associado ao enxerto venoso. É necessária investigação adicional para o desenvolvimento de protocolos de transfusão maciça em pediatria.

**Palavras-chave:** pediatria; choque hipovolémico; hemorragia maciça; transfusão maciça.

## PO 12

### TORÇÃO DO MESENTÉRIO: UMA CAUSA RARA DE ABDÓMEN AGUDO

Isabel Maria do Amaral Rodeia Rodrigues de Brito<sup>1</sup>; Catarina Cezanne<sup>1</sup>; Inês Foz<sup>1</sup>; Cristina Esteves<sup>1</sup>; Bruno Sanches<sup>1</sup>; Anselmo Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** A dor abdominal é um sintoma frequente de recurso à Urgência Pediátrica, maioritariamente de causa benigna. Em crianças entre os 2 e 12 anos, 1-2% apresenta causa grave, como volvo intestinal, cetoacidose diabética, miocardite, traumatismo ou torção do ovário.

Relato Criança 11 anos, sexo feminino, sem antecedentes relevantes. Recorreu à Urgência por dor periumbilical e vômitos com 4 horas (h) de evolução; trânsito intestinal mantido. Após analgesia, melhorou da dor, revelando palpação abdominal tranquilizadora. Avaliação laboratorial: glicemia 220mg/dL, cetone-mia 0.1mg/dL, pH 7.30; PCR <0.5mg/dL. Nas horas seguintes, teve agravamento da dor abdominal, de carácter flutuante independente da analgesia. Cerca de 12h após a admissão, entrou em choque hipotensivo e iniciou vômitos fecaloides, com dor e defesa à palpação abdominal. Admitindo um quadro de suboclusão intestinal, foi realizada laparotomia de

emergência, em que se constatou uma torção da raiz do mesentério, com necrose jejuno-ileal. Nas primeiras 72h de admissão nos cuidados intensivos, a instabilidade hemodinâmica exigiu constante expansão de volemia e suporte inotrópico triplo. De seguida, o desafio foi o suporte nutricional (parentérico e entérico) perante a incerteza da viabilidade intestinal. Ao D22 foi transferida para uma Unidade diferenciada de gastroenterologia e nutrição, de onde teve alta ao D40, com uma combinação de nutrição entérica e parentérica em regime de ambulatório.

**Discussão:** A torção da raiz do mesentério é uma causa rara de dor abdominal, especialmente fora do período neonatal. O reconhecimento de que se trata de um quadro cirúrgico, mesmo que o diagnóstico definitivo seja intraoperatório, é crucial para a abordagem atempada de uma situação potencialmente fatal.

Neste caso, destacaram-se desafios como o choque refratário pelo grande volume perdido para o 3º espaço ou o seguimento nutricional, que reforçou a importância da articulação com centros de referência em que avanços como a nutrição parentérica em ambulatório são possíveis. A colaboração entre especialidades é essencial e deverá ser feita em centros com o máximo de recursos disponíveis assim que a estabilidade do doente permita.

**Conclusão:** A torção da raiz do mesentério é uma causa rara mas grave de dor abdominal. A evolução natural é catastrófica e a abordagem do doente crítico nestas circunstâncias exige a colaboração entre especialidades face aos desafios de estabilização, tratamento e seguimento.

## PO 13

### ESTADO DE MAL CONVULSIVO E MENINGITE A *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* NO DOENTE COMPLEXO: UM CASO CLÍNICO

Afonso Sousa<sup>1</sup>; Catarina Franquelim<sup>2</sup>; Inês Foz<sup>2</sup>; Nuno Santos Félix<sup>1</sup>; Margarida Pinto<sup>2</sup>; Paulo Calhau<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, EPE

**Introdução:** O *Streptococcus agalactiae* é uma das principais etiologias de meningite neonatal, sendo a literatura referente às restantes faixas etárias escassa. Em doentes com sistemas de derivação ventrículo-peritoneal (SDVP), a infeção é a principal complicação, frequentemente com consequências graves, devendo ser considerada sempre que existe um agravamento do estado neurológico de base.

**Relato de caso:** Rapariga de 9 anos, com antecedentes de prematuridade (25 semanas), hemorragia intraperiventricular complicada por hidrocefalia com colocação de SDVP no período neonatal, tetraparésia espástica e epilepsia. Admitida por perda de contacto, desvio conjugado do olhar, sialorreia e movimentos mastigatórios. Após terapêutica com diazepam retal sem sucesso, foi transportada para a Urgência Pediátrica. À admissão, 2 horas após o início do episódio, mantinha quadro neurológico sobreponível, com febre, hipoxémia, taquicardia e hipertensão arterial. Após terapêutica com levetiracetam e fenitoína, transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) em estado de mal refratário. Iniciou terapêutica de terceira linha (midazolam), com resolução da clínica convulsiva[NF9].

Por melhoria clínica, foi transferida para Enfermaria em D2. Apresentou febre (temperatura máxima 38.5°C) entre D5 e D7 com prostração e dor abdominal. Realizou ecografia abdominal (normal) e punção lombar (hiperproteinorráquia - 523 mg/dL, sem outras alte-

rações e exame cultural estéril). Agravamento clínico em D12 com dor abdominal e tumefação ruborizada no trajeto do SDVP. Avaliação analítica com elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 12.89 mg/dL e procalcitonina 8.78 ng/mL) e ecografia abdominal compatível com celulite peri-SDVP. Após drenagem de conteúdo purulento intra-abdominal e exteriorização de SDVP com colheita de LCR, iniciou antibioterapia endovenosa com cefotaxime e vancomicina. Isolamento de *S. agalactiae* no LCR e exsudado intra-abdominal; ajustada terapêutica para Penicilina G endovenosa. Completou 21 dias de terapêutica dirigida com melhoria clínica e esterilização do LCR. Recolocação de SDVP. Alta em D43. Reavaliação em ambulatório sem aparentes achados sequelares.

**Discussão/Conclusão:** O *S. agalactiae* pode colonizar os tratos gastrointestinal e urogenital e é uma causa rara de infeção do SDVP. Ao nosso conhecimento, esta é a primeira descrição a nível nacional de meningite bacteriana por *S. agalactiae* neste grupo etário. Este caso alerta para o seu possível papel patogénico, designadamente em crianças com SDVP.

## PO 14

### AMIGDALECTOMIA EM DOENTE DREPANOCÍTICO: UMA CASCATA DE COMPLICAÇÕES

Patrícia Dias Santos<sup>1</sup>; Inês Salva<sup>1</sup>; Marta Oliveira<sup>1</sup>; Paula Kjällerström<sup>1</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

A Anemia de células falciformes predispõe a complicações severas cujo tratamento pode requerer a admissão em cuidados intensivos, como é o caso da sépsis, síndrome torácico agudo ou acidente vascular cerebral. Descreve-se um caso atípico de múltiplas complicações graves concomitantes num doente drepanocítico sujeito a amigdalectomia.

Adolescente, 16 anos, com anemia de células

falciformes (fenótipo SS, com HbFetal elevada 11,8% e Hb basal 8,5g/dL), sem internamentos prévios que, por síndrome de apneia obstrutiva do sono, foi sujeito a amigdalectomia 7 dias prévios ao início de quadro de dor dorso-lombar, que motivou internamento para controlo algico. No primeiro dia de admissão apresentou febre e hipoxemia, que justificaram início de cefotaxime e clindamicina. Posteriormente, depressão do estado de consciência e anemia de novo (descida de 5 g/dL para 3.9 g/dL), tendo iniciado hematemese. Objetivada hemorragia local amigdalinas com subida dos parâmetros inflamatórios (aumento PCR de 92,4mg/L para 230mg/L e PCT de 0.6u/L para 12.9u/L) e prolongamento do TP (24,8seg), que evoluiu para choque descompensado. Por persistência de hemorragia fez revisão hemostase cirúrgica, tendo necessitado de transfusão maciça (2CE, 1CP, 1PFC) e tamponamento do cavum. Necessidade de ventilação mecânica invasiva com insuficiência respiratória tipo 2, com hipoxemia (necessidade de FiO2 até 70%) e hipercapnia com acidose respiratória. Manteve febre e elevação dos parâmetros inflamatórios (aumento de PCR até 277mg/L), motivo pelo qual foi adicionada vancomicina à antibioterapia prévia. Manteve coagulopatia (TP 19,7seg, fibrinogénio 1.8g/L) e trombocitopenia (40.000/uL), tendo realizado transfusão com 2 PFC, fibrinogénio e 2 CE. Manteve ventilação mecânica invasiva até D5 de internamento. Em D8 de internamento, apresentou quadro de alucinações visuais e discurso incoerente, tendo realizado RM-CE que revelou lesão sequelar gânglio-capsular esquerda, de provável etiologia vascular.

Num doente com patologia crónica, instabilidade hemodinâmica, hemorragia ativa ameaçadora da vida e coagulação vascular disseminada com necessidade de internamento em cuidados intensivos e ventilação

invasiva, foi realizado protocolo de transfusão maciça de hemoderivados e antibioterapia de largo espectro. Este caso realça também a dificuldade no reconhecimento de eventos neurológicos agudos em doentes sedados e ventilados.

**Palavras-chave:** Choque hemorrágico, Choque Séptico, Anemia de células falciformes

## PO 15

### ENCEFALITE AUTOIMUNE SERONEGATIVA – DESAFIOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rosário Stilwell<sup>1</sup>; Vera Brites<sup>1</sup>; Teresa Paíinho<sup>1</sup>; Sérgio Lamy<sup>1</sup>; Rita Silva<sup>1</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** A incidência de encefalite autoimune (EAI) é de 5-8 /100 000 indivíduos. Em até 50 % dos casos não são identificados anticorpos. A apresentação inclui alterações neuropsiquiátricas como doença do movimento, epilepsia, encefalopatia e disautonomia.

**Relato de caso:** Adolescente de 16 anos que, na sequência de infeção respiratória ligeira, inicia deterioração do estado de consciência (GCS 11) e clonias do membro superior esquerdo refratárias à terapêutica antiepiléptica, sendo admitida em UCIP. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios séricos e citoquímico PL sem alterações. Na RM crânio-encefálica relatadas discretas lesões de hipersinal T2 na substância branca frontal à direita. Medicada inicialmente com aciclovir, ciprofloxacina, ceftriaxone, leviteracetam e fenitoína e, posteriormente após suspeita de EAI com metilprednisolona e imunoglobulina (em D3). Eletroencefalograma com sobrecarga lenta mais acentuada na metade anterior do hemisfério esquerdo, com acentuação durante o sono, sem actividade paroxística relacionável com as clonias.

Por agravamento das clonias, com generalização ao hemicorpo esquerdo e refratarieda-

de à terapêutica e associação de insónia grave, disautonomia, alucinações visuais, crises convulsivas, realizou seis sessões de plasmafereze com posterior melhoria progressiva dos sintomas.

O estudo etiológico foi inconclusivo, a destacar contexto de infeção respiratória ligeira a SARS-CoV2, no líquor com anticorpos anti-SARS-CoV2 positivos em títulos baixos (3.19UI/mL anti proteína S, anti proteína N negativo) com PCR negativa. Sem lesão da barreira hematoencefálica e síntese intratecal sem alterações. Estudo de anticorpos anti neuronais e anti superfície neuronal negativos. Excluída etiologia paraneoplásica, pós-estreptocócica, encefalite de Hashimoto, lúpica e sarcoide. Atualmente apresenta mioclonias esporádicas hemicorpo esquerdo, e está em redução de PDN, sob MMF e antiepiléticos.

**Discussão:** As manifestações clínicas iniciais da encefalite auto imune (EAI) e da encefalite viral podem ser similares. Neste caso, associação de doença do movimento de novo, epilepsia e disautonomia favorecia o diagnóstico EAI. A presunção diagnóstica é vital para a instituição de terapêutica imunomoduladora precoce e adequada. Além do tratamento imunossupressor, o controlo sintomático tem também um papel muito importante na abordagem destes doentes.

**Conclusão:** A articulação com os cuidados intensivos pediátricos é crucial para otimizar os cuidados e o prognóstico dos doentes com EAI.

## PO 16

### SÍNDROME DE EMBOLIA GORDA COM ARDS APÓS TRAUMA

Beatriz Sousa Nunes<sup>1</sup>; Carolina Oliveira Gonçalves<sup>2</sup>; Andreia Abrantes<sup>1</sup>; Sofia Carneiro<sup>1</sup>; João Falcão Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia; <sup>2</sup>Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** O Embolismo Pulmonar Não Trombótico resulta da embolização de diferentes tipos de partículas para a circulação pulmonar, condicionando uma reação inflamatória grave das circulações pulmonar e sistémica. A Síndrome de Embolia Gorda (SEG) é uma consequência rara da Embolia Gorda, caracterizada pela tríade clássica de hipoxemia, disfunção neurológica e exantema petequeal.

**Relato do caso:** Adolescente de 17 anos submetido a cirurgia de encavilhamento da tibia direita por fratura exposta, após queda de dois metros de altura sem traumatismo crânioencefálico. Cerca de 16 horas depois com dispneia súbita, polipneia, hipoxemia em ar ambiente (SpO<sub>2</sub> 70%) e murmúrio vesicular simétrico com fervores bibasais. Gasimetria capilar sem hipercapnia ou acidemia. Tomografia computadorizada (TC) torácica com opacidades centrilobulares difusas e defeitos de repleção em ramos subsegmentares com oligoemia regional. Eco-doppler dos membros inferiores e ecocardiograma sem alterações. Agravamento progressivo da insuficiência respiratória e início de desorientação temporoespacial e prostração, com TC cranioencefálica sem alterações. Admitido em UCIP por ARDS grave, com hemorragia pulmonar e necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) durante cinco dias. Suporte aminérgico por hipotensão, sem hiperlactacidemia. Antibioticoterapia por febre e elevação da PCR, sem isolamento microbiológico. Anemia aguda com queda de 3,5 g/dL de Hb. Cumpriu

enoxaparina profilática e metilprednisolona. Em D9 transferido com oxigénio de alto fluxo, sem complicações neurológicas.

**Discussão:** De acordo com a literatura, o doente apresentou os sinais precoces da SEG mais frequentes, dispneia e hipoxemia, com instalação gradual nas primeiras 12-72 horas após o insulto. A embolização de partículas de gordura causa obstrução dos capilares pulmonares, traduzindo-se num padrão imagiológico com opacidades mais difusas, menos sugestivo de tromboembolismo pulmonar. A hemorragia pulmonar resulta do efeito protrombótico e inflamatório das partículas de gordura. A progressão para insuficiência respiratória grave resulta na necessidade de VMI em 50%. O doente apresentou um estado confusional agudo, clínica neurológica mais frequente da SGE, habitualmente reversível. O exantema está presente em apenas 1/3 dos casos. Foram cumpridos os critérios diagnósticos de Gurd. O benefício da corticoterapia e da heparina de baixo peso molecular permanece controverso.

**Conclusão:** O diagnóstico da SEG é um desafio clínico. A prevenção é essencial, não havendo evidência científica robusta de tratamentos específicos. O prognóstico é bom e a ARDS é a principal causa de morte.

## PO 17

### TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – CASUÍSTICA DE 10 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Maria Soto-Maior Costa<sup>1</sup>; Gabriela Botelho<sup>2</sup>; Sofia Carneiro<sup>3</sup>; Gabriela Pereira<sup>3</sup>; João Estrada<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo, Évora; <sup>3</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** As neoplasias do sistema nervoso central (SNC) constituem os tumores sólidos mais frequentes em idade pediátrica, com pico de incidência entre os 3 e os 7 anos. Apesar dos avanços na identificação e abordagem deste tipo de tumores, ainda representam uma causa muito importante de morbidade e mortalidade.

**Objetivos:** Caracterizar as admissões por pós-operatório de tumor do sistema nervoso central (SNC) numa UCIP durante um período de 10 anos (2012-2021).

**Metodologia:** Estudo observacional, analítico, retrospectivo. Dados recolhidos dos processos clínicos. Análise estatística com SPSS® (p-value  $\leq 0,05$ ).

**Resultados:** Neste período foram admitidos 120 doentes, correspondentes a 144 internamentos (16,6% reinternamentos).

A mediana de idades foi de 96 meses e 59% eram doentes do sexo masculino. A mediana de internamento foi de 2 dias (mín 2 dias, máx 72 dias). A localização mais frequente foi supratentorial (50%) e o tipo histológico, o astrocitoma (33%). Das intervenções realizadas, 77,1% corresponderam a ressecção, 11,8% a biópsia, e as restantes deveram-se a terapêutica cirúrgica de hidrocefalia.

A necessidade de ventilação invasiva (VMI) verificou-se em 14,6% dos internamentos, e de suporte inotrópico ou vasoactivo em 2,8%. Durante o internamento na UCIP, 29,2% dos

doentes tiveram algum tipo de complicação cirúrgica, sendo a mais frequente a presença de um novo défice neurológico à data de alta (9,7%, n=14). Dois doentes faleceram: um após hemorragia intracraniana, e outro por progressão da doença. Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a localização do tumor e a ocorrência de complicações, nem com a necessidade de aminas ou VMI.

**Discussão e Conclusão:** A literatura existente acerca da caracterização dos doentes pediátricos com tumores do SNC e suas complicações pós-operatórias é escassa. Ainda assim, a taxa de complicações, a necessidade de VMI e de suporte aminérgico da nossa amostra é globalmente inferior à verificada na literatura. Contudo, o facto de cerca de 1/3 dos doentes apresentarem algum tipo de complicação, justifica a sua vigilância e monitorização em contexto de UCIP.

**Palavras-chave:** neoplasia; sistema nervoso central; neurocirurgia; pós-operatório; cuidados intensivos pediátricos

## PO 18

### ABORDAGEM DO SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Bebiana Sousa<sup>1</sup>; Rita Gomes<sup>1</sup>; Gabriela Reis<sup>2</sup>; Líliliana Rocha<sup>3</sup>; Maria Sameiro-Faria<sup>3</sup>; Tânia Martins<sup>4</sup>; Paula Ferreira<sup>4</sup>; Sofia Ribeiro Fernandes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto;* <sup>2</sup>*Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo;* <sup>3</sup>*Unidade de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto;*

<sup>4</sup>*Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário do Porto*

**Introdução:** O Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) cursa com atingimento hematológico

grave e lesão renal aguda, frequentemente com necessidade de monitorização e intervenções terapêuticas em unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

**Objetivos:** Caracterização dos internamentos por SHU na UCIP de um hospital nível III.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos internamentos em UCIP de janeiro/2013 a agosto/2022 e colheita de dados demográficos, clínicos e analíticos.

**Resultados:** Verificaram-se 10 internamentos, 7 do sexo masculino, com idade mediana de 3 anos (P25:75 1-7). O internamento teve duração mediana de 7 (5-10) dias e a maioria foi internada aos 5 (3-9) dias de doença. Os sintomas iniciais mais frequentes foram os vômitos (80%), recusa alimentar (80%), febre (50%) e diarreia (50%). Na admissão, 70% apresentava lesão renal aguda, 80% hematóproteinúria e 20% oligoanúria. Todos efetuaram exclusão precoce do défice de ADAMTS13. Metade dos doentes necessitaram de sedoanalgesia, 1 de ventilação mecânica e nenhum de suporte inotrópico; foi efetuada plasmaferese em 6 (mediana 7 sessões) e 2 necessitaram de diálise; todos necessitaram de transfusão de eritrócitos (mediana 3U, hemoglobina mínima 6.9 g/dl) e 4 de transfusão de plaquetas (mediana 1U). Todos evoluíram favoravelmente com melhoria da função renal e resolução das alterações hematológicas. Dois doentes desenvolveram hipertensão arterial, um teve derrame pleural de moderado volume e outro isquemia digital no contexto de embolia arterial. Do estudo etiológico, 30% foram considerados SHU primários e 30% secundários (identificação de toxina Shiga - E.Coli em 2 casos e Pneumococo em 1 caso); nos restantes não houve confirmação de infeções nem de alterações da via do complemento.

**Discussão:** A tríade clínica descrita na literatura foi evidente na maioria dos casos admiti-

dos na UCIP, sendo internados no contexto de crises hemolíticas agudas graves e/ou atingimento renal com necessidade de terapêuticas específicas (plasmaferese ou substituição renal). A evolução foi favorável em todos os doentes, quer a nível da função renal, hematológica, quer da mortalidade, apesar desta patologia potencialmente fatal.

**Conclusão:** Os doentes com SHU grave devem ser monitorizados e tratados por uma equipa multidisciplinar (Intensivistas e Nefrologistas Pediátricos), em centros experientes, de forma a identificar e tratar potenciais complicações graves.

**Palavras-chave:** síndrome hemolítico-urémico, cuidados intensivos pediátricos

## PO 19

### NIV-NAVA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Miguel Paiva Pereira<sup>1</sup>; Ana Raquel Henriques<sup>2</sup>; Sofia Almeida<sup>2</sup>; Cristina Camilo<sup>2</sup>; Eugénia Matos<sup>2</sup>; Leonor Boto<sup>2</sup>; Francisco Abecasis<sup>2</sup>; Marisa Vieira<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Cuf Descobertas; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

**Introdução:** A Ventilação Assistida por Ajuste Neurológico (NAVA) utiliza a atividade elétrica do diafragma como trigger para a assistência do ventilador na respiração do doente, melhorando a sincronia doente-ventilador. O trigger NAVA pode ser utilizado em ventilação invasiva (VI) ou não invasiva (NIV-NAVA). Apresentado em 2006 tem tido um uso crescente, sobretudo na Neonatologia, havendo ainda poucos estudos em idade pediátrica.

**Objetivo:** Caracterizar e avaliar a evolução clínica dos doentes internados em UCIP de um hospital nível III, com suporte NIV-NAVA nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo dos doentes que tiveram suporte NIV-NAVA, entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de setembro de 2022, através da revisão dos processos clínicos.

**Resultados:** O NIV-NAVA foi utilizado em 26 doentes, 14 (54%) do sexo masculino. A mediana da idade à admissão foi de 31 dias (2d-240d), do peso 3.5Kg (2Kg-5Kg) e da duração de internamento de 10 dias (4d-72d). Verificaram-se dois óbitos, em doentes crónicos com patologia complexa. O diagnóstico mais comum na admissão foi bronquiolite aguda (n=19, 73%). Previamente ao início do uso de NIV-NAVA 12 doentes estavam em CPAP, 7 em BiPAP e 6 transitaram de NAVA (VI). Uma doente não tinha suporte ventilatório. Evolução dos valores médios da frequência respiratória (FR), SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (S/F), pH, pCO<sub>2</sub> e parâmetros ventilatórios 1h antes de iniciar NIV-NAVA, às 12h e 24h após início de NIV-NAVA, respetivamente: FR 51/43/40cpm, SF 305/324/336, pH 7.32/7.36/7.39, pCO<sub>2</sub> 59/56/54mmHg, PIP 19.4/15.8/16.0 cmH<sub>2</sub>O, vol/min 1.08/1.55/1.95 l/min. Média do nível NAVA máximo de 1.75cmH<sub>2</sub>O/uV e mediana da duração de NIV-NAVA de 2.8 dias (2 horas-9 dias). Quatro doentes fizeram sedoanalgesia em perfusão, todos em desmame pós VI. Verificou-se falência da técnica em 8 doentes (31%), 7 por apneia/bradipneia, 1 doente com atelectasia persistente.

**Conclusão:** O NIV-NAVA foi utilizado maioritariamente em RN e pequenos lactentes com bronquiolite aguda. Observada melhoria clínica e redução de parâmetros ventilatórios nas primeiras 24h. Só foi utilizada sedoanalgesia em perfusão nos doentes em desmame após VI. São necessários mais estudos para avaliar o impacto clínico da utilização do trigger NAVA em idade pediátrica, após o período neonatal.

## PO 20

### CRANIOFARINGIOMAS: EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Francisco Branco Caetano<sup>1</sup>; Joana Pais de Faria<sup>1</sup>; Amets Sagarrabay<sup>1</sup>; Mário Matos<sup>1</sup>; Lurdes Lopes<sup>1</sup>; João Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Central | Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** Considerados histologicamente benignos, os craniofaringiomas são tumores com origem em resquícios embrionários, em proximidade anatômica com estruturas vitais e com as vias óticas. Tanto a expansão primária como correção cirúrgica são causas de morbilidade significativa. Sendo ubíqua a necessidade de alguma terapêutica de substituição hormonal, existe variabilidade entre os eixos afetados.

**Objetivos:** Caracterizar a população pediátrica com diagnóstico de craniofaringioma operado, internada numa unidade de cuidados intensivos assim como as complicações endocrinológicas a longo prazo.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo entre janeiro de 2009 e abril de 2022. Analisaram-se dados epidemiológicos e clínicos.

**Resultados:** Foram admitidos 8 doentes com diagnóstico de craniofaringioma, predominantemente do sexo masculino (6/8). A mediana de idade ao diagnóstico foi de 6,5 anos (min. 1 ano, max. 10 anos). Em 5 doentes, o principal sintoma ao diagnóstico foi a alteração da acuidade visual; 4 doentes apresentavam queixas de cefaleias e 2 má progressão ponderal. A idade mediana da primeira intervenção cirúrgica foi sobreponível à do diagnóstico, tendo sido realizada ressecção total da lesão em 5/8 doentes. Três doentes realizaram radioterapia após a intervenção, tendo existido recidiva em 2 casos. Todos os doentes apresentaram hipotireoidismo central e diabetes insípida e 6 apresentaram

também défice de hormona de crescimento, hipogonadismo hipogonadotrófico ou hipocortisolismo. Metade dos doentes apresentou pan-hipopituitarismo. Em 5 doentes foram objectivados défices visuais após a intervenção. Não existiram óbitos.

**Discussão:** Foi objetivada uma predominância de doentes do sexo masculino ligeiramente superior à descrita. Apesar de na maioria dos casos ter sido realizada uma ressecção radical, foi tentada uma abordagem conservando as estruturas do eixo hipotálamo-hipófise numa parte significativa dos doentes, com vista a uma melhor qualidade de vida no período pós-operatório. A morbilidade endocrinológica foi transversal.

**Conclusão:** A abordagem médico-cirúrgica do craniofaringioma é complexa, requerendo uma cuidada intervenção multidisciplinar. O diagnóstico de défices endocrinológicos e respetivo plano terapêutico deve ser definido tão precocemente quanto possível.

**Palavras-chave:** craniofaringioma, pan-hipopituitarismo



## ORGANIZAÇÃO



Secção de Cuidados  
Intensivos Pediátricos  
Entidade Reguladora de Saúde

## SPONSORS



## SECRETARIADO

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

+351 21 842 97 10  
sofia.gomes@admedic.pt  
[www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)