

53

CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEONATOLOGIA

20 E 21 DE NOVEMBRO 2025
CENTRO DE CONGRESSOS DE AVEIRO



Índice

PO01- GASTROSQUISIS RESULTADOS DE 23 ANOS DE ABORDAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NEONATAL INTEGRADA

PO02- QUANDO A PREMATURIDADE ENCONTRA A HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DOIS CASOS, UMA HISTÓRIA DE SUCESSO

PO03- 25 ANOS DE HIPERPLASIA CONGÉNITA DA SUPRARRENAL NO PERÍODO NEONATAL

PO04- HÉRNIA INGUINAL EM RECÉM-NASCIDOS: É POSSIVEL PREVER A ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA IDEAL

PO05- TRAUMATISMO CRANIANO NO PARTO- FATORES DE RISCO E MODELO PREDITIVO DE LESÃO GRAVE

PO06- HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA NA UCIN – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

PO07- AVC PERINATAL A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO 2010-2025

PO08- IMPACTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DOS OUTCOMES OBSTÉTRICOS E NEONATAIS

PO09- CASUÍSTICA 11 ANOS – DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL

PO10- A RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL DA DADORA E A COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DO LEITE HUMANO DA DADORA – ESTUDO PILOTO

PO11- CRESCIMENTO PÓS-NATAL NUMA POPULAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

PO12- RECÉM-NASCIDOS DE TERMO INTERNADOS NA UCIN DE UM HOSPITAL NÍVEL II, EM 2024 – ESTUDO CASO-CONTROLO

PO14- DIFICULDADE RESPIRATÓRIA NA PREMATURIDADE TARDIA

PO15- CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS INTERNADOS NO BERÇÁRIO DA ULS GAIA E ESPINO (2019-2024)

PO16- SIMPLICIDADE NA COMPLEXIDADE: 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA COM BOLSAS DE NUTRIÇÃO PARENTERAL PADRONIZADAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NÍVEL 3

PO17- FATORES CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS QUE CONDICIONAM INTERNAMENTO NEONATAL PROLONGADO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS

PO18- NAVA (NEURALLY ADJUSTED VENTILATORY ASSIST): EXPERIÊNCIA DE UMA UCIN GRAU III

PO19- IMPACTO DA IMUNIZAÇÃO COM NIRSEVIMAB EM LACTENTES PREMATUROS

PO20- RASTREIO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

PO21- SURDEZ CONGÉNITA OU PRECOCEMENTE ADQUIRIDA: DO RASTREIO AO DIAGNÓSTICO

PO22- ENCERRAMENTO PRECOCE DO CANAL ARTERIAL - SÉRIE DE CASOS DE UM CENTRO PERINATAL DIFERENCIADO

PO23- UM OLHAR RETROPETIVO SOBRE SIFILIS CONGÉNITA - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

PO24- COMO ESTÁ A SER CUMPRIDA A VACINAÇÃO COM O BCG?

PO25- ECOGRAFIA INTESTINAL PARA DETEÇÃO PRECOCE DE DOENÇA RELACIONADA COM A VISCOSIDADE MECONIAL EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: UMA SÉRIE DE CASOS

PO26- APORTE HÍDRICO, ALIMENTAÇÃO ENTERAL E A DISPLASIA BRONCOPULMONAR-10 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

PO27- DISPLASIA BRONCOPULMONAR - CASUÍSTICA DE 10 ANOS

PO28- TEMPO PARA POSITIVIDADE DE HEMOCULTURAS EM RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS – ESTUDO RETROSPETIVO

PO29- PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSIS NEONATAL PRECOCE, TARDIA E NOSOCOMIAL: 13 ANOS DE ANÁLISE

PO30- MARCADORES HEMATOLÓGICOS NA SÉPSIS NEONATAL TARDIA EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

PO31- COLONIZAÇÃO POR ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES EM UCIN DE UM HOSPITAL NÍVEL III: ESTUDO CASO-CONTROLO E ANÁLISE DE FATORES DE RISCO

PO32- SERÃO NECESSÁRIAS 4 HORAS DE AMPICILINA PARA PROFILAXIA ADEQUADA DE SÉPSIS PRECOCE A STREPTOCOCCUS GRUPO B?

PO33- ABORDAGEM DO RISCO DE SEPSIS PRECOCE: RESULTADOS DE UM INQUÉRITO NACIONAL

PO34- CASUÍSTICA DE CATETERISMO CENTRAL EM UNIDADE DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

PO35- COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVO MULTIRRESISTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: UM ESTUDO RETROSPETIVO

PO36- TENDÊNCIAS TEMPORAIS, FATORES DE RISCO E OUTCOMES EM INFECÇÕES NOSOCOMIAIS NUMA UCIN: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

PO37- BANCO DE LEITE HUMANO: CRIAR VALOR EM SAÚDE PARA O FUTURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO

PO38- SATISFAÇÃO DAS DADORAS DE UM BANCO DE LEITE HUMANO

PO39- ALTERAÇÕES IÓNICAS EM RECÉM-NASCIDOS DO BERÇÁRIO DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II

PO40- IMPACTO DA ABERTURA DE UM BANCO DE LEITE NAS PRÁTICAS NUTRICIONAIS E NA INCIDÊNCIA DE COMORBILIDADES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: ESTUDO RETROSPETIVO

PO41- FORMAÇÃO FINE NA NEONATOLOGIA: QUALIFICAR EQUIPAS PARA AUMENTAR VALOR EM SAÚDE

PO42- DA UCIN AO DOMICÍLIO: CONTINUIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

PO43- ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NUMA UCIN NÍVEL III: IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM BANCO LEITE DE HUMANO

PO44- BARREIRAS E FACILITADORES DE CUIDADOS CANGURU NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS PORTUGUESAS

PO45- FIFTEEN YEARS OF THE HUMAN MILK BANK OF MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA, LISBON, PORTUGAL



Gastrosquisis: resultados de 23 anos de abordagem médico-cirúrgica neonatal integrada

Silvana Ribeiro (1;2), Catarina Alves(3), Cristina Ferreras (1), José Miguel Campos (2), Mariana Dias (2), Leonor Carmo (2), Henrique Soares (1), Susana Pissarra (1)

(1) Serviço de Neonatologia da ULS São João, Unidade Local De Saúde São João, Porto, Portugal

(2) Serviço de Cirurgia Pediátrica, Unidade Local De Saúde São João, Porto, Portugal

(2) Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local De Saúde São João, Porto, Portugal

Introdução

A gastrosquisis é uma **malformação congénita da parede abdominal anterior** que, embora geralmente associada a prognóstico favorável, mantém morbilidade significativa.

Avaliamos os resultados clínicos desta patologia, com base na **experiência de 23 anos** de um **centro médico-cirúrgico terciário**.

Objetivo

Identificar fatores associados à morbilidade, de modo a apoiar estratégias terapêuticas mais individualizadas e eficientes.

Métodos

Estudo retrospectivo dos recém-nascidos internados por gastrosquisis na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um centro terciário, entre **2002 - 2024**.

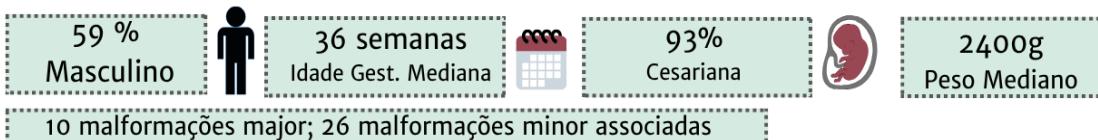
Variáveis avaliadas:

- Idade gestacional
- Sexo
- Tipo parto
- Peso
- Malformações associadas
- Órgãos herniados
- Tipo de gastrosquisis
- Técnica de encerramento
- Tempo de exposição de órgãos
- Duração de Ventilação mecânica
- Duração de Nutrição parentérica (NPE)
- Duração Nutrição Entérica (NE)
- Complicações precoces (<30 dias)
- Tempo de internamento
- Peso à data de alta
- Síndrome de intestino curto
- Mortalidade

Análise descritiva e comparativa entre **gastrosquisis simples Vs complexa** e **técnica de encerramento**
(Teste U Mann-Whitney/Teste Fisher).

Resultados

58 doentes



Órgãos herniados:

95% intestino
19% bexiga
11% gónadas
9% estômago
3% fígado

8 Gastrosquisis complexa

Cirurgia em D1 de vida (100%)
1.5h Exposição

43 Encerramento 1º

13 Encerramento diferido (Silo)

4 Mortes
3 intestino
Curto

• As **formas complexas** apresentaram **tempos superiores** de ventilação, NPE, início e totalização de NE, e internamento ($p < .05$)

• O tipo de encerramento **não se associou** a outcomes estatisticamente diferentes ou complicações precoces ($p > .05$)

Conclusão

Resultados consistentes com principais centro internacionais.

As **formas complexas** mantêm **maior morbilidade e consumo de recursos intensivos**.

A **técnica de encerramento não teve impacto nos resultados precoces**

Necessário abordagem integrada e multidisciplinar centrada na estabilização neonatal e otimização nutricional.

Quando a prematuridade encontra a Hérnia Diafragmática Congénita: Dois Casos, uma história de sucesso

Francisco Pinto Brás^{1,2}; Pedro Teixeira Da Silva^{1,2}; Vanessa Costa²; Mário Rui Correia³; Sofia Marinho³; Fátima Carvalho³; Luís Guedes-Martins⁴; Carmen Carvalho¹; Sara Domingues¹; Miguel Fonte¹

1 - Serviço de Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) Albino Aroso, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA); 2 - Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) Albino Aroso, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA); 3 - Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) Albino Aroso, Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA); 4 - Centro de Medicina Fetal (Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva), Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA)

INTRODUÇÃO

A hérnia diafragmática congénita (HDC) é uma malformação rara (1–4/10.000 nados-vivos) associada a elevada morbilidade respiratória e risco neurológico. A ocorrência em gémeos monozigóticos é excepcional e constitui um desafio clínico acrescido.

DESCRÍÇÃO DOS CASOS

Diagnóstico pré-natal:

- Gémeos monozigóticos-biamnióticos, HDC esquerda diagnosticada às 28 semanas + 5 dias (Feto 1 - imagens 1 e 3) e 29 semanas +5 dias (Feto 2 - imagem 4).
- Estômago em posição normal em ambos.

28 semanas e 5 dias

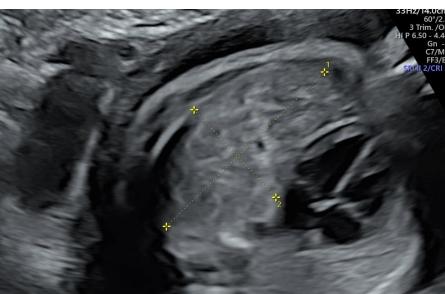


Imagen 1: Feto 1 - desvio mediastínico direito e imagem sugestiva de hérnia diafragmática esquerda.

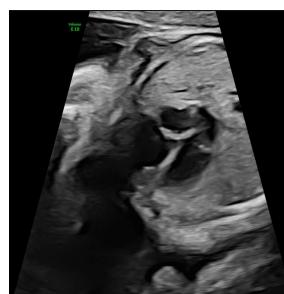


Imagen 2: Feto 2 - Ecografia aparentemente normal.

29 semanas e 5 dias



Imagen 3: Feto 1 - desvio mediastínico direito e hérnia diafragmática congénita esquerda.

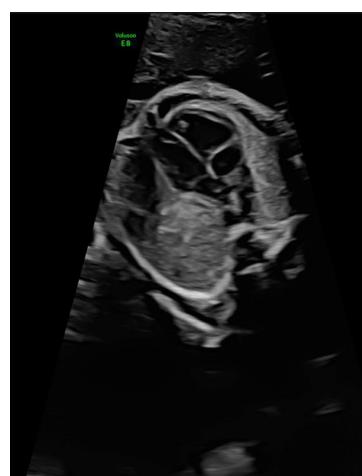


Imagen 4: Feto 2 - desvio mediastínico direito ligeiro e hérnia diafragmática congénita esquerda.

Parto:

- Cesariana às 30 semanas + 4 dias (rotura prolongada de membranas).
- Pesos ao nascimento:
 - Gêmeo 1: 1190g (P_{18}).
 - Gêmeo 2: 1534g (P_{55}).
- Hérnia diafragmática congénita de Bochdalek esquerda tipo B (ambos) - imagens 5 e 6.

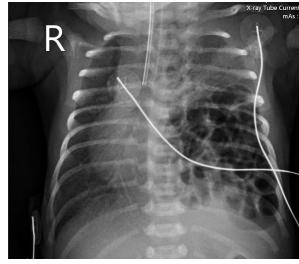


Imagen 5: Gêmeo 1 - Hérnia diafragmática esquerda (radiografia torácica em D1).

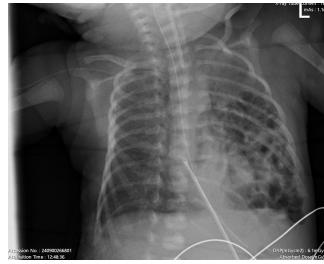


Imagen 6: Gêmeo 2 - Hérnia diafragmática esquerda (radiografia torácica em D1).

Cirurgia:

- Ao 3º dia de vida:
 - Encerramento primário por laparotomia transversa esquerda.

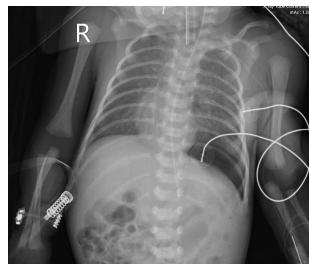


Imagen 7: Gêmeo 1 - Radiografia torácica após cirurgia.

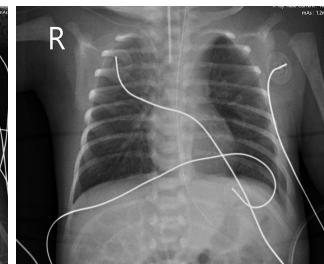


Imagen 8: Gêmeo 2 - Radiografia torácica após cirurgia.

Evolução:

- Extubação ao 6º dia de vida → ventilação espontânea desde D14.
- Estimulação precoce iniciada durante o internamento.
- Alimentação entérica em D4 com leite materno, posteriormente fortificado. Autonomia alimentar em D34.
- Ecografias cerebrais seriadas normais.
- Alta clínica às 36 semanas de idade pós-menstrual, sem intercorrências clínicas.



Cariótipo normal

Seguimento:

- Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE):**
 - 3 meses: 68/78 (G1), 70/78 (G2).
 - 9 meses: 75/78 (G1), 77/78 (G2).
- Desenvolvimento aos 10 meses de idade corrigida:**
 - Sentar, marcha autónoma, linguagem inicial e interação social adequadas.
- Evolução estaturo-ponderal adequada**
 - Gêmeo 1: Peso P_{87} ; Comprimento P_{20} ; Perímetro céfálico P_{23} .
 - Gêmeo 2: Peso P_{48} ; Comprimento P_{20} ; Perímetro céfálico P_{26} .
- PNV atualizado + extra-plano:** Ig anti-VSR + anti-rotavírus + anti meningocócica (ACWY) + BCG + Pn20.

CONCLUSÃO

- A grande prematuridade e a HDC representam risco elevado de morbilidade neurológica.
- A orientação inicial e o seguimento interdisciplinar, assim como a intervenção precoce, foram aspectos essenciais que provavelmente contribuiram para um bom prognóstico.
- A avaliação clínica seriada com recurso a ferramentas padronizadas, como o HINE, é útil na monitorização neurológica precoce contribuindo para o ajuste e a orientação da intervenção precoce de forma contínua.

Referências bibliográficas





25 ANOS DE HIPERPLASIA CONGÉNITA DA SUPRARRENAL NO PERÍODO NEONATAL

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA

Ana Miguel Reis¹, Armando Rebelo², Lina Ramos³, Alice Mirante⁴, Ana Sofia Vaz²

1 - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; 2 - Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal; 3 - Serviço de Genética Médica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal; 4 - Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal.

Introdução

- A Hiperplasia Congénita da Suprarrenal (HCSR) integra um grupo de doenças genéticas autossómicas recessivas.
- O défice de 21-hidroxilase é a forma mais comum, associada a complicações potencialmente fatais nos primeiros dias de vida.
- O rastreio neonatal da HCSR está incluído nos programas de rastreio neonatal universal em vários países, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoces, com impacto no prognóstico.

Objetivo

Analizar os casos de HCSR diagnosticados no período pré-natal/neonatal nos últimos 25 anos.

Métodos

- Estudo observacional, retrospectivo e descritivo.
- Incluídos casos de HCSR diagnosticada no período pré-natal/neonatal, de janeiro/2000 a dezembro/2024, nas maternidades da ULS Coimbra.
- Análise descritiva dos dados com recurso ao software IBM/SPSS, versão 29.0.

Resultados

10 recém-nascidos

→ Incidência: 0,14/1000 nascimentos.

Tabela Resumo

Caso	Sexo	PN (gramas)	IG (semanas)	Diagnóstico Pré-Natal	Alteração do Desenvolvimento Sexual (Escala de Prader)	Crise Adrenal (D2-D15)	Comorbilidades Neonatais	Complicações Tardias
1	F	3620	39	Não	Prader I	Não	-	Amenorreia Primária Acne Voz Grave
2	F	3785	38	Sim	Prader I	Não	TTRN Sépsis Clínica	Amenorreia Secundária Acne Hirsutismo
3	F	2880	39	Não	Prader I	Não	-	Acne
4	F	3420	40	Não	Prader II	Não	TTRN Pielonefrite Aguda	*
5	F	3730	39	Não	Prader III	Sim	Hiperbilirrubinémia	*
6	F	3400	39	Não	Prader III	Não	-	Amenorreia Secundária Hirsutismo
7	F	2490	37	Não	Prader III	Sim	Pielonefrite Aguda Hipertrofia Biventricular	*
8	F	3000	38	Não	Prader IV	Sim	-	Acne Hirsutismo Voz grave Irregularidade Menstrual
9	F	2125	33	Não	Prader II	Sim	-	*
10	M	1320	29	Não	Sem alteração	Sim	Hipotensão Hiperbilirrubinémia Apneia	Sem alterações

90% F

2 PT

1 com DPN

Dexametasona durante a gestação

50% com crise adrenal

60% com comorbilidades neonatais

Todos os casos do sexo feminino apresentaram alteração do desenvolvimento sexual, com virilização de grau variável.

Todos os casos do sexo feminino que atingiram a puberdade tiveram complicações tardias.

8 submetidos a cirurgia urológica

Todos com terapêutica de manutenção

Hidrocortisona e Fludrocortisona

Legenda: DPN – Diagnóstico Pré-Natal; F – Feminino; IG – Idade Gestacional; M – masculino; PN – Peso ao Nascimento; PT – Prematuro; TTRN – Taquipneia Transitoria do Recém-nascido. * Crianças que ainda não atingiram a puberdade à data do estudo.

TODOS os casos de HCSR diagnosticados: Forma Clássica Perdedora de Sal.

O estudo molecular revelou variantes patogénicas do gene CYP21A2 em 8 dos 9 recém-nascidos testados.

Nos restantes casos, o diagnóstico foi bioquímico (* da 21-hidroxiprogesterona).

Conclusão

O presente estudo contribuiu para a caracterização mais abrangente da HCSR, destacando-se pela sua extensão temporal.

A elevada incidência de complicações neonatais e tardias reforça a importância de um diagnóstico e instituição de terapêutica precoces.

Os autores sugerem uma reflexão sobre a potencial inclusão da HCSR no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.



Hérnia inguinal em recém-nascidos – É possível prever a estratégia terapêutica ideal?

Silvana Ribeiro (1; 2), Carolina Soares-Aquino (2), Leonor Carmo (2), José Miguel Campos (2), Henrique Soares (1), Mariana Dias (2)

(1) Serviço de Neonatologia da ULS São João, Unidade Local De Saúde São João, Porto, Portugal

(2) Serviço de Cirurgia Pediátrica, Unidade Local De Saúde São João, Porto, Portugal

Introdução

A hérnia inguinal é uma **condição comum** que requer reparação cirúrgica em crianças.

Em **recém-nascidos pré-termo (PT)**, a incidência pode atingir 20%, sobretudo pelo **nascimento previamente ao encerramento embriológico do processus vaginalis**.

Apesar de frequentemente realizado, a **abordagem e momento cirúrgico ideais permanecem incertos**, refletindo-se na variação significativa na prática clínica e em considerações associadas ao risco anestésico.

Objetivo

Avaliar fatores preditivos do **momento cirúrgico ideal** para a reparação da hérnia inguinal (RHI) e do **respetivo desfecho**.

Methods

Análise retrospectiva de **recém-nascidos e PT diagnosticados com hérnia inguinal** durante o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), **ao longo de 14 anos**.

Critérios exclusão: Dados incompletos ou ausência de avaliação por cirurgião pediátrico.

- | Variáveis obtidas: | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| • Idade gestacional | • Sintomas ao diagnóstico | • Procedimentos simultâneos | |
| • Sexo | • Lateralidade | • Resolução espontânea | |
| • Anomalias congénitas | • Estudo ecográfico | • Resultados | |
| • Idade ao diagnóstico | • Tempo cirúrgico (UCIN/pós-UCIN) | | |

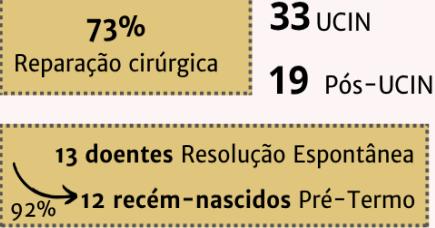
Results

70 doentes



5 perda de follow-up

60% Ecografia



UCIN Vs. Pós-UCIN

- Taxas de reparação contralateral similar ($p > .05$)
- Nenhuma variável clínica foi preditora do tempo cirúrgico ótimo ($p > .05$)
- Quando combinados resultados adversos (complicações cirúrgicas e recorrência) mais frequentes na reparação na UCIN ($p=0.0208$)

Conclusion

Não existem preditores claros que guiam o **tempo de RHI** em **recém-nascidos**.

Embora a reparação precoce seja frequentemente necessária, pode implicar não só maior risco anestésico, mas também piores resultados cirúrgicos. A possibilidade de **resolução espontânea** não deve ser desvalorizada em casos selecionados, sobretudo em **lactentes PT**.

TRAUMATISMO CRANIANO NO PARTO: FATORES DE RISCO E MODELO PREDITIVO DE LESÃO GRAVE

Liliana Carvalho de Sousa¹, Ana Filipa Ramôa¹, Sara Nogueira Machado¹, Maria José Costeira²

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Ave; 2 – Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave

INTRODUÇÃO

- O **traumatismo craniano** é a forma mais comum de **trauma neonatal associado ao parto**, variando entre alterações benignas e autolimitadas e **lesões graves potencialmente fatais**.
 - A identificação precoce de **fatores de risco** é fundamental para **estratificação do risco** e **orientação da vigilância do recém-nascido (RN)**.

OBJETIVO



- Caracterizar uma coorte de RN com traumatismo craniano associado ao parto e desenvolver um modelo preditivo de risco para a ocorrência de lesões graves.

MÉTODOS

 Estudo de coorte retrospectivo e observational;
906 RN com traumatismo craniano, nascidos entre
01/2022 e 05/2025 num hospital de nível III.

Lesão grave: hemorragia intracraniana (IC), fratura craniana, hemorragia subgaleal

Lesão de baixo risco: cefalohematoma, *caput succedaneum*, marca de implantação da ventosa (MIV), laceração

 Comparação de características demográficas, obstétricas e neonatais entre os grupos (testes não paramétricos);
Modelo preditivo de risco através de regressão logística multivariada;
Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

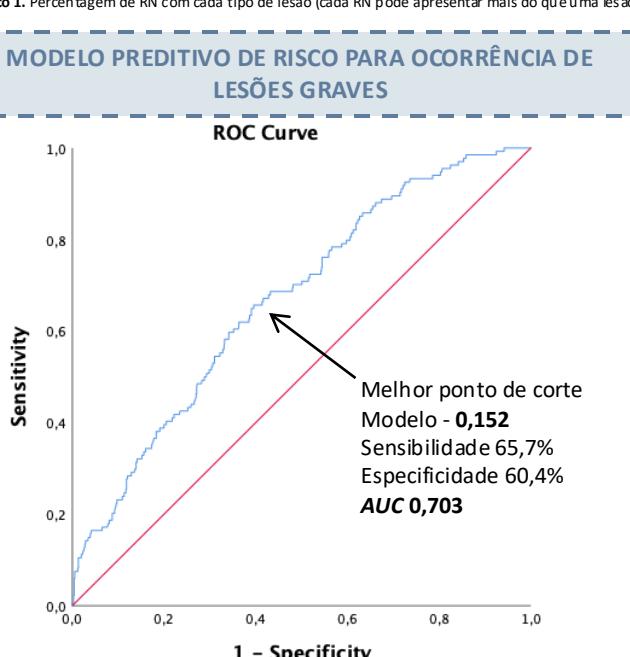
RESULTADOS



Gráfico 4. Percentagem da PN com cada tipo de lesão (cada PN pode apresentar mais de uma lesão).

	Sem lesão grave (n=772)	≥1 lesão grave (n=134)	p-value
Idade materna	31,0 (28,0-35,0)	31,0 (27,0-34,0)	0,538*
Paridade			
Primiparidade	543 (70,4%)	111 (82,8%)	0,003**
Multiparidade	228 (29,6%)	23 (17,2%)	
Antecedentes de Diabetes	81 (10,8%)	16 (12,2%)	0,641**
Idade gestacional (semanas)	39,0 (38,0-40,0)	39,0 (38,0-40,0)	0,601*
Tipo de parto			
Eutóxico	213 (27,6%)	19 (14,2%)	<0,001**
Instrumentado	414 (53,6%)	97 (72,4%)	
Cesariana	145 (18,8%)	18 (13,4%)	
Parto no período noturno†	216 (28,0%)	36 (26,9%)	0,777**
Fase ativa do TP (horas)	7,0 (5,0-10,0)	9,0 (7,0-12,0)	<0,001*
Sexo			
Masculino	425 (55,1%)	75 (56,0%)	0,844**
Feminino	347 (44,9%)	59 (44,0%)	
Somatometria ao nascimento			
Peso (g)	3200,0 (2925,0-3470,0)	3310,0 (2995,0-3597,5)	0,016*
Comprimento (cm)	49,0 (48,0-50,0)	49,5 (48,0-50,5)	0,045*
Perímetro céfálico (cm)	34,2 (33,3-35,0)	34,5 (33,5-35,5)	0,044*

Tabela 1. Características demográficas e clínicas dos grupos. Variáveis quantitativas apresentadas como mediana (P25-P75) e variáveis categóricas apresentadas como n (%). Legenda: TP – Trabalho de parto. *Mann-Whitney. ** χ^2 . †00h00-08h00.



Os RN com um valor do modelo >0,152 ou uma probabilidade, calculada a partir do modelo, >53,8% têm maior probabilidade de apresentar uma lesão grave.

Probabilidade de lesão grave: $\frac{1}{1+e^{-\text{modelo}}} \times 100\%$

Modelo: $3,066 + (0,001 \times \text{peso ao nascimento}) + (0,155 \times \text{parto por cesariana}) + (0,961 \times \text{parto instrumentado}) + (0,753 \times \text{primiparidade}) - (0,248 \times \text{idade gestacional})$

onde peso ao nascimento (gramas), parto por cesariana (0: não, 1: sim), parto instrumentalizado (0: não, 1: sim) primiparidade (0: não, 1: sim), idade gestacional (semanas).

CONCLUSÕES

Fatores de risco independentes para traumatismo craniano grave associado ao parto: **maior peso ao nascimento, parto instrumentado, primiparidade e menor idade gestacional**.

Modelo preditivo desenvolvido apresentou desempenho moderado.

Lesões graves
associaram-se a
desfechos

IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DIRECIONADA NOS BN DE MAIOR RISCO

Utilidade destas ferramentas preditivas na prática clínica (necessária validação externa antes da sua aplicação rotineira).

Page 1 of 1



HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA NA UCIN: CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Dora Sousa¹, Matilde Pinto¹, Catarina Fraga¹, Catarina Carvalho², Sofia Marinho², Marta Nascimento¹, Catarina Liz¹, Elisa Proença¹

¹Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte– Unidade Local de Saúde de Santo António (CMIN – ULSSA) | ²Serviço de Cirurgia Pediátrica, CMIN – ULSSA

INTRODUÇÃO

A **hérmia diafragmática congénita (HDC)** define-se como um **defeito no diafragma**, que permite a passagem do conteúdo abdominal para o hemitórax. Ocorre mais frequentemente na porção postero-lateral (*Bochdalek*) do diafragma e à esquerda. Trata-se de uma **patologia rara** (2,3 – 2,6/10.000 nados-vivos), mortalidade associada 20 – 30%. A **hipoplasia pulmonar** associada à **hipertensão pulmonar (HTP)** e **disfunção cardíaca (DC)** constituem características patofisiológicas relevantes do quadro clínico.



OBJETIVO

REVER A ABORDAGEM E EVOLUÇÃO DO RECÉM-NASCIDOS (RN) COM HDC INTERNADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

MÉTODOS

- Estudo observacional retrospectivo descritivo dos RN com HDC internados na UCIN do CMIN (nível 3) entre 2015 e 2025
- Colheita de dados através da consulta dos registos médicos eletrónicos
- Critérios de exclusão: eventrações diafragmáticas

RESULTADOS

RN com HDC n=9

HDC Bochdalek, esquerda n=9

♂:♀ 6:3

Gravidez espontânea n=9

DPN n=7 (20s – 29s+5d)

→ Sinais **indiretos** n=7

→ Sinais **diretos** n=5 → **Hemicação**: Fígado n=1 | Intestino n=1 | Baço n=1 | Estômago n=2

→ RM fetal n=3

Ecocardiograma n=6 → Ø DC (desvio cardíaco DRT n=4)

Outras alterações: Dilatação piélica n=1 | Craniossinostose n=1 | Criotorquidia n=3 | Onfalocelo n=1

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL (DPN)

Ø n=2 → ↑ V pulmão ESQ + ↑ ecogenicidade pulmão DRT + **desvio cardíaco DRT**
→ Sinal dupla bolha + **polihidrâmnios** + ? atrésia duodeno

Ø n=2 → gémeos

PARTO

RN pré-termo n=3

IG mediana 37s+2d

(mín. 30s+4d | máx. 41s)

RN cesariana n=6 (gémeos n=2)

AIG n=9

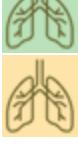
Entubação eletiva n=7

AVALIAÇÃO INICIAL E ABORDAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



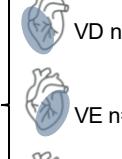
ADMISSÃO

HTP n=7



Ligeira n=2

DC n=4



VD n=2



Moderada n=5



VE n=1



BiV n=1

Dobutamina n=5

duração mediana 7d (AIQ 20 | máx. 23)

Dopamina n=6

duração mediana 3d (AIQ 3 | máx. 16)

Óxido nítrico inalado (iNO) n=1

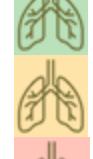
duração 2d

† RN com onfalocelo (4h vida)



PRÉ-OPERATÓRIO

HTP n=6



Ligeira n=2

DC n=2



VD n=1



Moderada n=5



Grave n=1



BiV n=1

EVOLUÇÃO CLÍNICA, OUTCOMES E ORIENTAÇÃO

COMPLICAÇÕES: Pneumotórax n=2; **derrame pleural n=3** (n=1 quilotórax) !

2 casos HTP **moderada** → **grave + DC VD** (D7 e D11) → iNO + milrinona + suporte inotrópico

1 caso HTP **grave** → **ligeira** (D22)

Restantes → resolução gradual HTP e DC

Ø necessidade análogos das prostaciclínas

Ø oxigenação por membrana extra-corpórea

Convencional n=9 | Alta frequência oscilatória n=2

→ 3 casos HTP **grave** → alta sob sildenafil oral

→ Duração mediana **ventilação invasiva (VI) 10d** (AIQ 22,5) (mín. 5 | máx. 51)

→ Duração mediana **internamento 40,5d** (AIQ 22,5)

→ Taxa de **sobrevida total 80%**

† RN com HDC direita (bloco partos)

Ventilação espontânea n=6 | Cânulas nasais alto fluxo n=1 | VI n=1
Consulta n=4 | Internamento Pediatria n=2 | UCIN/UCIP n=2

CIRURGIA

RN operados n=8

Idade mediana 3d (AIQ 3)

Laparatomia n=5

Defeito B n=7 (n=1 B/C); D n=1

Encerramento direto n=6

CONCLUSÕES

A HDC apresenta um **espetro de gravidade variável**. O **fenótipo pré-natal** influencia a evolução e o prognóstico, orientando o planeamento perinatal e a abordagem terapêutica. A gestão de cada RN deve **adecuar-se à**

gravidade da hipoplasia pulmonar, HTP e DC. A **avaliação clínica precoce e monitorização ecocardiográfica** permitem uma estratégia mais individualizada, com potencial impacto nos resultados.



AVC perinatal: a experiência de um centro 2010-2025

Joana Sousa Martins¹, Maria Gentil Viegas¹, Bárbara Querido Oliveira², Bruno Sanches¹, José Paulo Monteiro¹, Anselmo Costa¹

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta - ULS Almada Seixal

2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Nossa Senhora do Rosário - ULS Arco Ribeirinho

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O AVC perinatal constitui um grupo heterogéneo de doenças cerebrovasculares que ocorre entre as 20 semanas de gestação e os 28 dias de vida e que se associa a morbilidade importante. Pretendeu-se estudar, num hospital de apoio perinatal diferenciado, a incidência de AVC perinatal, potenciais fatores de risco, apresentação e evolução clínica.

MÉTODOS

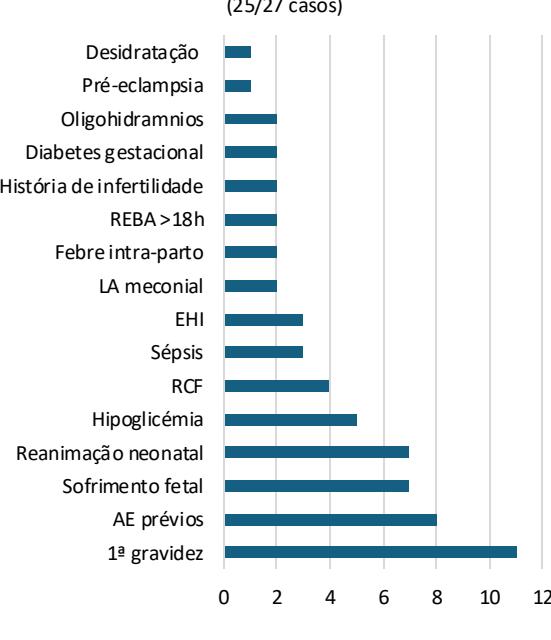
Análise retrospectiva dos processos clínicos de recém-nascidos (RN) de termo e pré-termo tardios admitidos no Serviço de Pediatria, com o diagnóstico de AVC perinatal, no período de 1 de janeiro de 2010 a 31 de agosto de 2025.

RESULTADOS

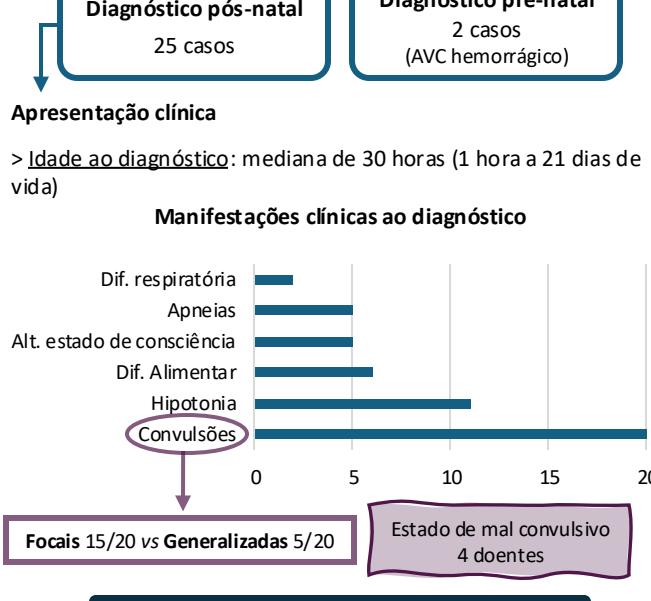
27 casos de AVC perinatal	• Isquémico: 15 casos
	• Hemorrágico: 11 casos
	• Trombose venosa cerebral: 1 caso
<u>Média de 1,8 casos/ano</u>	

Idade gestacional: mediana de 40 semanas (35-41 semanas)
Tipo de parto: 11 eutócicos; 16 distóxicos (7 cesarianas)
Peso ao nascer: mediana de 3230g (2250-4315g)
♂ 15 doentes / ♀ 12 doentes

FATORES DE RISCO



DIAGNÓSTICO



INTERNAMENTO E TERAPÉUTICA

Duração de internamento: mediana de 11 dias (2 – 51 dias)

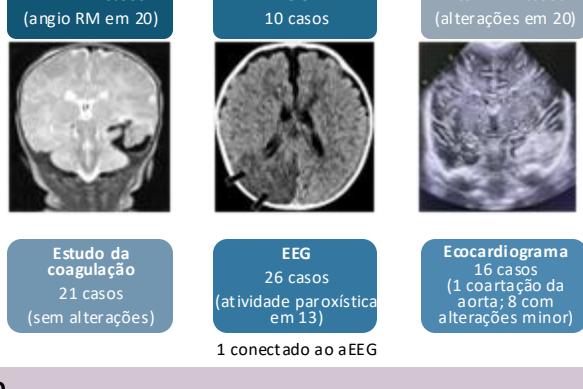
Terapêutica:

- Antiepilepticos:** 22 casos
 - Fenobarbital em todos os casos
 - Adição de outros fármacos em 6 casos
 - Duração de terapêutica: mediana de 1,5 meses
- Anti-coagulação** (tinzaparina -> rivaroxabano): 1 caso (TVC)

-> Suporte respiratório: 5 casos (4 AVC hemorrágicos)

-> Suporte hemodinâmico: 2 casos (AVC hemorrágicos)

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO



SEGUIMENTO

- 1 óbito
- Seguimento na instituição (20/26)**
 - Mediana de seguimento 3 anos (1-14 anos)
 - Seguimento ≥ 2 anos: 14/26 (54%) --> Sequelas em 5 doentes (36%)



CONCLUSÕES

Este estudo reforça a apresentação clínica como elemento central na orientação diagnóstica dos AVC perinatais. Embora a ecografia transfontanelar seja um exame útil e acessível, a ausência de alterações não deve excluir o diagnóstico. O aEEG constitui uma ferramenta valiosa, mas frequentemente subutilizada. A ressonância magnética mantém-se como o *gold standard* para o diagnóstico. Os estudos de *follow-up* são fundamentais para avaliar as sequelas a longo prazo.



IMPACTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NOS OUTCOMES OBSTÉTRICOS E NEONATAIS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana Baptista de Lima¹, Matilde Oliveira Pinto¹, Cristina Godinho², Luísa Neiva-Araújo²

¹. Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Unidade Local de Saúde de Santo António

². Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

- Doença autoimune crónica e multissistémica que afeta predominantemente mulheres em idade fértil.

COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS E NEONATAIS

- A gravidez em doentes com LES associa-se a maior risco de complicações materno-fetais e neonatais, incluindo complicações hipertensivas, parto distóxico por cesariana, prematuridade, restrição de crescimento fetal e, embora raro, lúpus neonatal.

OBJETIVO:

Analizar os outcomes obstétricos e neonatais dos filhos de mães com LES.

MÉTODOS

Estudo coorte retrospectivo das grávidas com diagnóstico de LES e respetivos recém-nascidos, internados num hospital terciário

- Janeiro de 2015 e maio de 2025.

Análise estatística descritiva realizada com recurso ao SPSS Statistics.

RESULTADOS



PRÉ-CONCEÇÃO

Idade média: $32,4 \pm 4,6$ anos

Duração mediana prévia da doença: 8,0 anos (IC95%: 7,6–9,8)



DURANTE GRAVIDEZ

11% COMPLICAÇÕES

EXACERBAÇÃO DA DOENÇA: 1 (1,7%)

HIPERTENSÃO: 6 (10,0%)

PRÉ-ECLÂMPSIA: 5 (8,3%)

PERCENTIL ECO 3º: $35,9 \pm 23,9$

RESTRIÇÃO CRESCIMENTO FETAL: 7 (12,1%)

PARTO DISTÓCICO: 41 (68,3%)

CESARIANA: 31 (75,6%)



PERFIL IMUNOLÓGICO

TRATAMENTO

HCQ: 50 (80,6%)

PREDNISOLONA: 28 (46,7%)

AZA: 11 (18,3%)

MMF: 1 (1,7%)

Biológico: 2 (3,3%)

ENVOLVIMENTO

NEFRITE: 6 (11,5%)

HTA CRÓNICA: 3 (5,8%)

RECÉM-NASCIDO ♀ SEXO FEMININO: 31 (51,7%)



ESTUDO ANALÍTICO

AO NASCIMENTO: 31 (51,7%)

6M: 10 (16,7%)

18M: 2 (3,3%)

	% (N)
ANTI-SSA	52,7 (9/17)
ANTI-SSB	13,3 (2/15)
ANTI-RNP	6,7 (1/15)

	% (N)
ANTI-SSA	30,0 (3/10)
ANTI-SSB	0 (0/10)
ANTI-RNP	0 (0/10)

	% (N)
ANTI-SSA	50,0 (1/2)
ANTI-SSB	0 (0/2)
ANTI-RNP	0 (0/2)

NEUTROPENIA: 4 (14,8%)

NEUTROPENIA: 3 (30,0%)

NEUTROPENIA: 1 (50,0%)

3 doentes encaminhados para HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA

AVALIAÇÃO CARDÍACA

ECG / ECOCARDIOGRAMA:

94,7% (16/17 filhos de mães com Ac positivos)

1 com intervalo PR ↑↑ com posterior resolução



ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS

RN com suspeita de LES NN referenciado à Reumatologia, não se confirmando o diagnóstico

SEM CASOS DE LES NEONATAL IDENTIFICADOS

CONCLUSÃO

- Na nossa coorte, os FILHOS DE MÃES COM LES apresentaram MAIOR FREQUÊNCIA DE PARTO POR CESARIANA e de PREMATURIDADE em comparação com a população geral (75,6% vs 38% e 21,7% vs 7,5%).
- Apesar da ELEVADA TRANSFERÊNCIA TRANSPLACENTÁRIA de AUTOANTICORPOS, não se identificaram casos de LES neonatal.
- Verificou-se, contudo, ocorrência de NEUTROPENIA em 8,3% dos recém-nascidos.
- Estes resultados reforçam a IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA NEONATAL estruturada e de um SEGUIMENTO MULTIDISCIPLINAR para otimizar os cuidados nesta população.



BIBLIOGRAFIA

Defeitos da parede abdominal - Casuística 11 anos

Inês Eiras¹, Joana Moraes¹, Sofia Aires¹, Sofia Marinho², Alexandra Almeida¹, Carmen Carvalho¹, Elisa Proença¹

1-UCIN, Serviço de Neonatologia – CMIN, Unidade Local de Saúde de Santo António

2-Serviço de Cirurgia Pediátrica – CMIN, Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução:

Os defeitos da parede abdominal (DPA) correspondem a alterações da integridade da parede abdominal fetal que levam à exteriorização de órgãos intra-abdominais. **Objetivos:** Caracterizar os casos de DPA em recém-nascidos (RN) internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital de nível III.

Métodos:

Estudo retrospectivo, descritivo, baseado na revisão dos processos clínicos de doentes admitidos entre junho 2015 e junho 2025 com diagnóstico de DPA, usando SPSS Statistics-25.

Resultados:

Incluídos 19 RN; Sexo **masculino** (58%).

Ano com maior nº de casos: **2016** (n=5; 26,3%)

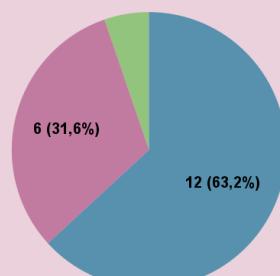
ANTECEDENTES MATERNOS:

Idade média materna: **28** anos (DP 5,5); Nulíparas: 15 (**79%**);

Abortamentos prévios em 8 (**42%**); Hábitos tabágicos em 4 (**21%**).

Diagnóstico

- Gastosquisis
- Onfalocelo
- Extrofia Vesical



GESTAÇÃO E PARTO:

Mediana da idade gestacional **36+6 semanas** (IQR 3);



Todos os casos tiveram diagnóstico pré-natal;



++ no **1º trimestre** (58%)

Polihidrâmnios em 3 casos.

Restrição do crescimento intrauterino em 2 casos.

Início trabalho parto **espontâneo** em 8 casos (**42%**)

→ **Cesariana** em **90%** dos casos;

Líquido amniótico **meconial** em 12 RN (**63%**)

RECÉM-NASCIDO:

Peso médio ao nascimento **2496 g** (DP 705);

Mediana Índice de Apgar ao **5º minuto**: **8** (IQR 3).

Estudo genético: realizado em 18 doentes (**95%**):

2 Síndrome de Beckwith-Wiedemann;

1 Citopatia mitocondrial
(variantes em heterozigotia composta no gene NARS2)

MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS:

Malformações Associadas em 9 (**47%**) RN:

Gastosquisis:

- 3 Atrésias intestinais
- 1 Ectasia renal
- 1 Anomalia cardíaca

Onfalocelo

- 1 Hérnia diafragmática
- 3 Anomalias cardíacas
- 1 Dismorfia da haste hipofisária

CIRURGIA:

Dimensão do **DPA < 5 cm**: 11 casos (**58%**).

Correção cirúrgica: no **1º dia** de vida em 11 RN (**58%**).

Início da alimentação oral: **9.º dia** de vida (DP 7).

INTERNAMENTO:

Mediana tempo de internamento: **31 dias** (IQR 49).

Três óbitos registados:

- Citopatia mitocondrial;
- Hernia diafragmática;
- Sepsis Fulminante;
(Klebsiella oxytoca)

NÃO relacionados
diretamente com DPA.

Conclusão:

Salienta-se a elevada taxa de deteção pré-natal dos DPA, permitindo a preparação da equipa na maioria dos casos. A ocorrência de malformações associadas a gastosquisis nesta série foi significativa, destacando-se a atrésia intestinal.

A mortalidade de 16% resultou de causas diversas. A complexidade clínica destes casos reforça a importância do diagnóstico pré-natal e da orientação para centros de referência visando reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas.



A Relação entre o Estado Nutricional da Dadora e a Composição Nutricional do Leite Humano de Dadora – Estudo Piloto

Marta Rola^{1,2}; Cláudia Camila Dias^{3,4}; Susana Pissarra^{1,5}; Susana Fraga¹; Sara Lopes da Silva²; Joana Nunes^{1,5}; Rita Moita¹; Cristina Martins¹; Henrique

Soares^{1,5}; Diana e Silva^{1,2,4}

¹ Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal | ² Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, Portugal | ³ Knowledge Management Unit and Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS). Porto, Portugal | ⁴ CINTESIS @RISE - Health Research Network. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal | ⁵ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução e Objetivo

Estudos indicam que o estado nutricional materno parece ter impacto na composição nutricional do leite humano, podendo promover no recém-nascido aumento de peso desajustado e consequente risco de desenvolvimento de obesidade.

Estudar a relação entre o estado nutricional de dadoras de leite humano do Banco de Leite Humano do Norte (BLHN) e a composição nutricional em macronutrientes do leite humano doado (LHD).

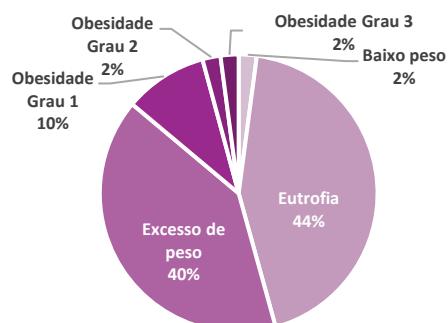
Métodos

Realizou-se um estudo transversal onde foram avaliadas 94 dadoras do BLHN. A avaliação do estado nutricional foi realizada através da avaliação do peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), percentagem de massa gorda, perímetro da cintura e da anca. A análise da composição nutricional do LHD cru foi realizada através do analisador - *Human Milk Analyser* (HMA, MIRIS, Uppsala, Suécia), que permite obter a informação sobre valor energético total (kcal/100mL), proteína total e verdadeira (g/100mL), hidratos de carbono (g/100mL) e gordura (g/100mL).

Resultados

A mediana de idade das dadoras foi 33 anos (mín=21; máx=43), sendo que 40,4% apresentava excesso de peso e 13,8% obesidade.

Tabela 1: Caracterização do IMC atual da dadora. (n=94)



Baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$); Eutrofia ($18,5\text{kg/m}^2$ - $24,9\text{kg/m}^2$); Excesso de peso ($25,0\text{kg/m}^2$ - $29,9\text{kg/m}^2$); Obesidade Grau 1 ($30,0\text{kg/m}^2$ - $34,9\text{kg/m}^2$); Obesidade Grau 2 ($35,0\text{kg/m}^2$ - $39,9\text{kg/m}^2$); Obesidade Grau 3 ($\geq40,0\text{kg/m}^2$)

Tabela 2: Composição corporal da dadora. (n=94). [média (dp); mínimo e máximo]

Composição Corporal da Dadora		
Média (dp)	Mínimo-Máximo	
Massa Gorda (%) (n=84)	32,7 (8,5)	9,20 – 54,50
Perímetro da Cintura (cm) (n=27)	88,6 (11,4)	68,0 – 115,0
Perímetro da Anca (cm) (n=27)	109,0 (11,5)	92,0 – 139,5

Tabela 3: Estudo de associação entre o estado nutricional da dadora e a composição nutricional em macronutrientes do seu leite.

	Composição Nutricional em Macronutrientes do Leite de Dadora									
	Valor Energético Total (kcal/100mL)		Proteína Total (g/100mL)		Proteína Verdadeira (g/100mL)		Gordura (g/100mL)		Hidratos de Carbono (g/100mL)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Características da Dadora										
IMC, kg/m ² (n=94)*	0,130	0,212	0,142	0,172	0,136	0,192	0,129	0,216	-0,099	0,342
Massa Gorda, % (n=84)*	0,217	0,048	0,234	0,032	0,217	0,048	0,241	0,027	-0,075	0,497
Perímetro da Cintura, cm (n=27)*	0,463	0,015	0,317	0,107	0,285	0,150	0,507	0,007	-0,158	0,431
Perímetro da Anca, cm (n=27)*	0,356	0,069	0,176	0,381	0,167	0,405	0,417	0,031	-0,023	0,908

*Teste de Spearman

† Teste de Pearson

Conclusões

Os resultados obtidos apontam para que possa existir uma relação entre a composição corporal da mãe e a composição nutricional do LHD, nomeadamente no valor energético total e gordura. Embora haja a necessidade de aumentar o tamanho amostral, os resultados preliminares destacam a importância do acompanhamento nutricional das mães de forma a otimizar a composição nutricional do LHD.

CRESCIMENTO PÓS-NATAL NUMA POPULAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS

Inês Foz¹; Joana Bastos¹; José Da Cunha²; António Gomes²

1- Serviço de Pediatria, ULS Almada-Seixal; 2- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Serviço de Pediatria, ULS Almada-Seixal

Introdução

A nutrição adequada dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) constitui um dos principais desafios em Neonatologia.

O crescimento pós-natal inadequado está associado a complicações metabólicas e a perturbações do neurodesenvolvimento a longo prazo.

As definições de restrição de crescimento extrauterino (RCEU) variam entre autores, não existindo critérios universalmente aceites.

Objetivos

Avaliar a prevalência de RCEU nos RNPT internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Métodos

- Análise retrospectiva dos RNPT internados numa UCIN entre jan/2023 e dez/2024.
- Incluíram-se RNPT com peso ao nascimento (PN) < 1500g.
- Excluíram-se RNPT transferidos de ou para outra unidade e óbitos.
- Registou-se o peso, comprimento e perímetro céfálico (PC) ao nascimento e à alta e obtiveram-se os percentis (P) e Z-scores pelas curvas de Fenton 2013 e do INTERGROWTH-21st.
- Definiu-se RCEU como:
 - Peso à alta < P10
 - Perda de peso > 1 desvio padrão (DP) em relação ao PN

Resultados

166

RNPT < 1500g
2023 - 2024

n=104
excluídos

62

IG média 30 S (± 3)	n=37 (60%)	Cesariana n=51 (82%)	1. Características da amostra		
			Corticoterapia pré-natal n=58 (94%)	Reanimação n=10 (16%)	IPM média 36 S (± 2)

IG – idade gestacional; IPM - idade pós menstrual.

2. Dados antropométricos

Nascimento

Alta

Fenton INTERGROWTH-21st

	Med (AIQ) Min-Máx	Z-score Média (DP)	Z-score Média (DP)
Peso	1186g (146) 540 – 1498g	-0,9 (0,8)	-1,1 (1,1)
Comp	36,5cm (4,5) 29,8 – 42cm	-1,1 (0,9)	_____
PC	26,2cm (3,8) 20,1 – 29,9	-0,8 (1)	_____
Peso	2004g (313) 1620 – 3340g	-1,6 (0,9)	-1,2 (1,1)
Comp	42,3cm (1,7) 38 – 51cm	-1,9 (1,1)	_____
PC	32cm (1,5) 29,5 – 36,5	-0,6 (0,8)	_____

↓ Z-score > 1 DP

Comprimento (Fenton): n= 21/56 (37,5%)
PC (Fenton): n= 4/58 (7%)

Comorbilidades

Infeção	23 (37%)
DBP	12 (19%)
PCA	7 (11%)
ROP	11 (18%)

DBP - displasia broncopulmonar; PCA - persistência de canal arterial hemodinamicamente significativo; ROP - retinopatia da prematuridade.

3. Nutrição

Média de dias até NEE 8,5 (± 5)

Interrupção NE> 48h n=6 (10%)

LM 21 (34%)

LEP 14 (23%)

Misto 27 (43%)

Peso < P10 à data de alta

Total	Fenton: n=40 (61%) INTERGROWTH-21st: n=30 (47%)
RN não LIG (n=40)	Fenton: n=19 (47,5%) INTERGROWTH-21st: n=10 (25%)

↓ Z-score do peso à data de alta > 1 DP

Total	Fenton: n=18 (27%) INTERGROWTH-21st: n=6 (10%)
RN não LIG (n=40)	Fenton: n=15 (37,5%) INTERGROWTH-21st: n=4 (10%)

Conclusões

O crescimento pós-natal inadequado tem múltiplas causas, algumas das quais não modificáveis, e a sua elevada prevalência reflete a dificuldade em garantir uma nutrição adequada aos RNPT em internamento.

A uniformização da definição de RCEU é fundamental para realização de estudos de prevalência e complicações associadas.

RECÉM-NASCIDOS DE TERMO INTERNADOS NA UCIN DE UM HOSPITAL NÍVEL II, EM 2024

ESTUDO CASO-CONTROLO

Rui J. Miranda¹, Sara Araújo¹, Tiago Santos Trindade¹, Fátima Ribeiro¹, Teresa Andrade¹, Inês Ferreira¹

¹Serviço de Pediatria/Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Diretora de Serviço: Dra. Virgínia Monteiro



INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Necessidade de internamento numa **Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN)** relaciona-se diretamente com **maior morbimortalidade neonatal**

5-10% dos RN de termo necessitam de internamento numa UCIN

Identificar características maternas, fetais, da gestação e do parto que possam constituir fatores de risco para o internamento de **RN de termo** numa UCIN, bem como **caracterizar os principais diagnósticos** associados a estes internamentos



MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo caso-controlo
Hospital Nível II, janeiro-dezembro 2024

Recém-nascidos ≥37 semanas

UCIN
Casos



Alojamento
conjunto com a
mãe (berçário)
Controlos

Nascidos no mesmo hospital e período temporal

Análise comparativa e descritiva dos dados
SPSS® versão 30

Nível de significância $p<0,05$



RESULTADOS

1339 Partos

65 Controlos

65 Casos

Duração média: 8,03 dias

Principais diagnósticos:
Síndrome de Dificuldade Respiratória no RN (9,2%)
Sépsis (7,7%).

2 transferências externas

Totalidade dos RN apresentou desfecho favorável

Análise de risco de internamento na UCIN (%casos/%controlos)

Primiparidade

55,4%/33,8%

$p<0,05$

Parto por cesariana

43,1%/18,5%

Complicações na gravidez

40%/29,2%

$OR=1,74$

Líquido amniótico meconial

13,8%/6,2%

$OR=2,45$

Idade gestacional < 39 semanas

43,1%/35,4%

$OR=1,38$

Vigilância da gravidez

90,8%/98,8%

$OR=0,15$

CONCLUSÕES

Os fatores de risco para internamento na UCIN identificados e **com significância estatística não correspondem a fatores modificáveis**

Os **restantes fatores identificados** como deletérios, apesar de não apresentarem significância estatística, poderão corresponder a **alvos potencialmente modificáveis**

Estudos adicionais com maior amostra/intervalo temporal poderão ajudar no estabelecimento desta relação.



PO14 – DIFICULDADE RESPIRATÓRIA NA PREMATURIDADE TARDIA

Autores: Bárbara Costa Correia^{1,2}; Rita Pissarra^{1,3}; Fátima Clemente¹; Gustavo Rocha¹; Ana Cristina Gomes¹

Filiações: 1 - Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, ULS de São João, Porto; 2 - Serviço de Pediatria, Hospital Padre Américo, ULS Tâmega e Sousa, Penafiel; 3 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, ULS de São João, Porto

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A abordagem da **dificuldade respiratória em recém-nascidos prematuros tardios (RNPT)** ainda representa um **desafio clínico relevante**.

Objetivos: Caracterizar os RNPT com dificuldade respiratória precoce e identificar fatores de risco.

MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo, incluindo **RNPT (34⁺0 a 36⁺6 semanas** de idade gestacional), nascidos num **hospital de nível III em 2023 e 2024**.

Dificuldade respiratória definida como hipoxemia, tiragem, adejo, polipneia ou gemido.

Excluídos RNPT com anomalias congénitas major.

As variáveis maternas, obstétricas, peri e neonatais foram analisadas com recurso ao software **SPSS® versão 29**.

RESULTADOS

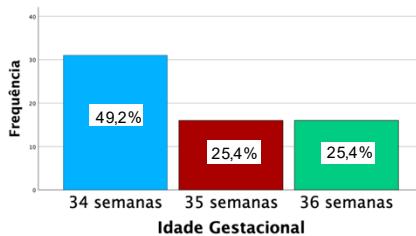
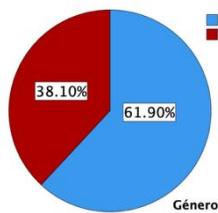
AMOSTRA



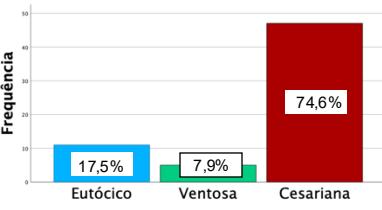
304 RNPT (7,2%) num total de 4221 nascimentos

• 63 com **dificuldade respiratória precoce** (20,7%)

RNPT com dificuldade respiratória



Mediana de peso ao nascimento: 2240g (IQR 1640-2840)



Antecedentes pré-natais	N (%)
Restrição de crescimento fetal sem/com alteração de fluxometria	9 (14,3)/6 (9,5)
Gemelaridade	21 (33,3)

Antecedentes maternos	N (%)
Diabetes gestacional	11 (17,5)
Pré-eclâmpsia	8 (12,7)
Hipertensão gestacional	4 (6,3)

Corticoterapia antenatal:
22 mães (34,9%)

Mediana de idade materna:
34 anos (IQR 26-42)

Abordagem na sala de partos

	N (%)
Oxigenoterapia suplementar	29 (61,9)
Ventilação com pressão positiva	19 (30,2)
CPAP	16 (25,4)
Ventilação invasiva	1 (1,6)



Abordagem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



4 RNPT receberam surfactante (6,4%),
2 realizaram 2 doses

Suporte respiratório	N (%)
Ventilação não invasiva	39 (61,9)
Ventilação invasiva	2 (3,2)

Duração mediana de internamento:
10 dias



Fatores de risco para dificuldade respiratória em RNPT

SPSS® 29

- ✓ **Via de parto ($p=0,004$)**
- ✓ **Menor idade gestacional ($p<0,001$)**
- ✓ **Menor índice de Apgar ao 1º minuto ($p<0,001$)**

CONCLUSÕES

A **dificuldade respiratória precoce** revelou uma **elevada prevalência entre os RNPT**.

Foram identificados **fatores de risco** significativos para dificuldade respiratória, incluindo **parto por cesariana, menor idade gestacional e baixo índice de Apgar ao 1º minuto**.

A **maioria** dos RNPT afetados necessitou de **apoio na transição e de suporte respiratório**.

Estes dados evidenciam a **complexidade do tratamento e os recursos necessários** para o cuidado desta população neonatal.

BIBLIOGRAFIA

- Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, Te Pas A, Plavka R, Roehr CC, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, Visser GHA, Halliday HL. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23. doi: 10.1159/000528914. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36863329; PMCID: PMC10064400.
- Boyle E.M., Roehr C.C. Optimising the management of respiratory distress in late preterm and early term babies. *Infant* 2022; 18(4): 137-41.
- Katharine C. Pike, Jane S.A. Lucas, Respiratory consequences of late preterm birth, *Pediatric Respiratory Reviews*, Volume 16, Issue 3, 2015, Pages 182-188, ISSN 1526-0542, <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2014.12.001>.

CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS INTERNADOS NO BERÇÁRIO DA ULS GAIA ESPINHO (2019–2024)

Beatriz Silva¹; Carlota M. Ferreira²; Ana C. Pinto²; Manuela Mateus³

1 – Serviço de Pediatria – ULS Médio Tejo; 2 - Serviço de Pediatria - ULS Gaia Espinho; 3 - Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria - ULS Gaia Espinho



Introdução e objetivos

Os recém-nascidos (RN) pré-termo tardios (34 a 36 semanas e 6 dias) apresentam riscos clínicos distintos dos RN de termo.

Este estudo visa caracterizar os dados perinatais, clínicos e evolutivos dos bebés pré-termo tardios internados no berçário da ULS Gaia Espinho entre 2019 e 2024.



Métodos

Estudo retrospectivo descritivo, incluindo todos os RN com idade gestacional entre 35 semanas e 36 semanas e 6 dias internados no berçário entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2024.

Excluíram-se os RN com menos de 35 semanas por internamento direto em neonatologia.

Resultados

N= 362 recém-nascidos

♂ 59,1%; n= 214 | ♀ 40,9%; n= 148

Peso médio ao nascimento: 2558,9g
(1750 – 3660g)

Idade materna mediana: 32 anos

Tempo mediano internamento: 4 dias

Tipo de Parto

Eutócico	42% n= 152
Cesariana	41,7% n= 151
Ventosa	16% n= 58
Fórceps	0,3% n= 1

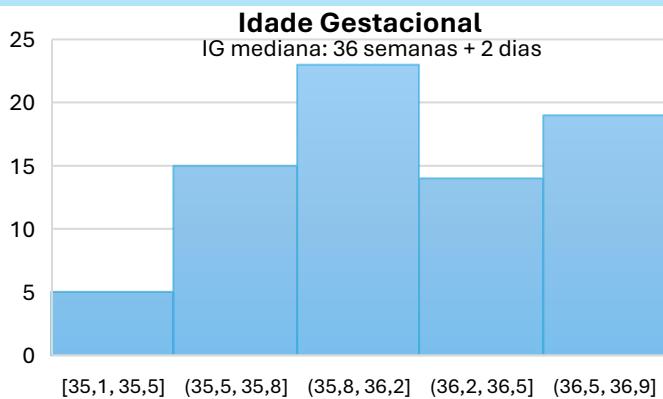
Durante o internamento

59% (n=) com necessidade de fototerapia
8% (n=) apresentaram episódio de hipoglicémia

7,5% (n=27) RN transferidos para neonatologia

Motivos mais frequentes internamento neonatologia

Taquipneia transitória do RN	35,7% n= 10
Dificuldades alimentares	17,8% n= 5
Hiperbilirrubinémia	14,3% n= 4
Policitemia	10,7% n= 3
Sépsis	7,1% n= 2



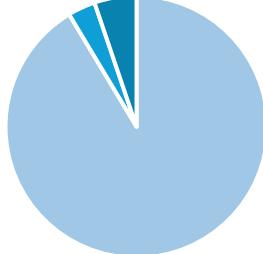
Índice de Apgar

1' ≥ 8 em 85,4%
5' ≥ 9 em 93,1%
10' = 10 em 87,6%

Medidas de reanimação 4,4% (n= 16)

96,7% (n=) dos RN sem malformações físicas
5,2% (n=) - restrição crescimento intrauterino

Ecografia Transfontanelar (EcoTF)



■ Normal (91,4%)
■ Alterada (3,4%)
■ Não realizou (5,2%)

Alterações mais frequentes EcoTF: alargamento do espaço pericerebral, formações quísticas, alterações ventriculares e malformações do septo pelúcido e corpo caloso.

15,2% (n= 55) - gravidezes gemelares
2,2% (n= 8) – gravidez resultante de fertilização in vitro

Conclusões

Apesar da maioria dos recém-nascidos pré-termo tardios evoluir favoravelmente, observam-se taxas relevantes de complicações como hiperbilirrubinémia e necessidade de suporte clínico, além de um número não negligenciável de malformações neurológicas subtils. Estes dados reforçam a necessidade de vigilância neonatal estruturada e individualizada neste grupo de bebés, mesmo quando aparentemente estáveis ao nascimento.

SIMPLICIDADE NA COMPLEXIDADE:

15 ANOS DE EXPERIÊNCIA COM BOLSAS DE NUTRIÇÃO PARENTERAL PADRONIZADAS
NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NÍVEL 3Pedro Miragaia¹; Rita Magalhães Moita¹; Paula Guerra²; Carla Sampaio³; Susana Fraga³; Teresa Soares³; Susana Pissarra¹¹ Serviço de Neonatologia, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Unidade Local de Saúde São João² Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Unidade Local de Saúde São João³ Serviço de Farmácia, Unidade Local de Saúde São João

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

NUTRIÇÃO ENTÉRICA PRECOCE

- Essencial na terapêutica dos RN internados em UCIN
- Redução do tempo de hospitalização
- Melhores resultados clínicos e crescimento pós-natal



■ Imaturidade

■ Tolerância variável

LIMITAÇÃO ENQUANTO FONTE EXCLUSIVABOLSAS DE NUTRIÇÃO PADRONIZADA NÃO COMERCIAIS
(BNPNC)

- ✓ Preparação local
- ✓ Composição padronizada
- ✓ Redução de erros
- ✓ Otimização de recursos
- ✓ Suporte nutricional precoce
- ✓ Baseadas em protocolos validados



2010



2025

4 bolsas de nutrição
parentérica padronizadaAtualização contínua da composição
Revisão dos protocolos de utilização
Criação de novas formulações

OBJETIVO Descrever a experiência de utilização de BNPNC numa UCIN de nível III

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO Descritivo, Retrospectivo

DADOS Consulta dos consumos no Software SGICM@

POPULAÇÃO Recém-nascidos internados em UCIN, que utilizaram BNPNC BNPNC Preparadas na Farmácia Hospitalar

RESULTADOS

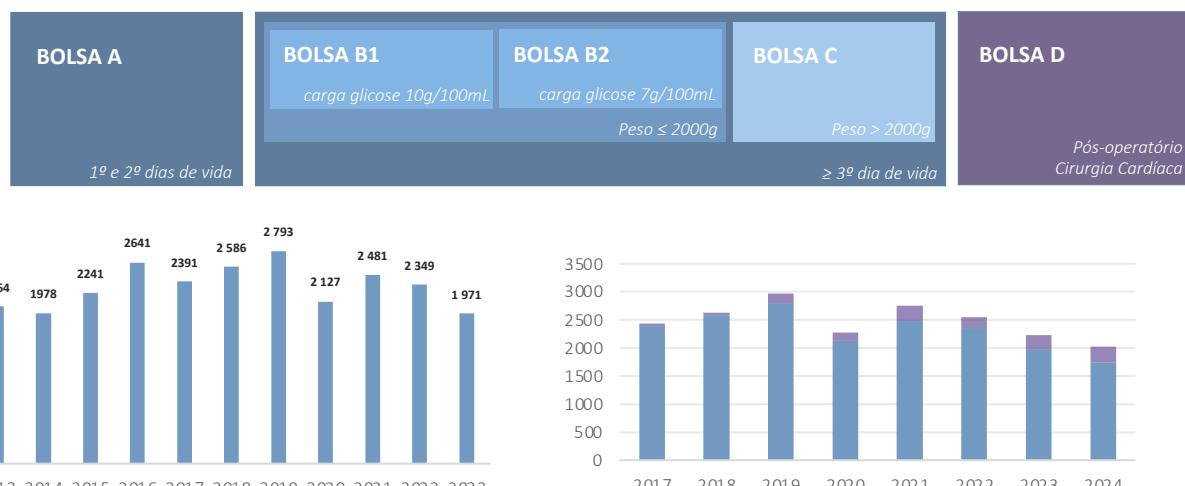
5
BNPNC

Fig. 1: Produção de BNPNC, em número total, por ano (2010-2023)

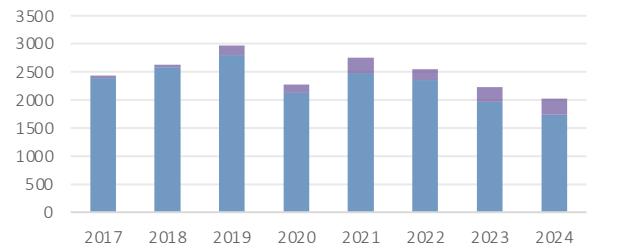


Fig. 2: Utilização (a azul) e Inutilização (a roxo) de BNPNC, em número total por ano (2017-2024)

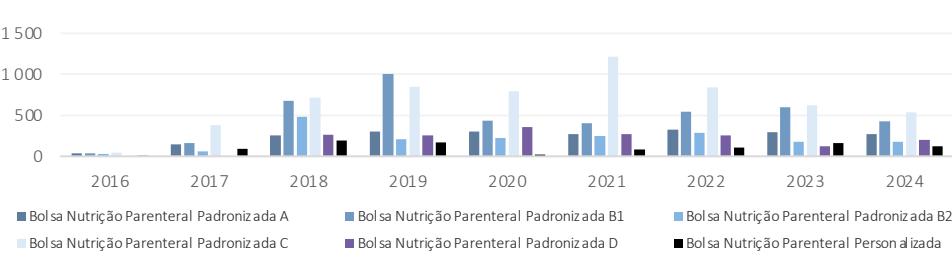


Fig. 3: Produção de cada uma das 5 BNPNC e de bolsas personalizadas, em número total por ano (2016-2024)

98,8%

Recém-nascidos < 1500g que
iniciam nutrição parentérica nas
primeiras horas de vida

CONCLUSÃO

IMPLEMENTAÇÃO DE BNPNC NA UCIN Estratégia eficaz, segura e adaptável às necessidades específicas da população neonatal, particularmente RN pré-termos e no período pós-operatório.

BIBLIOGRAFIA

FATORES CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS QUE CONDICIONAM INTERNAMENTO NEONATAL PROLONGADO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS

Beatriz Silva¹; Carlota M. Ferreira²; Maria Francisca Santos²; Manuela Mateus³

1 – Serviço de Pediatria – ULS Médio Tejo; 2 - Serviço de Pediatria - ULS Gaia Espinho; 3 - Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria - ULS Gaia Espinho

Introdução e objetivos

Os recém-nascidos (RN) pré-termo tardios (34 a 36 semanas e 6 dias) apresentam riscos clínicos distintos dos RN de termo o que muitas vezes determina um internamento prolongado após o nascimento. A duração do internamento pode depender de múltiplos fatores, desde características maternas até condições neonatais.

A identificação dos determinantes que prolongam a hospitalização é essencial para otimizar cuidados e recursos de saúde.

Objetivo: avaliar os fatores associados ao internamento neonatal prolongado em recém-nascidos pré-termo tardios.

Métodos

Estudo retrospectivo com 362 RN pré-termo tardios, com idade gestacional entre 35 e 36 semanas e 6 dias, que nasceram entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2024 num centro hospitalar nível 3. Os casos foram divididos em dois grupos conforme a duração do internamento: ≤3 dias (n=119) e >3 dias (n=243). Foram analisadas variáveis maternas e neonatais através de testes do qui-quadrado e Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de p<0,05.

Resultados

10 643 nascimentos, dos quais
362 recém-nascidos pré-termo tardios

59,1%; n= 214 | 40,9%; n= 148

Peso médio ao nascimento:
2558,9g (1750 – 3660g)

Tempo médio de internamento:
3 dias

Idade gestacional, índice de Apgar, alterações na ecografia transfontanelar, idade materna a presença de malformações

Não apresentaram impacto na duração do internamento

	≤3dias N (%)	>3dias N (%)	p
Sexo			
Masculino	70 (58,8)	144 (59,2)	0,937
Feminino	49 (41,2)	62 (40,8)	
Peso			0,063
≤2500g	45 (37,8)	117 (48,1)	
> 2500g	74 (62,2)	126 (51,9)	
Fototerapia	46 (38,6)	168 (69)	<0,001
Hipoglicemias	4 (3,4)	25 (10,3)	0,023
Internamento neonatologia	0 (0)	27 (11,1)	<0,001
Reanimação	9 (7,6)	7 (2,3)	0,044
RCIU	5 (4,2)	14 (5,8)	0,532
Tipo parto			<0,05
Cesariana	59 (49,6)	92 (37,8)	
Eutócico	51 (42,8)	101 (41,6)	
Forcéps	0 (0)	1 (0,4)	
Ventosa	9 (7,6)	49 (20,2)	
Risco infecioso	67 (56,3)	142 (58,4)	0,699
Profilaxia antibiótica	5 (4,2)	29 (12)	0,035
Gravidez gemelar	8 (6,7)	48 (19,8)	0,004

Conclusões

Entre os recém-nascidos pré-termo tardios, o baixo peso ao nascer, o tipo de parto, a necessidade de reanimação, a realização de fototerapia, a hipoglicemias, o internamento na neonatologia e a gravidez gemelar apresentam-se como fatores que se associam significativamente a internamentos mais prolongados. Estes achados sublinham a importância de vigilância nestes subgrupos, podendo orientar estratégias de intervenção precoce e otimização de cuidados.



NAVA (Neurally Adjusted Ventilatory Assist): Experiência de uma UCIN nível III

Ana Sofia Silva, Beatriz Andrade, Pedro J. Miguel, Isabel Sampaio, André Graça

Serviço de Neonatologia, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Santa Maria

Introdução

A ventilação NAVA gera ciclos de pressão proporcionais à atividade elétrica do diafragma, melhorando a interação paciente-ventilador e trocas gasosas. Este estudo descreve a experiência de uma UCIN de nível III.

Métodos

Incluídos RN ventilados em modo NAVA invasivo (NAVA) ou não-invasivo (NIV-NAVA) com alta da UCIN de agosto de 2023 até setembro de 2025. Analisados dados demográficos, diagnósticos principais, e evolução clínica.

Resultados

26

Recém-nascidos

23-40

IG (semanas). Mediana: 25

Principais patologias	n
Displasia Broncopulmonar	n=21 (81%)
Prematuridade	n=20 (77%)
Hérnia Diafragmática	n=2
Laringomalácia, Trissomia 21, Distrofia Miotónica de Steinert	n=1

26-47

IPM ao início da técnica (semanas)

Mediana: NAVA 30 | NIV-NAVA 31

580-4389

Peso ao início da técnica (g)

Mediana: NAVA 1080 | NIV-NAVA:1172

57

Ciclos

25 NAVA | 32 NIV-NAVA

NAVA Invasivo | Duração mediana: 6d (min 1, máx 66) , Nível NAVA utilizado: mediana 2 (min 1.8, máx 3.5)

Modo ventilatório anterior invasivo
(12 PC-AC c/VG; 7 VAFO; 1 PRVC)

Falhas de extubação antes do NAVA

56%

Ventilação prévia mediana 31 dias (min 10, máx 158)

80%

FiO₂ reduziu >5% ou manteve-se estável

Falha de extubação após ciclo

35%

96%

65% não voltaram a ser intubados

NIV-NAVA | Duração mediana: 11d (min 1, máx 38) , Nível NAVA utilizado: mediana 2.5 (min 1.2, máx 4)

Modo ventilatório anterior não
invasivo

FiO₂ reduziu >5% ou manteve-se
estável

Transição para modo com menor
suporte

74%

34%

62%

Evitou-se a intubação em 73%

Conclusão

A ventilação NAVA mostrou-se segura e útil, tanto como ponte para extubação como em suporte não invasivo, com resultados consistentes com a literatura. Apesar de não ter sido utilizada como modalidade inicial, em parte pela disponibilidade limitada de equipamento, os dados sugerem que a sua aplicação precoce poderá ser considerada no futuro.

Perspetivas futuras: Estudo prospectivo para avaliar PIP, FiO₂ e conforto do doente, caracterizando o impacto clínico.

Impacto da imunização com nirsevimab em lactentes prematuros

Inês Taborda¹, Fernanda Rodrigues^{2,3}, Adelaide Taborda¹, Muriel Ferreira¹

1. Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 2. Serviço de Urgência Pediátrica e Área Diferenciada de Infecção Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 3. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução

- Nirsevimab → introduzido em Portugal na época sazonal 2024/2025, com indicações estabelecidas pela Direção Geral da Saúde.
- Estudos internacionais mostraram elevada efetividade (64,2% a 87,5%) na prevenção de infecções respiratórias por vírus sincicial respiratório (VSR) em prematuros. Contudo, ainda não existem dados nacionais.

Métodos

Coorte retrospectiva com recém-nascidos (RN) prematuros nascidos num hospital de apoio perinatal diferenciado. **Variáveis:** infecção e internamento por VSR, infecção respiratória de qualquer etiologia

Grupos de estudo

Grupo A: idade gestacional (IG) 34-36 semanas, nascidos entre 01/08/2024 e 31/03/2025

Grupo B: IG 29-33 semanas, nascidos entre 01/01/2024 e 31/03/2025

Objetivo

Avaliar o impacto e efetividade do nirsevimab na prevenção de infecção por VSR em lactentes prematuros.

Resultados

Grupo A

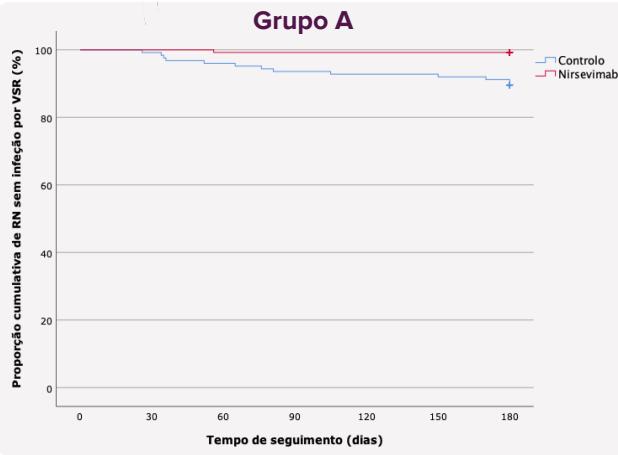
- 247 RN (**estudo: 122, controlo: 125**), após exclusão de 7 RN, por ausência de realização de nirsevimab
- Redução significativa de **infecção por VSR** (10,4% vs 0,8%; p <0,001, odds ratio (OR) 0,071)
- Diminuições importantes nos **internamentos por VSR** (7,2% vs 1,3%, sem significado estatístico)
- Redução das **infecções respiratórias de qualquer etiologia com necessidade de observação médica** (60,8% vs 29,5%; p <0,001, OR 0,270) e **internamento** (12,8% vs 0,8%; p <0,001, OR 0,056)
- Estimativa da **efetividade** do nirsevimab na prevenção de infecção por VSR foi **92,1%** (IC 95% 40,5-98,9)

Grupos de controlo

RN nascidos em períodos homólogos de épocas anteriores

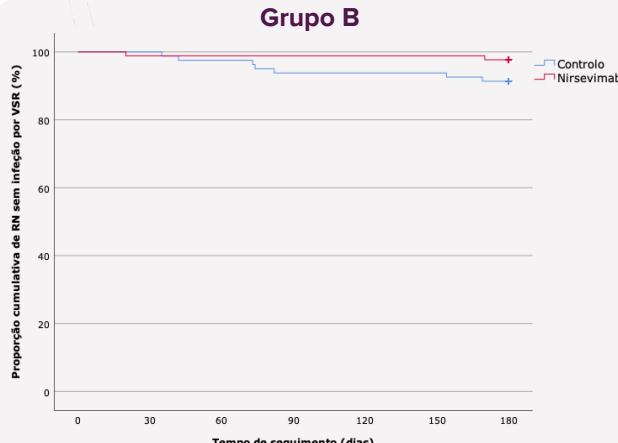
Análise estatística no SPSS Statistics (p <0,05)
Efetividade = $(1 - \text{razão de odds}) \times 100\%$

Figura. Curvas de Kaplan-Meier, por grupo de estudo.



Grupo B

- 153 RN (**estudo: 75, controlo: 78**), após exclusão de 8 RN, por ausência de realização de nirsevimab
- Redução no **número de infecções e internamentos por VSR**, de 8% para 1,3% e 5,1% para 1,3%, respectivamente, sem significado estatístico
- Estimativa da **efetividade** do nirsevimab na prevenção de infecção por VSR foi **84,0%** (IC 95% 30,0-98,0)



Conclusão

O nirsevimab associou-se a redução substancial das infecções por VSR em lactentes prematuros, demonstrando elevada efetividade na sua prevenção, sendo necessário ponderar o alargamento das indicações. Impõe-se rever estratégias que garantam a sua implementação eficaz, minimizando possíveis falhas de administração.

Bibliografia



Rastreio Auditivo Neonatal Universal: Experiência de um Hospital Terciário

Ana Ascensão Matias¹, Pedro Miguel Teixeira¹, Ana Miguel Silva¹, Maria Inês Pires², Liliana Sampaio², Carmen Carvalho¹, Ana Guedes¹.
Miguel Coutinho²

1- Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Unidade Local de Saúde de Santo António

2- Serviço de Otorrinolaringologia, Unidade Local de Saúde de Santo António

INTRODUÇÃO

A perda auditiva (PA) bilateral significativa (≥ 35 dB) tem uma incidência estimada de:

- 1-3/1000 em recém-nascidos (RN) saudáveis
- 2-40/1000 em RN de risco

Repercussões importantes no desenvolvimento da fala e linguagem.

Deteção e intervenção precoces → rastreio auditivo neonatal universal (RANU) implementado em Portugal em 2007 pelo Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI).

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo dos RN que não passaram no 1º rastreio de otoemissões acústicas (OEA1) num hospital terciário.



Janeiro de 2023
Dezembro de 2024.

RESULTADOS



5725 nascimentos → 1,1% (N=62) RN NÃO PASSARAM NO OEA1



71% ao nascimento
14,5% < 1M vida / 14,5% > 1M-2M vida

Gráfico 1: Idade Gestacional



Gráfico 2: Peso Nascimento

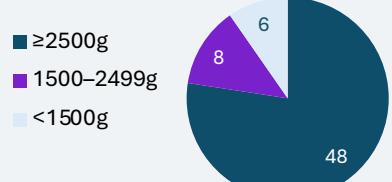
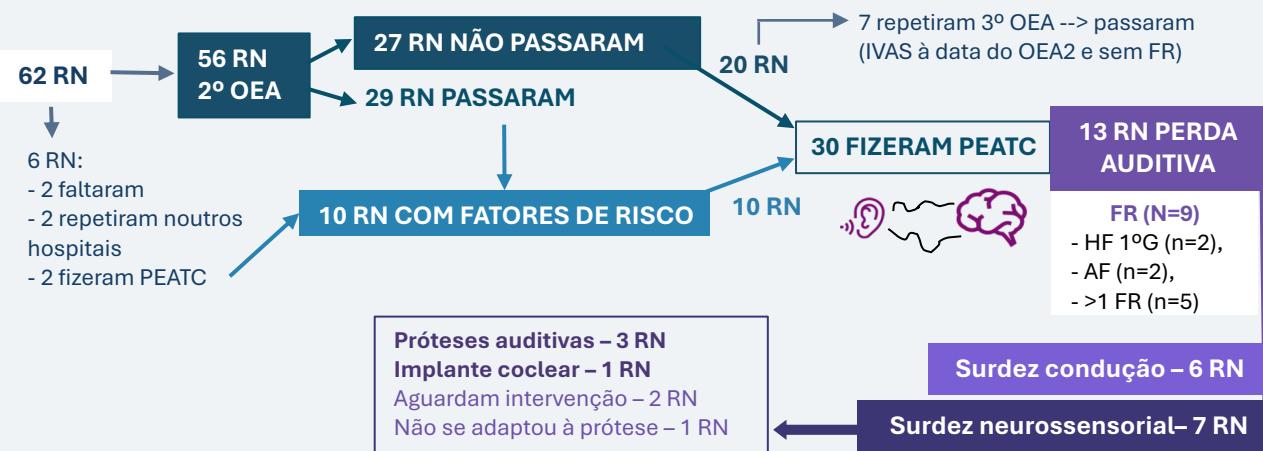
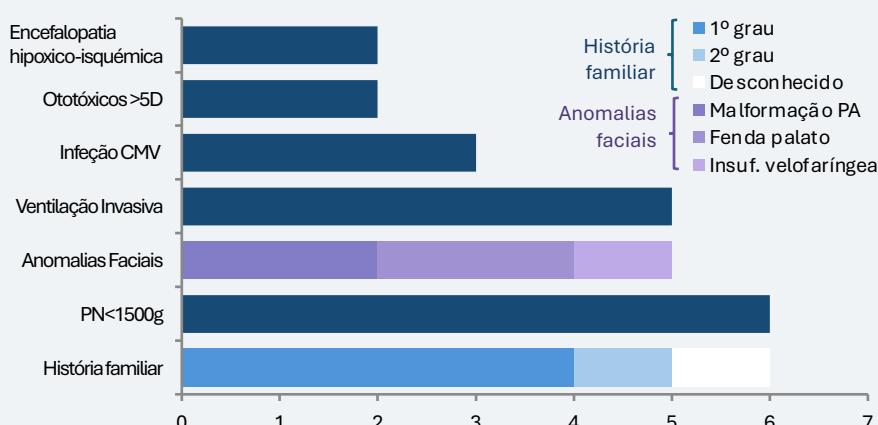


Gráfico 3: Fatores risco e a sua frequência na amostra (N=25)



Falsos positivos 0,9%

Índice de encaminhamento p/
avaliação audiológica completa 1,1%

Incidência PA 2,27/1000 RN
(saudáveis e risco).

CONCLUSÃO

- A incidência de PA observada foi semelhante à descrita na literatura.
- O índice de encaminhamento, a percentagem de falsos positivos e o tempo até à avaliação audiológica completa estiveram de acordo com as recomendações do GRISI.
- Eficácia do RANU na deteção precoce da surdez infantil → diagnóstico e intervenção atempados.

Bibliografia





Surdez congénita ou precocemente adquirida: do rastreio ao diagnóstico

Inês Taborda¹, João Elói¹

1. Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução

- A surdez congénita ou precocemente adquirida representa uma das perturbações sensoriais mais frequentes, afetando 1-5/1.000 recém-nascidos (RN).
- O rastreio auditivo neonatal universal, implementado em Portugal em 2007, permite a sua identificação precoce e melhoria do prognóstico.

Objetivo

Caracterizar o défice auditivo e a sua relação com os fatores de risco (FR)

Métodos

Estudo observacional retrospectivo

Lactentes referenciados a Consulta de Otorrinolaringologia

Hospital pediátrico terciário

2023-2024

Análise estatística: SPSS Statistics ($p<0,05$)

Falha no rastreio auditivo com otoemissões acústicas (OEA)

Presença de FR

Resultados

6644 nascimentos

↓
270 (4,1%)
referenciações
↓



25 (3,7/1.000)
Défice auditivo

55 (20,4%) por falha nas OEA (sem FR)

Tabela. Caracterização da amostra.

Idade mediana ao diagnóstico: 8 meses

6 sem FR (2 com Citomegalovírus (CMV) negativo, 1 com imunidade materna, 1 não imune e 2 sem pesquisa)

19 com pelo menos um FR (tabela)

Ligeira

7 casos

Moderada

14 casos

Grave

4 casos



8 casos



17 casos

Variáveis ¹	Com défice auditivo (n = 25)	Sem défice auditivo (n = 245)	Valor p	OR
Falha nas otoemissões acústicas (n, %)	14 (56,0)	66 (26,9)	0,002	3,452
História familiar				
1º grau (n, %)	2 (8,0)	21 (8,6)	0,922	
2º ou 3º grau (n, %)	2 (8,0)	22 (9,0)	0,870	
Infeção congénita (n, %)	1 ⁺ (4,0)	7 (2,9)	0,748	
Anomalias craniofaciais (n, %)	5 (20,0)	2 (0,8)	<0,001	30,375
Sinais ou síndromes associadas a défice auditivo (n, %)	2 (8,0)	1 (0,4)	<0,001	21,217
Hiperbilirrubinémia com critério de exsanguineotransfusão (n, %)	0 (0)	10 (4,1)	0,302	-
Apêndice ou fístula auricular (n, %)	1 [*] (4,0)	27 (11,0)	0,273	-
Com internamento em cuidados intensivos [^]	n = 15	n = 130		
Índice de Apgar de 0-4 no 1º minuto (n, %)	3 (20,0)	18 (13,8)	0,521	-
Índice de Apgar de 0-6 no 5º minuto (n, %)	0 (0)	11 (8,5)	0,241	-
Peso de nascimento < 1500 gramas (n, %)	6 (40,0)	57 (43,9)	0,757	-
Encefalopatia hipoxicoisquémica (n, %)	3 (12,0)	13 (10,0)	0,242	-
Meningite bacteriana (n, %)	0 (0)	1 (0,8)	0,733	-
Medicação ototóxica > 5 dias (n, %)	7 (46,7)	56 (43,1)	0,791	-
Ventilação invasiva ≥ 5 dias (n, %)	4 (26,7)	27 (20,8)	0,598	-

¹ - cada RN pode ter mais do que uma variável associada; ⁺ - infecção por Citomegalovírus; ^{*} - associado a outros fatores de risco; [^] - % dentro do grupo; Legenda: OR - odds ratio.

• Presença isolada de apêndices ou fístulas auriculares **não** se associou a défice auditivo

• Falha nas OEA: sensibilidade de 56,0% e especificidade de 99,0%

Score cumulativo → aumento de 5 vezes no risco de défice auditivo por cada fator adicional (p <0,001, Exp(B) 5,031)

Conclusão

As **falhas nas OEA**, **anomalias craniofaciais** e **patologia sindromática** constituíram os **FR mais relevantes**, evidenciando um **contributo cumulativo na probabilidade diagnóstica**. A ocorrência de défice auditivo sem FR identificados reforça a necessidade da **pesquisa sistemática de CMV**. Os **apêndices ou fístulas auriculares** não parecem justificar referênciação.

ENCERRAMENTO PRECOCE DO CANAL ARTERIAL: série de casos de um centro perinatal diferenciado

Catarina Tavares^{1,2}, Mariana Lopes^{1,3}, Marta Carvalho^{1,4}, Raquel Costa¹, Diogo Faim⁵, Rui Castelo¹, Patrícia Lapa¹

1- Serviço de Neonatologia, Maternidade Daniel de Matos, ULS Coimbra; 2- Serviço de Pediatria, ULS Viseu Dão-Lafões; 3- Serviço de Pediatria, ULS Região de Leiria; 4- Serviço de Pediatria, ULS Baixo Mondego; 5-Serviço de Cardiologia Pediátrica, ULS Coimbra

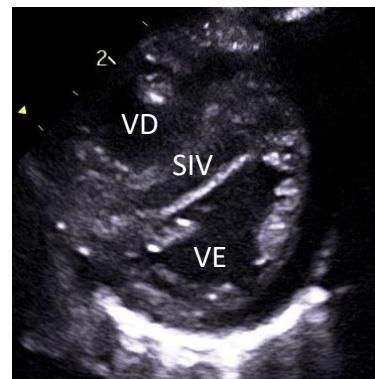
INTRODUÇÃO

O encerramento do canal arterial (CA) é o processo fisiológico que permite a transição da circulação fetal para a neonatal, ao longo das primeiras 48–72h pós-natais. Ocorrendo “in utero”, pode originar sobrecarga cardíaca direita, hipertensão pulmonar ou hidrópsia fetal.

DESCRIÇÃO



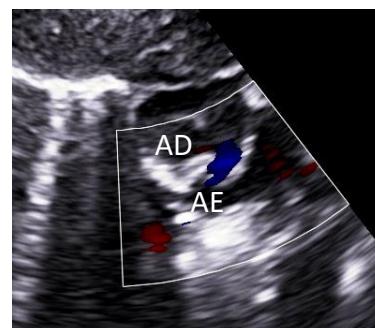
- RN de termo admitido na UCIN às **22h de vida** por **hipoxémia**. Ecocardiograma: **HVD, FOP com shunt D-E e ausência de CA**.
- História materna de toma única de **diclofenac** às **35S**. Iniciou **propranolol**, com **resolução ao longo do 1º mês** de vida.



Paraesternal eixo curto de ventrículos.
Retificação do SIV em sístole “D-shaped”, sugestivo de pressões pulmonares sistêmicas.



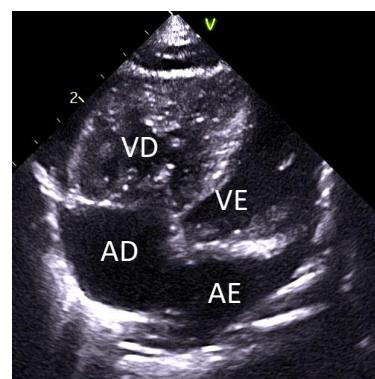
- RN de termo com **RCCC positivo**. Ecocardiograma: **HVD e FOP com shunt D-E**.
- Mãe medicada com **ibuprofeno** diariamente **desde as 38S**. **Resolução aos 2 meses**.



Subcostal eixo curto. SIA a abaular para a esquerda, com **shunt D-E no FOP**, sugestivo de pressões direitas > esquerdas.



- RN de **35S**, com **diagnóstico pré-natal de encerramento do CA** após toma materna de **ibuprofeno** às **29S**. Ecocardiograma fetal: **HVD com disfunção sistólica ligeira**.
- Ecocardiografia pós-natal: sobreponível, **sem CA**. **Resolução espontânea aos 2 meses**.



Apical 4 câmaras.
Hipertrofia concêntrica do ventrículo direito, sugestivo de pressões direitas elevadas.



- RN de termo admitido na UCIN por **hipoxémia**. Ecocardiograma: **HVD e ausência de CA**.
- História materna de tomas frequentes de **paracetamol** no **3º trimestre**. **Resolução aos 3 meses**.



5 - 6 - 7

- **Trigêmeos de 25S** com instabilidade hemodinâmica. Ecocardiogramas: **hipertrofia miocárdica global**, com disfunção sistólica biventricular, **sem CA**.
- Apesar da terapêutica inotrópica, ocorreu **paragem cardíaca irreversível em D1**. História materna de toma única de **diclofenac 2 dias antes do parto**.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O encerramento precoce do CA de causa iatrogénica pode ter repercussões clínicas relevantes, dependentes da idade gestacional aquando da exposição. Destaca-se ainda um caso associado a paracetamol, concordante com casos relatados na literatura. Estes achados reforçam a necessidade de utilização criteriosa de fármacos durante a gestação e de vigilância ecocardiográfica dos recém nascidos expostos.



REFERÊNCIAS



Um olhar retrospectivo sobre sífilis congénita - experiência de um hospital terciário

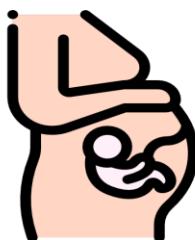
Ana Miguel Silva¹, Ana Matias¹, Marta Nascimento¹, Carmen Carvalho¹, Cristina Godinho¹

¹- Serviço Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), ULSSA

INTRODUÇÃO

- ↑ Casos de **sífilis** nos últimos anos, acompanhando **tendência migratória**.
- Imigração ↑ 271% (2012–2024, dados INE)
- Taxa de notificação: 2,6 → 11,0/100 000 hab.
- Tratamento precoce** previne transmissão e complicações

RESULTADOS



Nº casos 2014-2025



- Sífilis latente: 29% das mães
- Coinfeções: 3 casos (CMV, HSV-2, HIV+HSV-2)
- 66,7% (n=46) diagnosticadas no **1.º trimestre**
- Idade predominante: **20–34 anos**
- Origem materna: **25%** Brasil; **7,2%** países Africanos; **1,5%** países Leste Europeu
- 31,9% encontravam-se **desempregadas**
- 47,8% apresentavam ≥1 **indicador de risco social**:
 - Precariedade económica (31,9%)
 - Consumo de estupefacientes (17,3%)
- Vigilância inadequada em 49,3%** das gestações (40,6% mal vigiadas; 8,7% sem vigilância)
- Alterações ecográficas em **14,5%**:
 - RCIU (4,3%)
 - Polidrâmnios (2,9%)
 - Corpo caloso fino (2,9%)
- 73,9% tratadas adequadamente com **penicilina G benzatínica**

CONCLUSÃO

O aumento de infecções por *Treponema pallidum* reforça a importância do **rastreio precoce e da vigilância contínua** durante a gravidez. Nesta série, o diagnóstico no 1.º trimestre e o tratamento adequado associaram-se a boa evolução neonatal, com **maioria assintomática e negativação serológica precoce**. A vigilância ativa e o tratamento atempado continuam a ser determinantes para **evitar a transmissão e prevenir doença grave** no recém-nascido.

MÉTODOS

- Estudo retrospectivo** observacional.
- jan 2014 – ago 2025**
- hospital terciário**.
- Incluídos **69 pares mãe-recém-nascido (RN)**
- Critério: mães com **VDRL positivo e confirmação treponémica (TPHA/FTA-ABS)**.

♂ 58% (n=40)

Idade gestacional média **38 semanas e 6 dias**
(11,5% pré-termo | 32 – 41 sem)

95% somatometria adequada à idade gestacional

Sífilis congénita:

- 30,4% provável/altamente provável
- 21,7% com clínica
 - Anemia, hepatomegalia, trombocitopenia (17,4% cada)
 - Transaminases elevadas (1,4%)
 - 2 casos** de neurosífilis

Todos tratados com penicilina G benzatínica

- 39% com VDRL negativo aos 2 meses ; >50% até 4 meses
- Casos “**improváveis**”: vigilância sem tratamento, todos negativaram

0 mortes neonatais e boa evolução clínica

BIBLIOGRAFIA



COMO ESTÁ A SER CUMPRIDA A VACINAÇÃO COM O BCG?

Ana Burgeiro¹, Ana Moreira², Beatriz Soares³, Conceição Nunes¹, Margarida Agostinho¹

¹Serviço de Pediatria, ULS-Região de Leiria (ULS – RL); ²USF Martingil, ULS – RL; ³USF Semear, ULS – RL

Introdução

Em Portugal, em 2023, verificou-se um aumento casos de tuberculose multirresistente, sendo a sua maioria em migrantes. O aumento de casos em crianças indica a existência de transmissão ativa. Em 03/2025, a Direção-Geral da Saúde (DGS) atualizou a norma 006/2016: os recém-nascidos (RN) elegíveis para BCG devem ser vacinados até às cinco semanas de vida, inclusive, após a confirmação do resultado do Rastreio Neonatal negativo.

Objetivos

Este projeto de investigação acompanhou, durante, no máximo, 6 meses, os RN elegíveis para vacinação com BCG que nasceram na nossa ULS entre 1 de abril e 30 de setembro de 2025, inclusive, com o objetivo de verificar o cumprimento da norma da DGS.

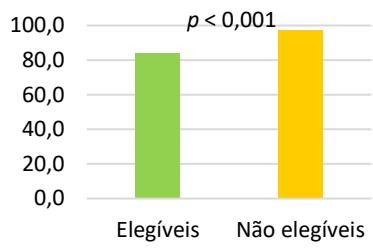
Metodologia

Estudo observacional, longitudinal, cuja amostragem incluiu puérperas e RN, cujo nascimento ocorreu entre abril e setembro de 2025, na nossa ULS. Estudo com parecer favorável pela Comissão de Ética. Análise estatística com SPSS®, versão 29.0 ($\alpha=0,05$).

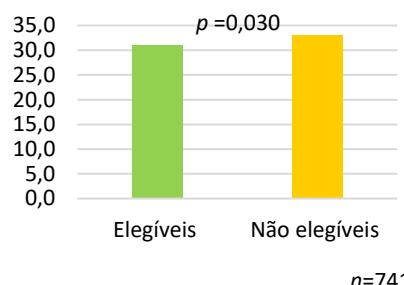
Resultados

Elegibilidade para BCG	N (%)
Elegíveis	328 (43,9%)
Não Elegíveis	420 (56,1%)
Total de RN	748
Total de Puérperas	741

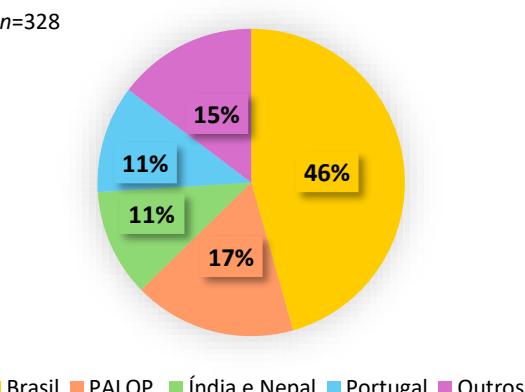
Vigilância Gestacional Adequada (%)



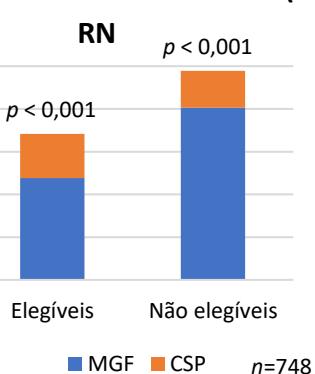
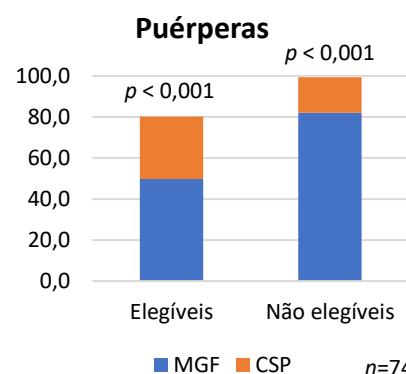
Idade materna (anos; mediana)



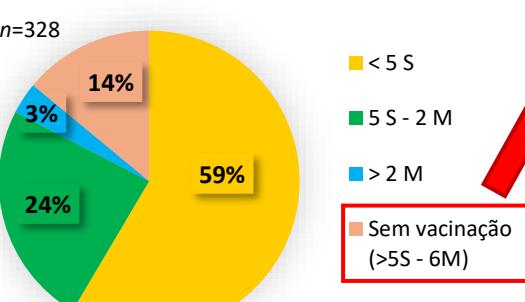
Nacionalidade Parental - Elegíveis (%) -



Cuidados de Saúde Primários e Médicos de Família atribuídos (%)



Idade de Vacinação com BCG (%)



Nacionalidade	%	CSP (%)	p value	MGF (%)	p value	Vig Gest. Adeq. (%)	p value
Portuguese	37,0	94,1	0,006	76,5	N.S.	100,0	
Migrante	63,0	55,2		48,3	(0,061)	75,9	0,028

Conclusões:

- O nosso estudo mostrou que a vacinação com o BCG não está a ser administrada de acordo com a norma (41% da amostra);
- A elevada percentagem de migrantes não vacinados e sem Cuidados de Saúde Primários (55%) poderá colocar em risco a sua administração posterior;
- Sinalizámos os RN elegíveis que não foram vacinados, à Saúde Pública; no entanto, este problema vai-se manter.

Este trabalho salienta a necessidade de melhorar a atual estratégia

[Referências](#)



Ecografia Intestinal na deteção precoce de Doença associada a Viscosidade Meconial em RNMBP

Sónia Pimentel*, Rita Prata†, Thomas Wilcke*, Daniel Virella*

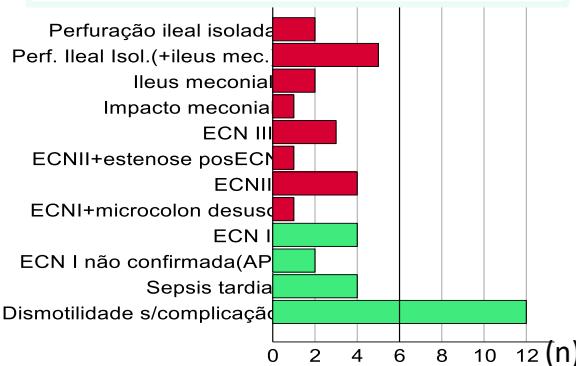
* Neonatologia, †Imagiologia Pediátrica , ULS São José, Lisboa

DAVM, devidas a mecônio viscoso e imaturidade intestinal, abrangem condições benignas a graves, com aumento da morbilidade e mortalidade em recém-nascidos com muito baixo peso (RNMBP), representando desafios de diagnóstico e de manejo clínico.

Objetivo: Avaliar achados de ecografia intestinal sugestivos de DAVM comparando com o diagnóstico padrão.

P&M: Estudo observacional prospetivo. RNMBP nascidos e admitidos numa UCIN III.

DAVM – Evolução



12 óbitos: 4 PII, 2 ECNIII, 1ECNII+IM, 3 ECNI (2 pneumonia na AP), 1 sepsis tardia.

Ecografia <72h:

Dismotilidade (isolada ou com mecônio espesso/moldado) foi o padrão mais frequente no diagnóstico padrão de doença, necessidade de cirurgia ou óbito. Doppler sugestivo de inflamação foi o padrão mais específico.

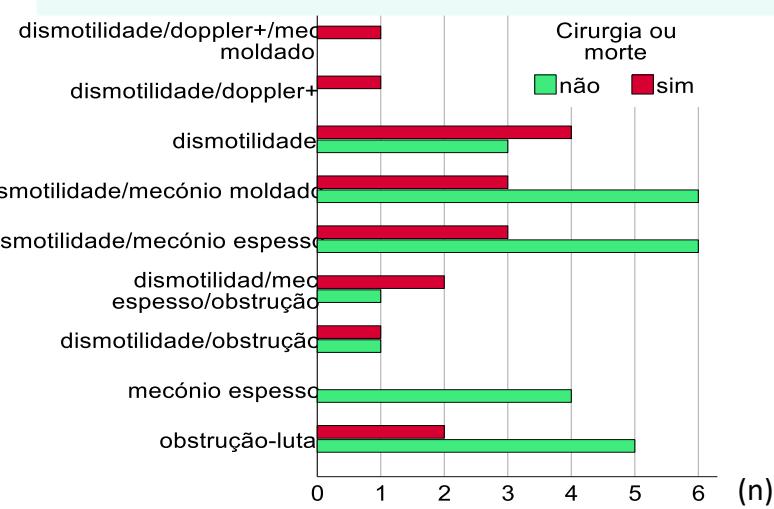
Ecografia D7–10:

Dismotilidade persistente e mecônio moldado foram mais frequentes no diagnóstico padrão de doença, cirurgia ou óbito. A melhoria da motilidade foi comum nos casos com boa evolução.

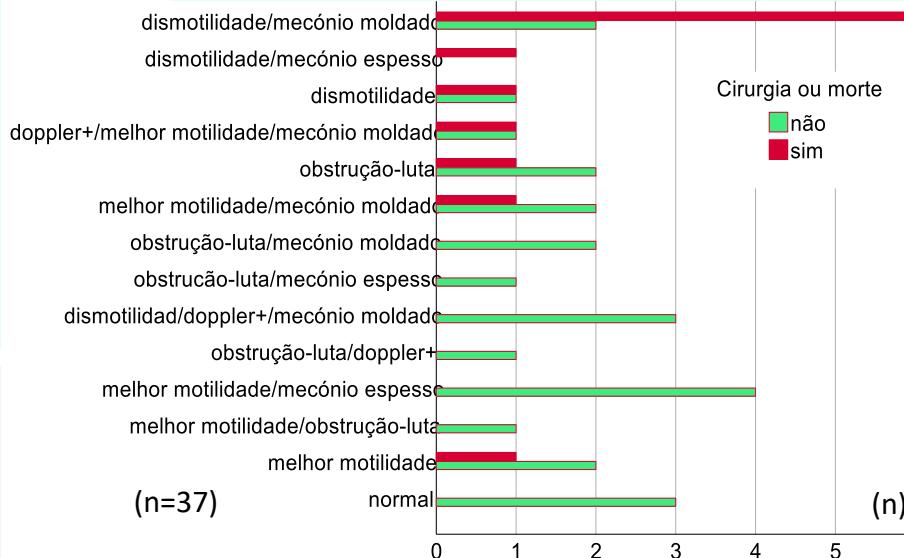
Conclusão: Dismotilidade (++ se não melhora na 2ª semana), Doppler sugestivo de inflamação, endurecimento do mecônio sugerem DAVM e mau prognóstico.

N=207	(m±dp)	DAVM (45)	S/DAVM (162)	t-Stu/X ²
Idade gestacional (s)	27.4 ± 2.3	28.4±1.8	0.003	
Peso ao nascer (g)	847 ±298	955±251	0.009	
RCF (n)	21 (47%)	52 (38%)	(0.187)	
1ª alimentação (h)	64.1±36.3	53.6±29.2	0.035	
Progressão alim. (d)	9.8±4.8	6.8±3.1	<0.001	
Entérica exclusiva (d)	21.5±9.4	16.4±6.2	<0.001	
1ºmecônio (hv)	38.5±30.9	23.5±20.5	<0.001	
Fezes transição (d)	11.4±3.8	9.3±2.6	<0.001	
Fezes normais (d)	16.5±7.3	13.3±3.7	<0.001	
1º enema salino (h)	57.4±48.5	50.8±35.3	(0.183)	
Enema até regular(n)	9.5±7.9	3.9±3.7	<0.001	

Padrões na 1ª ecografia intestinal



Padrões na 2ª ecografia intestinal



APORTE HÍDRICO, ALIMENTAÇÃO ENTERAL E A DISPLASIA BRONCOPULMONAR 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Joana Gama Jardim¹, Mariana Sebastião¹, Bárbara Leal¹, Inês Gameiro¹, Sofia Costa¹, Patrícia Lapa¹, Rui Castelo¹

¹ Serviço de Neonatologia, Maternidade Daniel de Matos, ULS Coimbra

Introdução

A displasia broncopulmonar (DBP) é uma das consequências mais frequentes da prematuridade e é a principal causa de doença pulmonar crónica em ex-prematuros. Está associada a múltiplos fatores, incluindo alimentação entérica (AE) e aporte hídrico (AH) nesse período.

Métodos

Estudo retrospectivo
Jan/2010 → Dez/2020

- ✓ RN nascidos numa maternidade com apoio perinatal diferenciado
- ✓ PN <1500g
- ✓ IG <32semanas
- ✓ Sob suporte ventilatório

2 grupos:

Grupo
Controlo

Grupo
com DBP

Análise por SPSS.

Estatisticamente significativo p<0,05

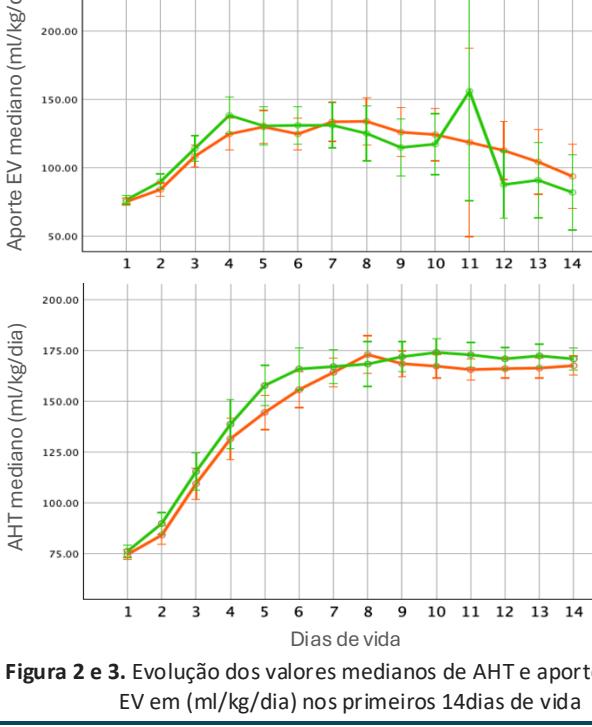


Figura 2 e 3. Evolução dos valores medianos de AHT e aporte EV em (ml/kg/dia) nos primeiros 14 dias de vida

Objetivos

- Caracterizar a população de recém-nascidos (RN) com DBP;
- Analisar o impacto do Aporte Hídrico (total, entérico, endovenoso (EV)) até D14 de vida, no desenvolvimento de DBP;
- Comparar os resultados entre grupo controlo e grupo com DBP.

Resultados

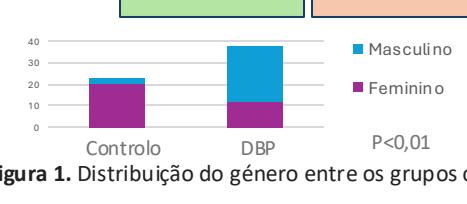


Figura 1. Distribuição do género entre os grupos com DBP e controlo

Tabela 1. Características dos RN com DBP vs grupo contolo

		DBP (n=38)	Controlos (n=23)	p
IG	Média	27s1d	28s4d	p=0,01
Gemelar	Sim	9 (23,7%)	8 (34,8%)	p=0,35
	Não	29 (76,3%)	15 (65,2%)	
Tipo de parto	Vaginal	11(28,9%)	1 (4,3%)	p=0,02
	Cesariana	27 (71,1%)	22 (95,7%)	
PN (g)	Mediana	817	795	p=0,116
	Range	400-2000	400-1800	
Tipo de Ventilação	VMI	34 (82,9%)	7 (17,1%)	p<0,01
	VNI	4 (20%)	16 (80%)	
Duração VMI	Mediana	23 dias	0 dias	p<0,01
	Min, max	0D, 98D	0D, 20D	

Tabela 2. Comparação entre o aporte entérico e aporte hídrico nos RN com DBP vs grupo contolo

		DBP (n=38)	Controlo s (n=23)	p
Dia de início AE	Mediana P25-P75	4 7	2 2	p<0,01
Dia de início AET	Mediana P25-P75	18 18	15 9	p=0,04
1º dia com AHT >130ml/kg/dia	Mediana P25-P75	4 2	3 0	p<0,01
EV cumulativo antes AE (ml/kg/dia)	Mediana P25-P75	575 763	300 234	p= 0,03
EV cumulativo * (ml/kg/dia)	Mediana P25-P75	1614 644	1653 389	p= 0,81
AHT cumulativo * (ml/kg/dia)	Mediana P25-P75	2032 277	2102 129	p= 0,19

* Cumulativo refere-se aos primeiros 14 dias de vida

Conclusão

Tal como descrito na literatura, verificou-se que o inicio precoce do AE com progressão para AET podem reduzir a incidência de DBP. Não encontrámos diferenças significativas nos AHT e ev cumulativos até D14, mas o AH ev cumulativo antes de iniciar AE foi mais elevado no grupo com DBP (p=0,03).

Este trabalho reforça a necessidade de iniciar precocemente AE e progredir para AET logo que possível.



DISPLASIA BRONCOPULMONAR - CASUÍSTICA DE 10 ANOS

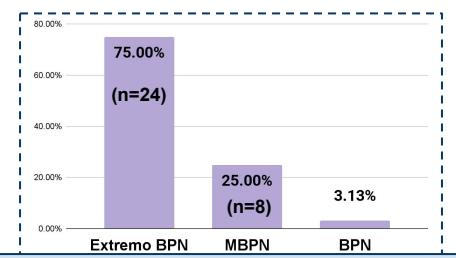
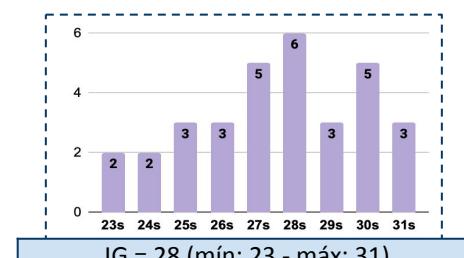
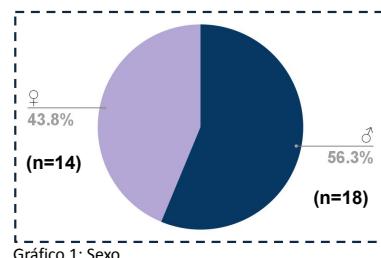
Ana Bandeira Santos¹, Dina Raimundo², Beatriz Parreira de Andrade³, Márcia Gonçalves³, Joana Santos³

¹Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Médio Ave. ²Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Aveiro. ³Unidade de Neonatologia, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho.

INTRODUÇÃO: A displasia broncopulmonar (DBP) é uma das principais complicações da prematuridade extrema, associando-se a elevada morbilidade respiratória e neurológica e a aumento da mortalidade neonatal. **OBJETIVOS:** Caracterizar a população de recém-nascidos pré-termo (RNPT) com DBP numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN).

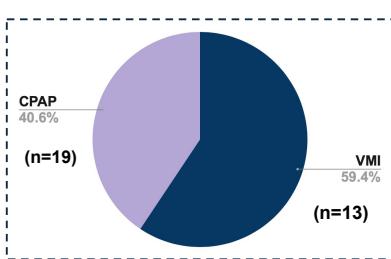
MÉTODOS: Análise retrospectiva dos casos de DBP entre 2014 e 2024. Incluídos RN com idade gestacional (IG) <32 semanas. A definição de DBP baseou-se na necessidade de suporte ventilatório e/ou oxigénio suplementar às 36 semanas de idade pós-menstrual¹.

RESULTADOS: Incluídos 32 casos (amostra total N=313 | prevalência 10,2%).



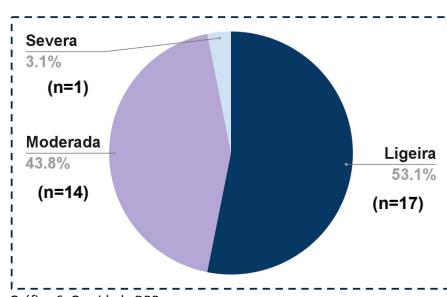
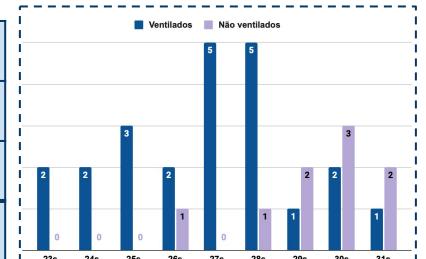
Corticoterapia antenatal: Completa 56,3% (n=18) Incompleta 32,3% (n=10) Ausente 9,4% (n=3)
Utilização surfactante: 2 doses 15,6% (n=5) 1 dose 46,9% (n=15) Ausente 34,3% (n=11)

Tabela 1: Corticoterapia antenatal e utilização surfactante.



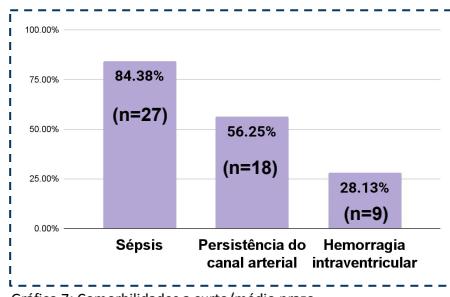
Δt VMI (dias)	Média = 30,9 Mediana = 30 (mín: 1; máx: 73)
Δt CPAP (dias)	Média = 18,3 Mediana = 13 (mín: 2; máx: 51)
Δt CAF (dias)	Média = 24,2 Mediana = 24 (mín: 1; máx: 43)
Δt ventilatação	Média = 51,6 Mediana = 49 (mín: 4; máx: 98)

Tabela 2: Caracterização métodos ventilatórios.



	Pré-CAF vs Pós-CAF	
Ligeiro	12 (75%)	5 (31.6%)
Moderado	3 (18.8%)	11 (68.8%)
Grave	1 (6.3%)	0
Total	16	16
<i>(p=0,018)</i>		

Tabela 3: Classificação gravidade período pré-CAF vs pós-CAF.



Mediana Δt internamento: 82 dias (min: 42 - máx: 175 dias).

9.4% (n=3) → alta com O2 suplementar no domicílio.

Intercorrências respiratórias complicadas com internamento: 21,8% (n=7)
Alteração neurodesenvolvimento: 53,2% (n=17)

Tabela 5: Caracterização comorbilidades a longo prazo - Internamentos por infecções respiratórias e alterações neurodesenvolvimento.

CONCLUSÃO:

- A DBP continua a ser uma **complicação significativa nos RNPT**.
- O **aumento dos casos moderados/graves** após a introdução da CNAF na UCIN pode ser explicado pela **ausência de critérios definidos para o desmame desse suporte**.
- A **atualização da definição de DBP**, que passou a incluir o uso de CNAF, pode contribuir para um aumento de casos classificados como gravidade moderada, contudo serão necessários estudos adicionais para avaliar a concordância com a real condição clínica e morbilidade a longo prazo destes doentes.

Tempo para positividade de hemoculturas em recém-nascidos admitidos a unidade de cuidados intensivos neonatais – estudo retrospectivo

Sara Neto¹, Ana Oliveira Lemos², Miguel Moreira Sá³, Luísa Lacerda³, Cristina Ferreras¹, Inês Azevedo¹, Susana Pissarra², Sandra Costa²

1- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2- Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal; 3 -Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal

Introdução

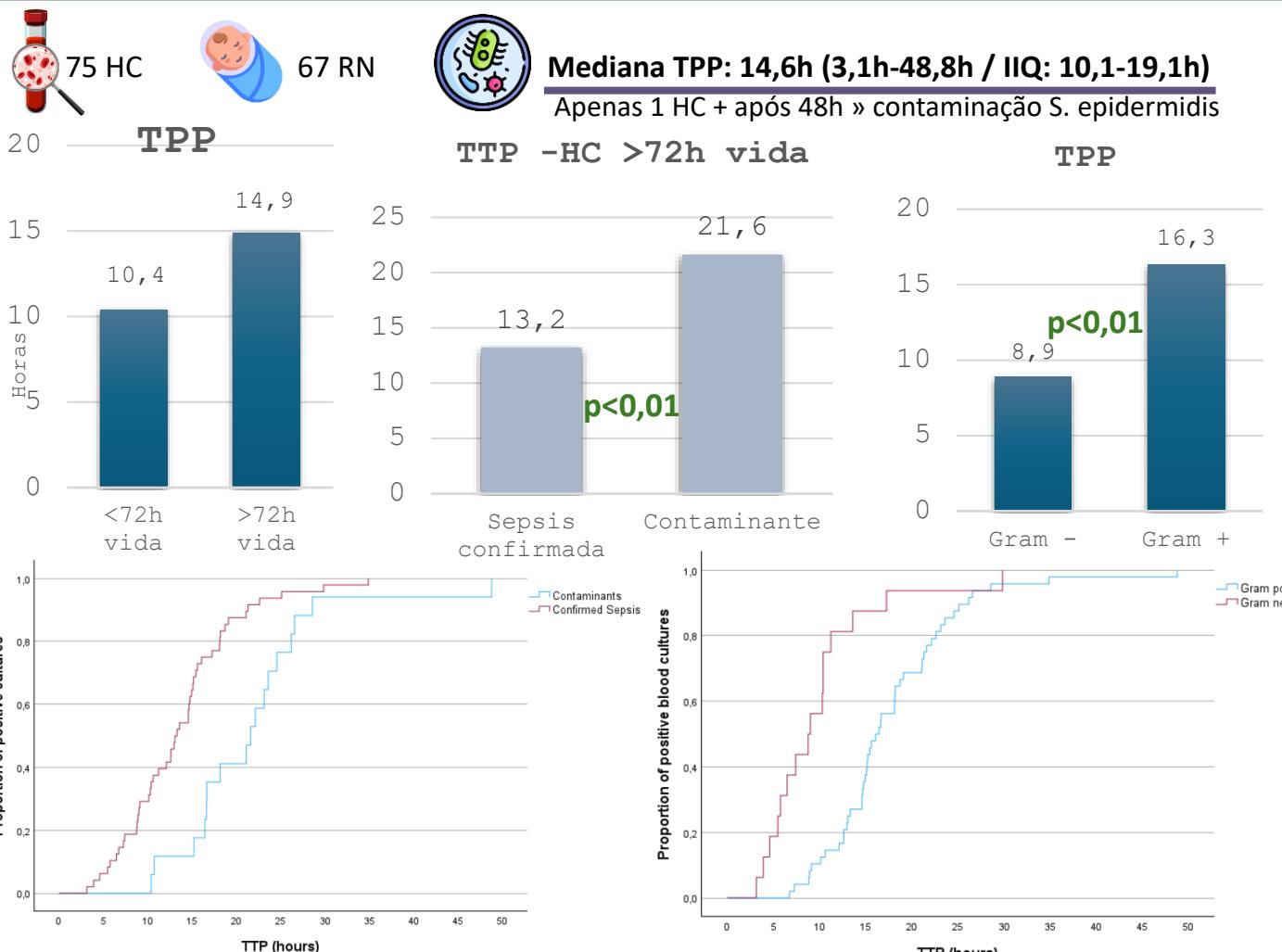
- Sépsis neonatal = causa significativa de morbimortalidade nas UCIN » fundamental diagnóstico precoce.
- **Recomendações internacionais:** descontinuar antibioterapia empírica em 36-48 horas se hemoculturas negativas + recém-nascido assintomático. No entanto, aplicabilidade destas diretrizes na prática clínica é incerta.

 **Objetivo** - analisar o tempo para positividade (TPP) das hemoculturas em recém-nascidos, para fundamentar programas locais de gestão de antibióticos.

Métodos

- Estudo de coorte retrospectivo
- UCIN nível III em Portugal
- Recém-nascidos admitidos entre 01/04/2022 e 31/12/2024 com ≥ 1 hemocultura positiva
- Critérios NEO-KISS para diagnóstico de sépsis
- Análise estatística: IBM SPSS Statistics 29

Resultados



Conclusões

Maioria das hemoculturas em casos de sépsis neonatal positivaram antes das 48 horas. Antibióticos empíricos devem ser descontinuados precocemente em doentes assintomáticos.



Bibliografia



PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSIS NEONATAL PRECOCE, TARDIA E NOSOCOMIAL: 13 ANOS DE ANÁLISE

Joana Figueirinha^{1,2}, Cristina Ferreras², Susana Pissarra²

1 - Serviço de Pediatria e Neonatologia, ULS Médio Ave

2 - Serviço de Neonatologia, ULS S. João

1. INTRODUÇÃO

A infecção neonatal permanece uma causa relevante de morbimortalidade, sobretudo em recém-nascidos (RN) prematuros ou com muito baixo peso ao nascimento (MBPN). A vigilância epidemiológica local constitui uma ferramenta essencial para reforçar a qualidade dos cuidados prestados e prevenir piores desfechos.

2. OBJETIVO

Descrever a epidemiologia da sepsis neonatal numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) nível III durante 13 anos.

- Análise retrospectiva
- Dados: Base do Programa de Vigilância Epidemiológica das Infeções nas Unidades de Neonatologia (VE-UCIN)
- RN internados na UCIN de nível III entre 2011 e 2023
- Episódios de sepsis diagnosticados segundo os critérios da VE-UCIN, com ou sem pneumonia e/ou meningite associadas
- Programa: SPSS Statistics v. 30

3. MÉTODOS

Nº de admissões	4837
Mediana de peso [IQ]	2650 g [1917-3200] Mín. 410 Máx. 5590
Mediana IG [IQ]	37 semanas [34-39] Mín. 23 Máx. 42
Sexo masculino	57,3% (N=2770)
MBPN	13,4% (N=648)
Prematuros	46% (N=2227)

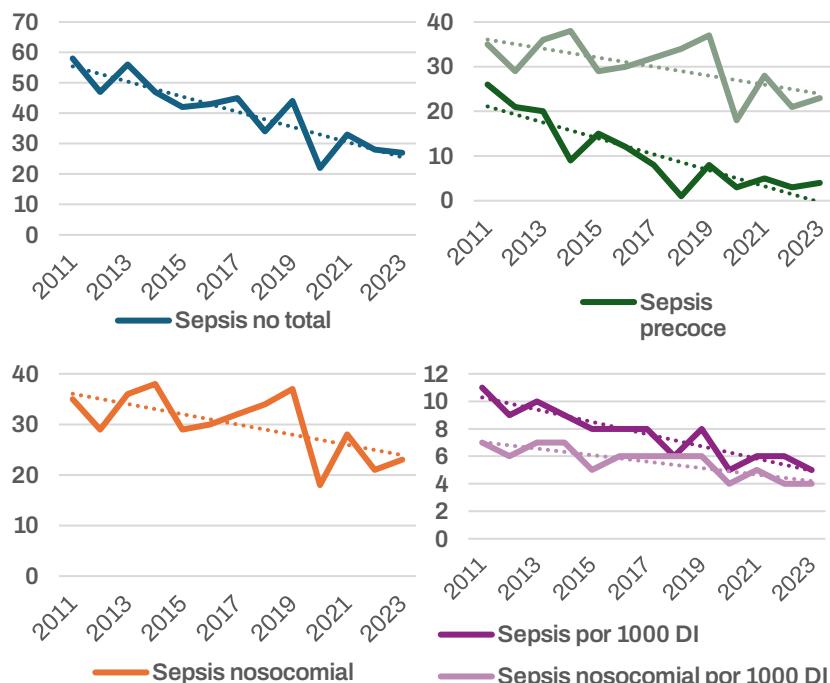
Tabela 1 – Dados demográficos

Nº de episódios	526
Nº RN envolvidos	468
RN > 1 ep. sepsis	45
MBPN	29.7% (N=139)
Prematuros	56.1% (N=295)
Taxa mortalidade	5,5% (N=29)
Sepsis precoce	25.7% (N=135)
Sepsis tardia	74.3% (N=391)

Tabela 2 – Sepsis

Sepsis nosocomial	74.1% (N=390)
MBPN	39.7% (N=155)
Prematuros	66.1% (N=258)
Taxa mortalidade	6.1% (N=24)

Tabela 3 – Sepsis nosocomial



- Diminuição estatisticamente significativa de todos os tipos de sepsis ao longo dos anos ($p<0.05$), verificando-se a mesma tendência quando comparados os episódios de sepsis por 1000 dias de internamento ($p<0.05$)

	Sepsis Precoce (N=36)	Sepsis Tardia (N=315)
Escherichia coli	31% (N=11)	Staphylococcus Coagulase negativos 56% (N=176)
Staphylococcus Coagulase negativos	28% (N=10)	Escherichia coli 9% (N=29)
Streptococcus do Grupo B	22% (N=8)	Klebsiella spp 8% (N=25)

Tabela 4 – Agentes etiológicos identificados por cultura

5. CONCLUSÃO

Verificou-se uma diminuição significativa da incidência da sepsis neonatal ao longo dos anos, resultado da melhoria contínua das práticas, das diferentes medidas de prevenção de infecção adotadas e da monitorização permanente dos resultados.

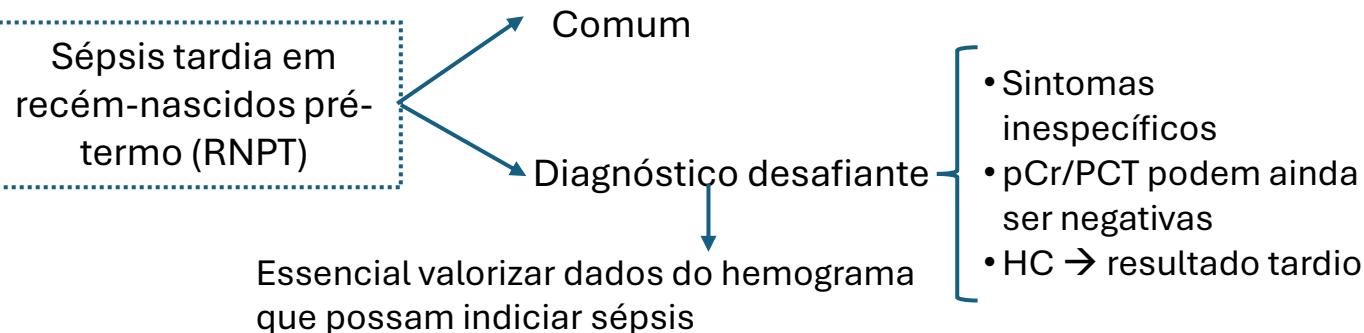
Os resultados do nosso estudo estão em concordância com estudos epidemiológicos de outros países, nomeadamente ao nível da identificação dos grupos de RN que têm maior risco de desenvolver sepsis nosocomial e da distribuição dos patogénios responsáveis pelos diferentes tipos de sepsis.

Marcadores hematológicos na sépsis neonatal tardia em recém-nascidos pré-termo

Marta Carvalho^{1,2}, Mariana Lopes^{1,3}, Catarina Tavares^{1,4}, Inês Santos¹, Ana Martins¹, Ana Silva¹, Joaquim Tiago¹

1- Serviço de Neonatologia, Maternidade Daniel de Matos, ULS Coimbra; 2-Serviço de Pediatria, ULS do Baixo Mondego 3- Serviço de Pediatria, ULS Região de Leiria; 4- Serviço de Pediatria, ULS Viseu Dão-Lafões

Introdução



Objetivo: avaliar valor de marcadores hematológicos no diagnóstico de sépsis

Métodos

Estudo caso-controlo, retrospectivo, analítico

RNPT nascidos entre 2015-2024 com sépsis e controlos sem sépsis

- Comparação de marcadores hematológicos entre os 2 grupos

SPSS v28.0

Sig.: p<0,05

Resultados

228 casos/228 controlos

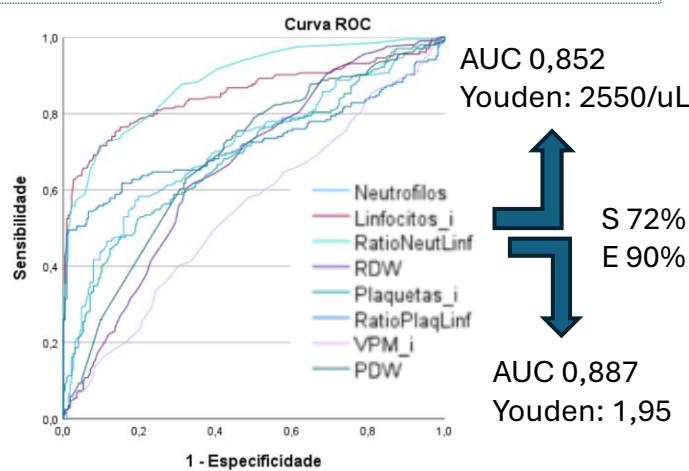
IG mediana 29s (IIQ 3) / 31s (IIQ 4)

PN mediano 1145g (IIQ 590)/ 1445g (IIQ 754)

p < 0,01, forte colinearidade (0,828)

91% hemoculturas positivas → 83% estafilococos coagulase negativos

	p-value	OR	IC 95%
Neutrófilos	<0,001	1,13	1,08-1,19
Linfócitos	<0,001	0,46	0,4-0,54
Racio Neut/Linf	<0,001	3,26	2,47-4,31
RDW	<0,001	1,26	1,13-1,4
Plaquetas	<0,001	0,99	0,99-0,99
Racio Plaq/Linf	<0,001	1,02	1,01-1,02
VPM	0,011	0,84	0,73-0,96
PDW	<0,001	1,2	1,12-1,28



Conclusão

Existem diferenças nas características hematológicas entre sépsis e controlos:

- Semelhante à literatura: neutrófilos, RDW, PDW e rácio Neut/Linf e Plaq/Linf superiores em sépsis; linfócitos e plaquetas inferiores
- Maior predição: rácio neutrófilos/linfócitos

Bibliografia

Utilização máxima do potencial do hemograma → diagnóstico e início de terapêutica mais precoce



COLONIZAÇÃO POR ENTEROBACTERIÁCEAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES EM UCIN DE UM HOSPITAL NÍVEL III

ESTUDO CASO-CONTROLO E ANÁLISE DE FATORES DE RISCO

Tomás Ferrão¹; Dina Raimundo¹; Joana Brandão Silva²; Anabela João²; Conceição Costa²
1-Serviço de Pediatria, ULS Região de Aveiro; 2- Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria e Neonatologia, ULS Gaia/Espinho

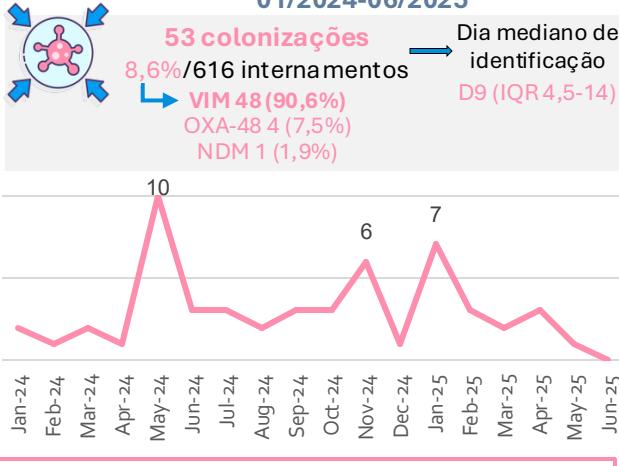
INTRODUÇÃO

- Resistências antibióticas** em Gram-negativos: problema de saúde pública crescente
- Recém-nascidos (RN) em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN): vulneráveis à **colonização por Enterobacteriáceas produtoras de carbapenemases** (EPC) e infecções nosocomiais
- Objetivo:** avaliar evolução da colonização por EPC em RN e análise de fatores de risco
- Prevenção da transmissão cruzada e colonização** (higiene das mãos, uso racional de antibioterapia, vigilância ativa e isolamento adequado).

MÉTODOS

- Estudo descritivo retrospectivo, caso-controlo** (2 controlos:1 caso), emparelhamento por idade gestacional (IG) e peso ao nascimento (PN). Internamentos UCIN - **janeiro/2024-junho/2025**
- SPSS v29. Avaliada a normalidade (Shapiro-Wilk) e aplicados testes não paramétricos (Mann-Whitney); Variáveis qualitativas comparadas através com Teste qui-quadrado/Fisher.

RESULTADOS



CARACTERÍSTICAS			
	Controlos N=110	Casos N=53	Valor p
Sexo F	48 (43,6%)	23 (43,4%)	0,977
IG (s) <small>mediana</small>	35 (IQR 32-38)	34 (IQR 31-38)	0,668
PN (g) <small>mediana</small>	2482 (IQR 1603-2862)	1820 (IQR 1552-2970)	0,899
Tipo de parto			0,055
Eutóxico	40 (36,4%)	11 (20,8%)	
Ventosa	15 (13,6%)	5 (9,4%)	
Cesariana	55 (50,0%)	37 (69,8%)	
Líquido amniótico			0,571
Normal	45 (76,3%)	16 (72,3%)	
Meconial	12 (20,3%)	4 (18,2%)	
Outro (p.e. hemático)	2 (3,4%)	2 (2,5%)	
Antibioterapia pré-natal	37 (33,6%)	16 (30,2%)	0,513
Alterações serológicas	9 (5,6%)	4 (7,5%)	0,863
Duração internamento materno ap (d)	2 (IQR 1-4,75)	1 (IQR 0-8)	0,234
Unidade de admissão inicial			0,155
UCIN	7 (6,4%)	5 (9,4%)	
Intermédios	65 (59,1%)	36 (67,9%)	
Bercário	38 (34,5%)	11 (20,8%)	
Outborn	0 (0,0%)	1 (1,9%)	
Duração internamento (d)	14 (IQR 6-36)	26 (IQR 10-50)	<0,001
Sépsis tardia	12 (10,9%)	12 (22,6%)	0,048

11/12 (91,7%) sépsis tardias EPC+ após atb 1 caso EPC+ → sépsis tardia *Staph haemolyticus*

IG 23s HC + LCR* | Sec. Brônquicas**

D10 Sepsis com meningite

Pseudomonas aeruginosa [S: Meropenem]

D41 de VMI: ***Klebsiella oxytoca* [S: Meropenem]

D74: rastreio EPC+

IG 34s HC*

D5 rastreio EPC+; D6 Sepsis *Klebsiella pneumoniae*

Nova Deli [MDR - R: Carbapenemes; S: Amicacina e Colistina]

2 sépsis tardias
Identificação de Enterobacteriácea

2 óbitos

Controlos

PT 23s (em D1)

PT 28s (hem. GI)

p=0,319

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

- A colonização com EPC verificou-se **precocemente** e associada a **sépsis tardia e uso de catéter central**. Verificou-se uma tendência de maior prevalência de parto por cesariana; não houve associação com outros fatores obstétricos/terapêuticas habituais;
- Registou-se um caso de **sépsis tardia com identificação de microrganismo EPC+**; não houve diferenças na mortalidade, e os óbitos observados devem-se provavelmente à randomização
- A **duração de internamento dos controlos foi superior ao dia mediano de colonização**: papel da heterogeneidade da exposição ambiental/temporal na UCIN?

SERÃO NECESSÁRIAS 4 HORAS DE AMPICILINA PARA A PROFILAXIA ADEQUADA DA SÉPSIS PRECOCE A STREPTOCOCCUS GRUPO B?

Ana Catarina Paulo¹; Ana Rita Fradique¹; Ana Rita Alvelos¹; Ariana Marques¹; Dolores Faria¹; Adelaide Taborda¹; Muriel Ferreira¹
 1 – Serviço de Neonatologia B – Pólo Maternidade Bissaya Barreto, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução:

- A sépsis neonatal por *Streptococcus Grupo B* (SGB) é uma das principais causas de **morbimortalidade neonatal** em todo o mundo.
- Desde 2010 o **CDC** recomenda o **rastreio universal e profilaxia com penicilina ≥ 4 horas** antes do parto.
 >> Rastreio às grávidas entre 35-37 semanas (*Norma DGS 037/2011*)
- Estudos prospektivos mostram que após 1-2h a MIC é atingida na corrente sanguínea fetal.

Hipótese: A profilaxia com ampicilina ≥2 horas antes do parto é adequada para prevenção da sépsis neonatal por SGB.

Objetivo: Avaliar se a profilaxia com ampicilina ≥2 horas pré-parto atua na prevenção da sépsis neonatal por SGB

Métodos:

- Estudo coorte retrospectivo de 2019 a 2024.
- Critérios de inclusão: RN de grávidas com rastreio positivo para SGB, com IG ≥ 34 semanas.
- Critérios de exclusão: cesariana eletiva sem início de trabalho de parto.

Profilaxia adequada: ampicilina ≥ 2 horas antes do parto.

Sépsis neonatal precoce: RN com < 72h com clínica + alteração laboratorial e/ou HC positiva para SBG.

Variáveis: fatores de risco para sépsis neonatal precoce (prematuridade espontânea, irmão gémeo com sépsis precoce, suspeita de corioamnionite, febre materna, rotura membranas > 18 horas), esquema de antibioterapia e morbimortalidade.

Análise estatística no SPSS, com significância p< 0,05

Resultados:

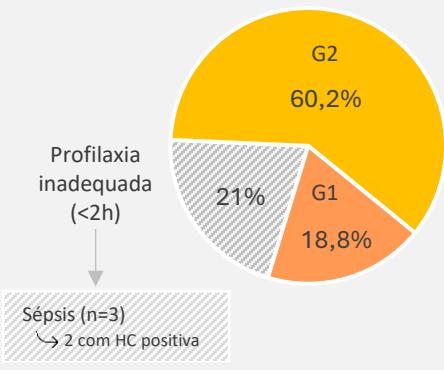


Tabela 1. Caracterização geral dos dois grupos

	Ampicilina ≥ 2h - <4h (G1)	Ampicilina ≥ 4h (G2)	p
N (n%)	370 18,8%	1182 60,2%	
Sexo masculino (n%)	194 52,4%	635 53,7 %	0,66
IG mediana (sem)	39,57 (AIQ=1,58)	39,57 (AIQ=1,72)	0,87
Peso mediano (g)	3200 (AIQ=556)	3250 (AIQ=630)	0,16
Tipo de parto			
Vaginal (n%)	334 90,3%	967 81,8%	<0,001
Cesariana (n%)	36 9,7%	215 18,2%	<0,001

Legenda: AIQ = amplitude interquartil; IG = idade gestacional; G = grupo

Tabela 2. Comparação de sépsis neonatal precoce nos dois grupos

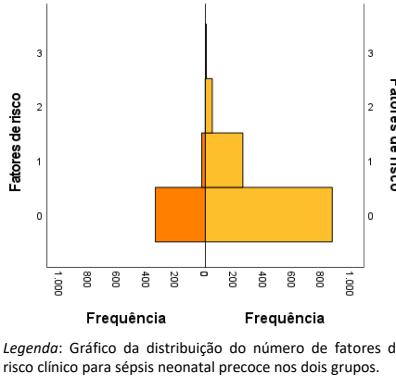
	G1	G2	p
Sépsis neonatal precoce (clínicas)	0 0%	3 0,3%	0,33

Tabela 3. Comparação da presença de fatores de risco nos dois grupos

	G1	G2	p
Fatores de risco	26 7%	311 26,3%	<0,001

Tabela 4. Regressão logística binária: fatores de risco e sépsis neonatal precoce

	Exp(B) [OR]	p
Soma de fatores de risco	6,23	<0,001



Legenda: Gráfico da distribuição do número de fatores de risco clínico para sépsis neonatal precoce nos dois grupos.

Conclusão:

- A administração de ampicilina ≥2 horas - < 4 horas não mostrou diferença na prevenção da sépsis neonatal precoce em relação ao grupo que fez profilaxia ≥ 4 horas. Contudo este grupo apresentava maior proporção de fatores de risco clínicos.
- Sugerem-se estudos prospektivos que consolidem estes resultados e integrem os fatores de risco para SGB.



ABORDAGEM DO RISCO DE SEPSIS PRECOCE: RESULTADOS DE UM INQUÉRITO NACIONAL

Isabel Sampaio, Raquel Gouveia

Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, ULSSM

Introdução:

Apesar da baixa prevalência atual de sepsis precoce, muitos recém-nascidos assintomáticos com fatores de risco continuam a ser sujeitos a exames complementares e antibioterapia empírica desnecessária, com potenciais consequências a curto e longo prazo. Num questionário enviado em 2021 às unidades de apoio perinatal portuguesas apenas 3 em 34 unidades adotavam protocolos baseados na vigilância clínica. Em 2022, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia publicou um consenso nacional visando uniformizar práticas e privilegiar estratégias menos invasivas, como a vigilância clínica seriada.

Objetivos:

Avaliar a abordagem de recém-nascidos assintomáticos com fatores de risco para sepsis precoce em Portugal, três anos após a publicação do consenso da Sociedade Portuguesa de Neonatologia em 2022.

Métodos:

Estudo transversal descritivo através de um questionário eletrónico anonimizado enviado a 51 unidades neonatais portuguesas entre abril e junho de 2025. O inquérito recolheu informação sobre protocolos locais, adesão ao consenso, estratégias de avaliação, uso de antibióticos e barreiras à implementação da vigilância clínica seriada. Os resultados foram comparados com os obtidos em 2021, utilizando a mesma metodologia.

Resultados: Obtivemos resposta de 45/51 unidades de apoio perinatal inquiridas, correspondendo a 69 263 partos em 2024

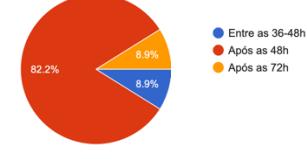
Classificação das Unidades de apoio perinatal
45 respostas



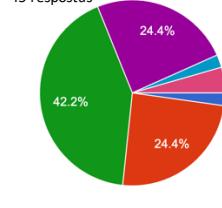
Recomendações seguidas na abordagem dos RN com IG > 34 semanas com risco aumentado de sepsis precoce
45 respostas



Duração do internamento em RN com risco aumentado de sepsis precoce
45 respostas



Estratégia utilizada na abordagem ao RN com risco aumentado de sepsis precoce
45 respostas



31 Unidades (69%): avaliação categórica de fatores de risco

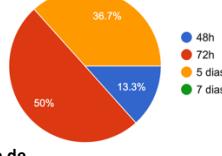
14 Unidades (31%): estratégias baseadas na vigilância clínica

Unidades que mantêm estratégias de pesquisa categórica de fatores de risco (31/45)

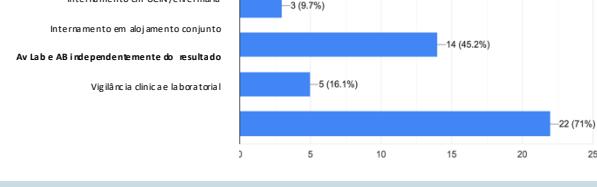
Local de internamento dos RN assintomáticos sob AB
31 respostas



Duração preconizada de antibioticoterapia em RN assintomáticos
31 respostas



Abordagem do RN exposto a corioamnioite
31 respostas



Aplicabilidade da implementação de estratégia baseada na vigilância clínica
31 respostas



Obstáculos à implementação:

- Falta de recursos humanos (51%, 16/31)
- Natureza subjetiva da avaliação clínica (16%, 5/31)
- Preocupações acerca do treino, competência e motivação do pessoal (13%, 4/31)

Unidades que implementaram estratégias baseadas na vigilância clínica (14/45)

RN com indicação para protocolo de vigilância clínica
14 respostas



Sinais vitais monitorizados

14 respostas

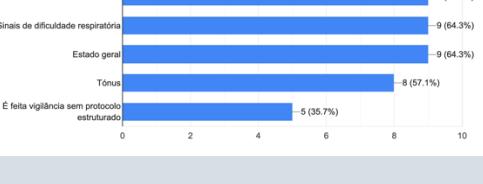


Profissionais responsáveis pela vigilância clínica seriada
14 respostas



Parâmetros clínicos monitorizados

14 respostas



Conclusões:

O consenso da SPN de 2022 influenciou a prática nacional, promovendo uma maior uniformização na abordagem da sepsis neonatal precoce e encorajando estratégias menos invasivas. Apesar do uso da vigilância clínica seriada ter quase duplicado desde 2021, a sua implementação mantém-se limitada. É importante desenvolver estratégias para ultrapassar obstáculos à sua aplicação, como a afetação de recursos e a formação das equipas, de forma a reduzir a exposição desnecessária a antibióticos em recém-nascidos com risco de sepsis precoce.

CASUÍSTICA DE CATETERISMO CENTRAL EM UNIDADE DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

Ana Cláudia Rocha, Adriana Romano, Carla Cunha, Maria Cândida Igreja, Sílvia Mota, Miguel Costa

INTRODUÇÃO

O cateterismo central é uma prática essencial nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Permite suporte hemodinâmico contínuo, administração segura de fármacos e nutrição parentérica.

- **CAU** (catéter arterial umbilical), **CVU** (catéter venoso umbilical): mais frequentes nos primeiros dias de vida
 - **CEC** (catéter epicutâneo-cava): durante todo o período neonatal
- Riscos significativos associados incluem: infecção, trombose, complicações mecânicas. A monitorização contínua destas complicações é fulcral para garantir a segurança desta prática.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo descritivo realizado numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) do Hospital de Braga.

- Período de análise: 3,5 anos
- Amostra: todos os CC colocados em recém-nascidos internados
- Fonte de dados: base interna de monitorização de CC com informação clínica dos doentes, características e duração dos CC e complicações associadas.
- Análise estatística: SPSS® e Microsoft Excel®

FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DE DOENTES



RESULTADOS

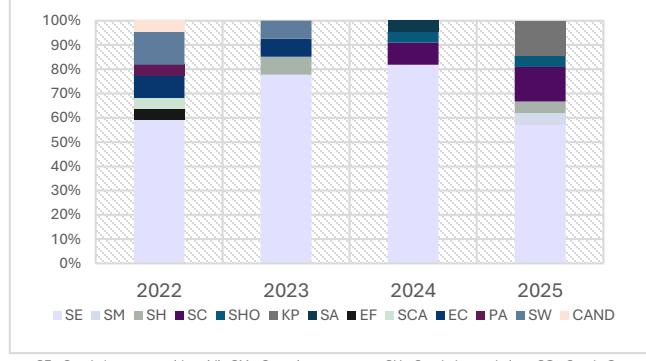
DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DA AMOSTRA

VARIÁVEL	MEDIANA [IQ]
Idade gestacional	29,6s [27,4–32,4]; Mín–Máx = 24,14 – 41,8s
Peso de nascimento	1300g [950–1640]; Mín–Máx = 450–4400
Duração dos CC	
CEC	14 dias [9,5–24]
CVU	4 dias [2–5]
CAU	5 dias [4–6]

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO CC

COMPLICAÇÃO	n (%)
Remoção accidental	10 (2,5%)
Remoção por óbito	3 (0,1%)
Complicações associadas ao CC	27 (6,7%)
Mecânicas	16 (59,3%)
Derrame pleural	6
Infiltração	6
Tamponamento cardíaco	2
Pneumotórax	1
Ruptura de catéter	1
Infeciosas	6 (22,2%)
Trombótica	5 (18,5%)

MICROBIOLOGIA DA PONTA DE CATÉTER



Tendência anual da relação microbiologia de ponta de catéter - hemocultura

	2022	2023	2024	2025 (1º semestre)
MB PONTA CC (total)	106	107	130	63
Negativa (277)	80	70	93	34
Contaminação ¹ (8)	1	3	4	0
Positivo	21 (19,8%)	28 (26,2%)	22 (16,9%)	21 (33,3%)
RESULTADO HC SIMULTÂNEA				
Positiva coincidente	0	0	1 (SE-SE) ²	1 (SE-SE) ²
Positiva não coincidente	0	0	1 (SA-SE) ²	0
Negativa	1 (SE-N) ²	5 (SE-N) ²	1 (SE-N) ²	3 (2 SE-N, 1 KP-N) ²

¹ Se isolamento de múltiplos agentes

² (MB da ponta do cateter central - Hemocultura)

CONCLUSÃO

A colocação de CC em recém-nascidos (maioritariamente prematuros) associou-se sobretudo a complicações mecânicas, em linha com o reportado na literatura internacional – estes dados sublinham a importância da confirmação radiográfica e/ou ecográfica de posição do cateter. A predominância de *Staphylococcus epidermidis* nas pontas dos CC de RN assintomáticos sugere provável contaminação no momento da retirada do catéter, mais do que infecção associada ao dispositivo. Os resultados reforçam ainda a importância da **formação periódica das equipas**, da **adesão rigorosa às normas de assepsia** e da **revisão protocolar contínua** como estratégias fundamentais para reduzir complicações relacionadas com o cateterismo central em unidades neonatais. A análise sistemática de dados locais, como a presente, constitui um passo essencial na implementação de práticas baseadas na evidência e na melhoria contínua da qualidade assistencial.

COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVO MULTIRRESISTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Inês da Bernarda Rodrigues^{1,2}; José Maria Lupi^{1,3}; Tong Yang^{1,4}; Leonor Aires Figueiredo^{1,5}; Mónica Marçal¹; Anabela Salazar¹; Madalena Lopo Tuna¹

Filiações: 1 - Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo; 3 - Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde do Alentejo Central; 4 - Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas; 5 - Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria - Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A colonização por bactérias Gram-negativo multirresistentes, incluindo *Enterobacteriales* produtoras de β-lactamases de espectro alargado (ESBL), de AmpC e de carbapenemases (EPC), representa um desafio crescente nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), dado os recém-nascidos (RN) prematuros serem uma população particularmente vulnerável.

Nesta Unidade é feito um rastreio sistemático a todos os RN internados, através da colheita de exsudado orofaríngeo e retal para pesquisa de *Enterobacteriales* produtoras de ESBL, AmpC e CPE na admissão na UCIN, com repetição de exsudado retal a cada 10 dias até à identificação de colonização ou alta hospitalar.

Objetivo: Análise e caracterização dos RN internados numa UCIN colonizados por *Enterobacteriales* produtoras de ESBL, AmpC e EPC em 2024.

MÉTODOS

- **Tipo de Estudo:** coorte retrospectivo, observacional e analítico;
- **Amostra:** RN internados na UCIN colonizados por *Enterobacteriales* produtoras de ESBL, AmpC e EPC;
- **Intervalo de estudo:** janeiro a dezembro de 2024;
- **Análise de dados:** epidemiológicos, clínicos e microbiológicos;
- **Análise estatística:** IBM SPSS Statistics® v.29.0.

RESULTADOS

Número total de RN admitidos na UCIN n=290	Número de RN colonizados n=31
↓	
58,1% (n=18) sexo masculino	
Idade gestacional mediana de 30 semanas (mín 25S+2D; máx 37S+3D)	
Peso ao nascer mediano de 1206 g	
Vigilância adequada da gravidez em 83,9% (n=26)	
Apenas 2 RN transferidos de outros hospitais	

Tabela 1. Fatores de risco para colonização neonatal

Fatores maternos e obstétricos	n	%
Antibioterapia materna pré-natal/intraparto	13	41,9
Rotura prolongada de membranas (> 18h)	5	16,1
Parto vaginal	3	9,7
Fatores neonatais	n	%
Prematuridade	30	96,8
Muito baixo peso ao nascer (< 1500g)	18	58,1
Baixo peso ao nascer (1500-2499g)	12	38,7
Leve para a idade gestacional	9	29,0
Fatores relacionados com o internamento	n	%
Nutrição parentérica	31	100,0
Sonda nasogástrica	31	100,0
Acesso vascular central	n	%
Internamento prolongado (> 14 dias)	27	87,1
Antibioterapia de largo espectro	n	%
Ventilação mecânica invasiva	20	64,5

Tabela 2. Comparação entre RN colonizados e não colonizados (Mann-Whitney)

Variável	RN colonizados (n=31)	RN não colonizados (n=259)	p
Idade gestacional (semanas)	30,0 (27,6 - 32,6)	36,7 (33,4 - 39,6)	<0,001
Peso ao nascer (gramas)	1206 (864 - 1680)	2585 (1826 - 3250)	<0,001
Duração da hospitalização (dias)	46 (20 - 68)	5 (2 - 10)	<0,001
Dias de acesso vascular central*	11,0 (6,0 - 18,0)	6,0 (3,0 - 11,8)	<0,001

Mediana (AIQ). *RN colonizados (n=27); RN não colonizados (n=84)

RN colonizados apresentaram menor idade gestacional e peso ao nascer, bem como maior tempo de hospitalização e de acesso vascular central.

Na regressão logística binária, apenas o **peso ao nascer** manteve **associação significativa com a colonização**, embora com efeito mínimo e incerto, sem relevância clínica (OR = 0,999; IC 95%: 0,997 - 1,000; p = 0,032).

CONCLUSÃO

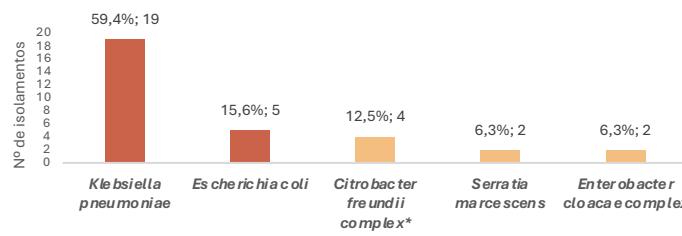
A colonização por agentes multirresistentes representa um desafio importante na prática clínica e terapêutica, tornando crucial a sua deteção precoce para permitir a implementação rigorosa de medidas de controlo de infecção, prevenir surtos e limitar a disseminação destes agentes. Neste contexto, destaca-se a importância da vigilância ativa e existência de protocolos padronizados de rastreio e monitorização epidemiológica em unidades neonatais.

O número reduzido de RN colonizados limita a robustez das conclusões. Estudos com amostras maiores, idealmente multicéntricos e com políticas de rastreio de colonização semelhantes entre centros, seriam importantes para aprofundar e validar estes achados.



BIBLIOGRAFIA

Gráfico 1. Agentes bacterianos multirresistentes isolados (n = 32)



Agentes bacterianos isolados

* *Citrobacter freundii* complex inclui *C. freundii* e *C. youngae*;

** *Enterobacter cloacae* complex inclui *E. asburiae* e *E. hormaechei* subsp. *steigerwaltii*.

Deteção destes agentes ocorreu em mediana ao 20º dia de internamento

Após rastreio positivo foram implementadas medidas de isolamento de contacto e de controlo de infecção até ao momento da alta

- Não se registou sepsis secundária a infecção por agentes de colonização;
- Ocorreu isolamento de agentes de colonização na cultura de secreções oculares em 3 casos;
- Em 9,6% (n=3) dos casos, verificou-se sepsis tardia por agentes patogénicos diferentes dos identificados nos estudos de colonização;
- Sem registo de outras complicações ou óbitos em RN colonizados.

Tabela 3. Fatores associados à colonização (Regressão logística binária)

Variável	Odds Ratio	IC 95% inferior	IC 95% superior	p
Idade gestacional (semanas)	1,003	0,786	1,279	0,984
Peso ao nascer (gramas)	0,999	0,997	1,000	0,032
Duração da hospitalização (dias)	1,013	0,995	1,031	0,154
Dias de acesso vascular central	0,993	0,913	1,080	0,878

TENDÊNCIAS TEMPORAIS, FATORES DE RISCO E OUTCOMES EM INFECÇÕES NOSOCOMIAIS NUMA UCIN: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

Inês Gandra¹, Catarina Fraga¹, Catarina Viveiros², Ana Azevedo², Teresa Martins²

¹ Departamento de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local De Saúde De Matosinhos

² Unidade de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local De Saúde De Matosinhos

Introdução e Objetivos

A **infecção nosocomial** (IN) → causa importante de **morbimortalidade** em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Reconhecimento de **fatores de risco e padrões de infecção** → criação e implementação de **medidas preventivas**.

Prevalência global variável (0.88%-28%).

Métodos

Objetivo: Descrever os episódios de infecção nosocomial em recém-nascidos (RN) admitidos em UCIN

Análise **retrospectiva** dos episódios de infecção nosocomial na UCIN de um **hospital nível II** entre **01/01/2015 e 31/12/2024**.

Dados obtidos através das **Redes de Informação e Observação em Saúde**.

Resultados

Episódios de IN: 106 (5.8%)

Admissões: 1648

Dias em CI (média): 9,14

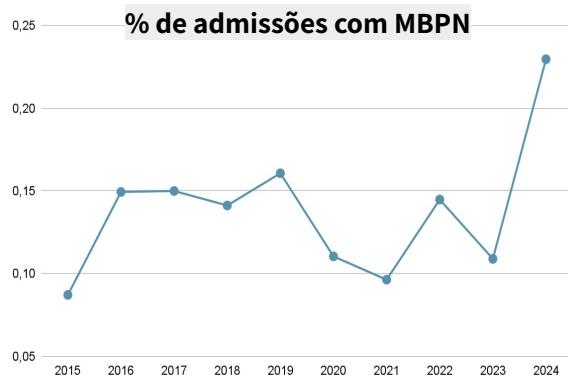
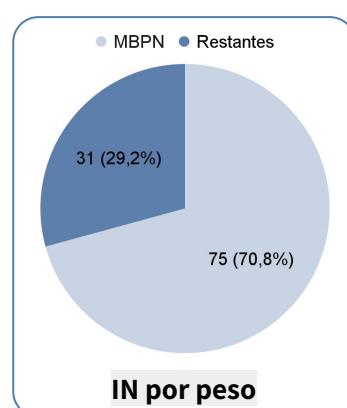
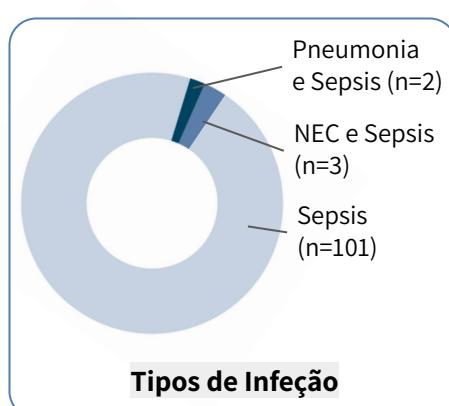
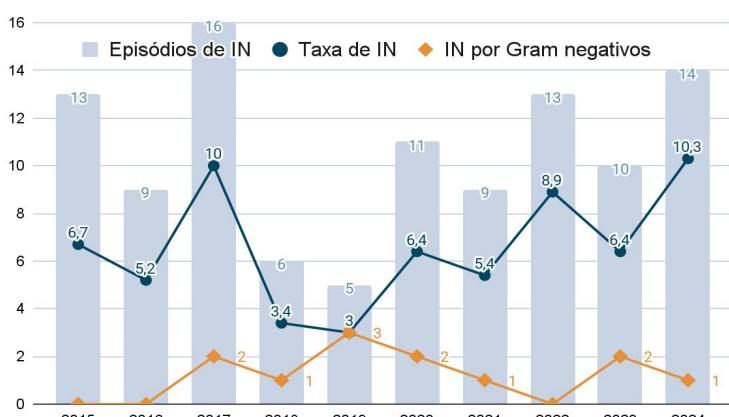
♂ | ♀ : 57% | 43%

Mortalidade por IN: 0,2% (n=3)

IG (mediana): 36S

RNMBPN: 13.5%

Uso Dispositivos Invasivos: 32%



Sepsis associada a CVC

Total: 14/1000 dias-CVC

RNMBPN: 15/1000 dias-CVC

Diagnóstico ao 5º dia (média)

Pneumonia associada a TET

Total: 3/1000 dias-TET

RNMBPN: 3/1000 dias-TET

Conclusões

A IN é uma complicação frequente nas UCIN, sobretudo nos RNMBPN.

↓ Mortalidade → eficácia dos protocolos locais de gestão.

↑ Taxa infecção associada a CVC → necessidade do uso criterioso de acessos centrais.

↓ Positividade dos exames culturais → importância do diagnóstico clínico e colheita adequada de amostras.

É essencial a melhoria contínua das estratégias de prevenção.

Referências



Banco de Leite Humano: Criar valor em saúde para o futuro dos recém nascidos pré-termo e muito baixo peso

Joana Nunes^{1,2}, Rita Moita¹, Marta Rola^{3,4}, Diana Silva^{3,4,5}, Susana Fraga⁶, Cristina Martins⁷, Henrique Soares^{1,2}, Susana Pissarra¹

1: Serviço de Neonatologia, ULS-São João; 2: Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, FMUP; 3: Serviço de Nutrição, ULS-São João; 4: FONAUP; 5: CINTESS @RISE - Health Research Network, FMUP; 6: Serviço de Farmácia, ULS-São João; 7: Serviço de Obstetrícia, ULS-São João.

Introdução



Leite humano - alimento ideal para qualquer recém-nascido (RN).



RN pré-termo e de muito baixo peso - dieta exclusivamente baseada em leite humano oferece proteção contra várias complicações da prematuridade e assegura múltiplos benefícios imunológicos, com impacto clínico a curto e longo prazo.

Objetivo

Descrever a atividade desenvolvida por um banco de leite humano (BLH) nos primeiros 3 anos de funcionamento e discutir o seu contributo para a criação de valor em saúde neonatal.

Métodos



- Estudo retrospectivo descritivo.
- Atividade desenvolvida desde 09/2022 a 09/2025.
- Análise descritiva dos dados demográficos das dadoras recrutadas, do volume de leite recolhido e processado e características dos recetores.

Resultados



220 dadoras recrutadas

Idade mediana: 33 anos (20-48)

Educação: 78,1% escolaridade superior



718 litros de leite processados

Taxa de rejeição microbiológica: 26%



299 recém-nascidos internados em 7 UCIN

Idade gestacional (média): 29,6 semanas (24-39)

Peso ao nascimento (médio): 1233g (390-4230)

Gestação múltipla: 37,1%

Duração da administração do LHDP (mediana): 5 dias (1-81)

- <72 horas: 146 RN (48,8%) – ponte até à disponibilidade do leite da própria mãe

Conclusão

- Um BLH possibilita o fornecimento seguro e rastreável de uma dieta de leite humano a RN pré-termo, de muito baixo peso e particularmente vulneráveis, permitindo-lhes usufruir dos comprovados benefícios desta prática.
- Em apenas 3 anos, este BLH alimentou 299 RN em 7 UCIN, demonstrando o impacto da sua atividade.
- Estes resultados ilustram o contributo do BLH para criar valor em saúde neonatal e reforçam a necessidade de políticas públicas que assegurem a sua sustentabilidade, incentivando a doação e ampliando o acesso a leite humano.

Satisfação das Dadoras de um Banco de Leite Humano

Ana Rita A. Costa^{1,2}, Joana Nunes^{1,3}, Rita Magalhães Moita¹, Cristina Martins⁴, Diana Silva⁵, Marta Rola⁵, Susana Fraga⁶, Henrique Soares¹, Susana Pissarra¹

1 - Serviço de Neonatologia, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Unidade Local de Saúde São João | 2 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões | 3 - Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | 4 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Unidade Local de Saúde São João | 5 - Serviço de Nutrição, Unidade Local de Saúde São João | 6 - Serviço de Farmácia, Unidade Local de Saúde São João

Introdução e objetivos

Leite humano - fundamental para recém-nascidos de risco.

Bancos de Leite Humano (BLH) disponibilizam esse recurso quando a amamentação não é possível.

→ Em Portugal existe um BLH em Lisboa (2009) e outro no Porto (2022)

Avaliar percepção de dadoras relativamente ao processo de doação - indicador de qualidade e sustentabilidade.

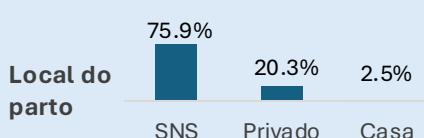
Métodos

- Aplicação de questionário em formato online, anonimizado e voluntário, às dadoras do BLH do Norte desde 2023
- Dados sociodemográficos e relativos à experiência de doação submetidos a análise estatística descritiva

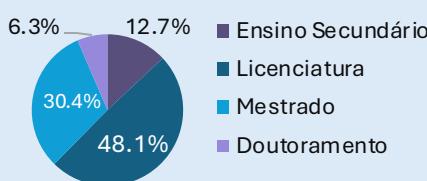
Resultados

Amostra n=79 | 49,7%, total n=159

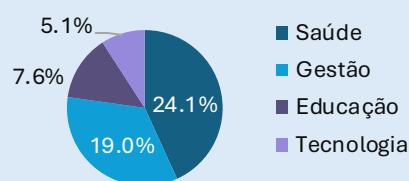
$\bar{X} = 35,6$ anos | 26–48 anos



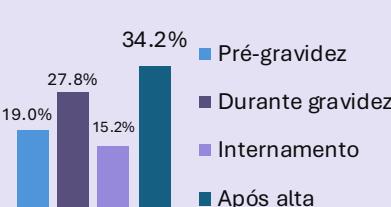
Habilidades literárias



Área profissional



Primeiro contacto



Recrutamento

- 100% | Compreende necessidade de análises regulares
- 98,7% | Formação adequada
- 93,6% | Suporte escrito adequado
- 71,4% | Rápida resposta inicial

Início da doação

$\bar{X} = 3,5$ meses pós-parto

Maioria dos parceiros concordava com a doação (93,7%).

Materiais fornecidos

88,6%
Satisfeitos com material

Críticas:

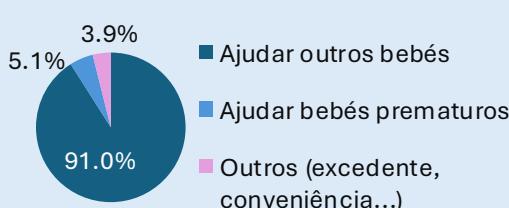
Tamanhos de funil/biberão variados
Portabilidade/duplicidade da bomba
Lentidão na entrega/recolha de material

Processo de doação/recolha

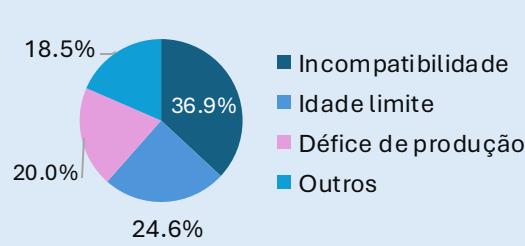
- 98,7% | Equipa acessível
- 76,0% | Comunicação rápida
- 94,9% | Controlo analítico “nada desagradável”
- 32,9% | Possível impedimento à doação

Críticas: local das consultas/análises, tempo espera

Motivação para iniciar doação



Justificação para cessar doação (n=65)



100%

Considera que garante segurança, rastreabilidade e confidencialidade

100%

Aceitaria que um filho recebesse leite do BLH

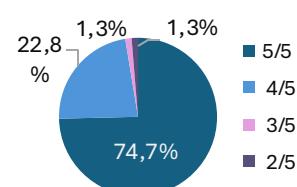
100% Doaria novamente leite para o BLH

98,7% Recomendaria a outras mães

Argumentos a favor para recorrer a leite do BLH:

Benefícios do leite humano | Segurança do processo | Solidariedade | Empatia da equipa

Classificação da experiência



Conclusão

- Dadoras manifestaram elevada satisfação e confiança no processo
- Estratégias de proximidade, adaptação de materiais e reforço de divulgação poderiam otimizar adesão
- Todas as dadoras reconhecem a segurança do processo e aceitariam recorrer ao BLH

→ Credibilidade e aceitação do BLH como prática de saúde segura

Referências
bibliográficas



ALTERAÇÕES IÓNICAS EM RECÉM-NASCIDOS DO BERÇÁRIO DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II

Davide Cachada¹, Sara Silva Monsanto¹, Marta Dias¹, Sofia Costa², António Pereira¹, Isabel Soares¹

¹ Serviço de Pediatria e Neonatologia da ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

² Serviço de Patologia Clínica da ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

A hipernatremia e a hiperclorémia são frequentemente subdiagnosticadas nos recém-nascidos (RN), podendo levar a complicações potencialmente graves. Nos últimos anos, tem havido uma crescente valorização dos casos de desidratação hipernatrémica em RN.

Objetivos

Avaliar a presença de hipernatremia e hiperclorémia em RN do berçário e caracterizar os RN de risco.

Métodos

Estudo transversal, retrospectivo e descritivo, dos RN com colheita de ionograma durante a permanência no berçário, entre janeiro de 2020 e setembro de 2024. Foi considerada hipernatremia um valor de $\text{Na}^+ > 145 \text{ mEq/L}$ e hiperclorémia um valor de $\text{Cl}^- > 110 \text{ mEq/L}$. Os dados foram obtidos através dos registos laboratoriais e da consulta do processo clínico e foram analisados através do Microsoft Office Excel® e IBM SPSS®.

Resultados

5430 nascimentos



53,6% : 46,4%

HiperNa ⁺	20,5%	Na ⁺	142,6 mEq/L (129-166)
HiperCl ⁻	13,2%	Cl ⁻	106,8 mEq/L (96-145)

Tabela 1 – Descrição da amostra

	Amostra total	HiperNa ⁺	HiperCl ⁻
Eutócico	35,9%	33,3%	30%
Cesariana	40,7%	41,1%	40%
Instrumentado	23,4%	25,6%	30%
Primigesta	46%	50%	55%
Idade materna	31,15 anos	31,78 anos	30 anos
IG	34s+1d – 41s+5d	34s+5d – 41s+5d	34s+5d – 41s+0d
IG <37s	11,7%	14,1%	25%
PN	3111g	3187g	3134g
PN <2500g	11,3%	2,6%	7,5%
Perda ponderal	4,9% (-12,2% a 15,3%)	7,3% (-12,2% a 15,3%)	6,9% (-6,9% a 15,3%)
Perda ≥7%	27,2%	64,2%	54,1%
Perda ≥10%	4%	12,3%	8,2%
Tempo de vida (médio)	54h	60h	62h
Icterícia	51%	57,7%	62,3%

Tabela 2 – Comparação dos valores médios de Na⁺ e Cl⁻ consoante as variáveis apresentadas (teste t de amostras independentes)

	Na ⁺	Cl ⁻
Perda ≥7%	141,6 vs 145,3 p<0,001	106,1 vs 108,7 p<0,001
Perda ≥10%	142,4 vs 146,3 p<0,001	106,7 vs 109 p=0,008
BPN	142,7 vs 141,5 p=0,009	106,9 vs 106,1 p=0,175
Parto distóxico	142,7 vs 141,5 p=0,231	107,3 vs 106,5 p=0,030
IG <37s	142,5 vs 143 p=0,294	106,7 vs 107,7 p=0,062

Tabela 3 – Correlação entre os valores de Na⁺ e Cl⁻ e as variáveis apresentada (correlação de Pearson)

	Na ⁺	Cl ⁻
Cl ⁻	r=0,681 p<0,001	-
Perda ponderal	r=0,508 p<0,001	r=0,357 p<0,001
Tempo de vida (h)	r=0,147 p<0,001	r=0,131 p=0,003

Discussão

Bibliografia

- Limitações: estudo retrospectivo; viés de seleção
- O risco de HiperNa em RN com perda ponderal ≥7% não pode ser negligenciado, merecendo uma avaliação do RN e das técnicas de amamentação.
- Sendo a perda ponderal o fator mais visível da desidratação hipernatrémica, um *follow up* cuidadoso do peso é fundamental para a deteção precoce da mesma.
- Sugere-se a determinação de momentos-chave para a avaliação destes RN e a criação protocolos de apoio ajustados.



Impacto da abertura de um banco de leite nas práticas nutricionais e na incidência de comorbilidades numa unidade de cuidados intensivos neonatais: estudo retrospectivo

Ana Oliveira Lemos^{1,2}, Luciana de Paula³, Manuel Lima Ferreira¹, Rita Magalhães Moita¹, Pedro Miragaia^{1,2}, Joana Nunes^{1,2}, Susana Pissarra¹

1 – Serviço de Neonatologia, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Unidade Local de Saúde São João. 2 - Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 3- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

- Nutrição adequada de RN (PT, MBP) = pilar para crescimento, desenvolvimento, ↓ comorbilidades.
- Leite materno MAS nem todas as mães o conseguem proporcionar.
- BLH = papel crucial, permitindo o fornecimento de leite humano.



Avaliar o impacto da abertura de um BLH nas práticas nutricionais e incidência de comorbilidades numa UCIN

MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo

RN admitidos numa UCIN nível III com:

- IG < 32 semanas
 - OU
 - PN < 1500g
- 2021-2022 e 2023-2024 (antes e depois a abertura do BLH)

Análise estatística: SPSS 28.0.1.0

RESULTADOS

2021-2022 2023-2024

Primeira dieta

n 54 64



55,6% 50,0%



30 sem
(25-34 sem) 30 sem
(24-35 sem)



1209g
(680-2020g) 1272g
(550-2030)

2021-2022
(n=51)

2023-2024
(n=62)

p

Colostro

32 (62,7%)

36 (58,1%)

0,613

Fórmula

16 (31,4%)

2 (3,2%)

<0,001

LHD

3 (5,9%)

24 (38,7%)

<0,001

Práticas nutricionais

2021-2022

2023-2024

p

Nutrição trófica

100%

100%

Mediana idade início trófica (IIQ)

3 dias (2-4)

2 dias (2-3)

<0,001

Mediana início entérica [>24mL/Kg/dia] (IIQ)

8 dias (6-12)

6 dias (5-9)

<0,001

Nutrição entérica total (IIQ)

15 dias (12-21)

12 dias (10-18)

0,012

Comorbilidades

2021-2022

2023-2024

p

Enterocolite necrotizante



5 (9,3%)

0 (0%)

0,018



Sepsis tardia

22 (40,7%)

15 (23,4%)

0,044

Displasia broncopulmonar



18 (33,3%)

5 (7,8%)

<0,001

CONCLUSÕES

Abertura do BLH:

- Atingimento mais precoce de nutrição entérica total e consequente diminuição de alimentação parentérica;
- Redução de comorbilidades (menos casos de NEC, sépsis tardia e DBP).



Bibliografia

FORMAÇÃO FINE NA NEONATOLOGIA: Qualificar equipas para aumentar valor em saúde

Sandra Costa^{1,2}; Susana Pissarra¹; Madalena Ramos¹; Lígia Silva¹; Susana Oliveira¹; Florbela Neto³; Tânia Leiras¹; Sara Almeida⁴; Henrique Soares¹; Fátima Clemente¹

1 - Serviço de Neonatologia. Unidade Local de Saúde São João; 2 - Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.; 3 - Escola Superior de Saúde -Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 4 -Serviço de Psicologia. Unidade Local de Saúde São João

A prestação de cuidados a recém-nascidos em UCIN requer uma abordagem especializada, integrada e sensível ao desenvolvimento neurocomportamental. Os cuidados centrados no desenvolvimento e na família têm ganho progressiva relevância, reconhecendo-se que a qualidade da interação entre profissionais, RN e famílias influencia, a longo prazo, os desfechos clínicos e psicológicos. A capacitação de médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais constitui, assim, um pilar fundamental para a implementação de práticas consistentes e sustentáveis.

Objetivo Descrever a experiência de formação em cursos FINE 1 (*Family-Infant Neurodevelopmental Education*), desenvolvidos pelo centro NIDCAP sediado no Serviço de Neonatologia da ULS São João, analisando formatos utilizados, categorias profissionais abrangidas e distribuição geográfica dos participantes, bem como refletir sobre o contributo desta formação para a criação de valor em saúde.

2020 – 2025: 25 cursos FINE 1 → 806 profissionais



Participantes por tipo de Curso Fine 1:

Presencial – 437

Presencial *in situ* – 110

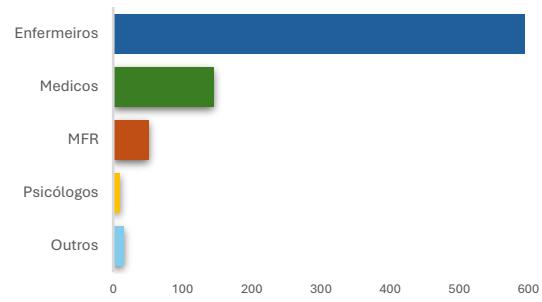
Online – 259



Distribuição dos participantes por local de trabalho



Distribuição dos participantes por grupo profissional



Progressão na Formação



Discussão e Conclusões A análise evidencia uma ampla disseminação da formação FINE em Portugal, abrangendo diversas áreas disciplinares e regiões, o que representa um avanço relevante na qualificação e resiliência das equipas neonatais. Para além do reforço de competências clínicas, este investimento constitui um motor de transformação organizacional, alinhado com princípios de *Value-Based Health Care*. Este investimento formativo tem o potencial de catalisar uma mudança estrutural nas práticas clínicas. A promoção de práticas neuroprotetoras e centradas na família potencia ganhos em qualidade, segurança, eficiência e humanização, contribuindo para aumentar o valor em saúde neonatal e para assegurar equidade no acesso a cuidados diferenciados.

Da UCIN ao Domicílio: Continuidade do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso

Carolina Pinto da Costa¹, Beatriz Taveira Pinto¹, Silvia Duarte Costa¹, Ana Azevedo², Cláudia Ferraz²

1. Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

2. Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução

Aleitamento materno: fundamental na redução morbilidade neonatal

Crescimento | Desenvolvimento | Proteção Imunológica

Especial importância no RN PT e Muito Baixo Peso

Forte encorajamento à amamentação na UCIN

VS

Barreiras existentes:

- Produção de leite;
- Transição para amamentação ao seio;
- Fortificação do leite materno;



Objetivo: Avaliar a prevalência do aleitamento materno em RNMBP no internamento e pós-alta, identificar fatores associados e avaliar impacto no crescimento e desenvolvimento

Métodos



Estudo retrospectivo RNMBP internados na UCIN do Hospital Pedro Hispano



Jan/2022 – Dez/2024



SPSS 29 ®

RN vivo nascido ou transferido <24h: <32 sem; PN <1501g; gémeos em que algum cumpra

Resultados

n=61 RNMBP | ♂ 57,4%

52 Gestações (12 gemelares)

Idade materna Média 32,3 ± DP 5,5 anos

67,3% Primipara (n=35)

Multíparas (n=17): 52,3% experiência anterior de amamentação

IG	Média 30S e 2D (25S 1D – 35S 1D)
PN	Média 1262,4g
RNEBP	13 (21,3%)
RCIU	19 (31,1%)

IPM	Média 37 sem
Peso alta	Média 2176,6g
Duração internamento	Média 48 dias (13 – 102 dias)
Orientação	Transferência 7 Domicílio 54

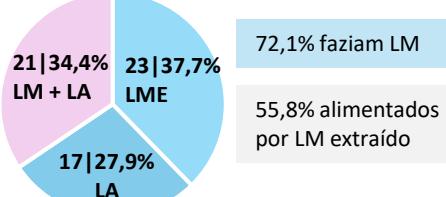
Alimentação na UCIN

Início de alimentação entérica: Média 3ºdia

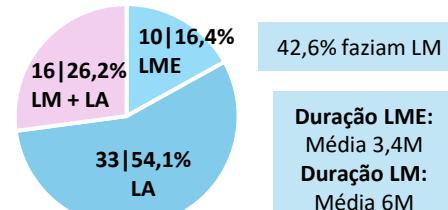
Alimentação entérica total: Média 18ºdia

Gestação gemelar ↓ LM (47,6% vs 85%)

Alimentação à data de alta



Alimentação no domicílio

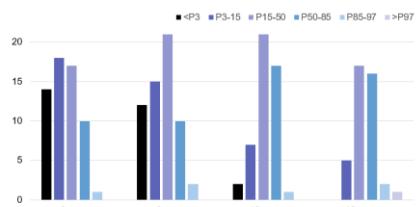


Gestação gemelar ↓ LM (47,6% vs 85%)

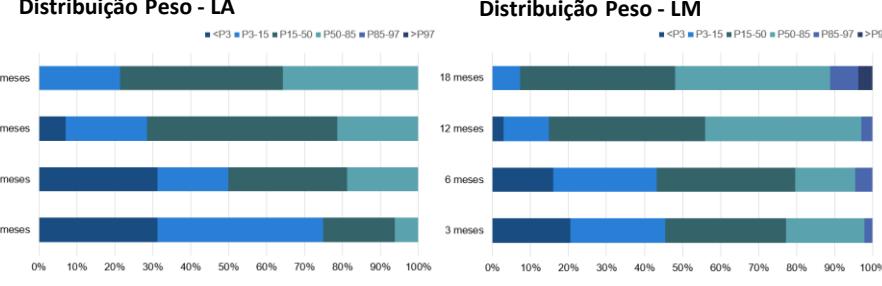
LM à data de alta: ↓ T internamento e ↓ índices de gravidez

Evolução Estaturo-ponderal

Distribuição Peso (OMS 2006)



Distribuição Peso - LM



LME: ↑ 2528g nos 1os 3M vs 2406g

Desenvolvimento adequado: 70,5%

Discussão

Promoção de uma boa nutrição:

Melhoria dos índices de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento dos RNPT

Barreiras: Gestação gemelar | ↑ gravidez

Incentivar o início do AM → Promover e garantir a sua manutenção

Reforçar programas estruturados de apoio, ++ mães de gémeos e RNMBP com maior gravidez.

> Ganho ponderal RN sob LME, sem diferença outcome ND

Seguimento a longo prazo



Bibliografia

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NUMA UCIN NÍVEL III: IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM BANCO DE LEITE HUMANO

Inês Noites^{1,2}, Alexandra M. Rodrigues^{1,3}, Raquel Santos^{1,4}, Susana Pissarra¹, Sandra Costa^{1,5}

1 - Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Açores, Portugal;
3 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal; 4 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal;
5 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A OMS estabelece como meta uma taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) aos seis meses de pelo menos 50%¹, um desafio em recém-nascidos (RN) com internamento prévio em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)².

OBJETIVO: Avaliar o impacto da implementação de um Banco de Leite Humano (BLH) na prevalência de AME até aos 4 meses de vida, após internamento na UCIN, através de análise comparativa com estudo prévio conduzido na mesma UCIN em 2023³.

MÉTODOS

Estudo prospectivo de RN admitidos na UCIN de um hospital nível III nas primeiras 24 horas de vida, entre fevereiro e abril de 2025. Tratou-se de uma amostra de conveniência, tendo sido incluídos RN cujos cuidadores aceitaram participar no estudo. Os dados foram obtidos por consulta dos processos clínicos, entrevista aos cuidadores durante o internamento e telefonicamente até aos 4 meses.

RESULTADOS

51 RN
73% ♂

Leite de dadora 6 RN
(dos RN com critérios) 86%

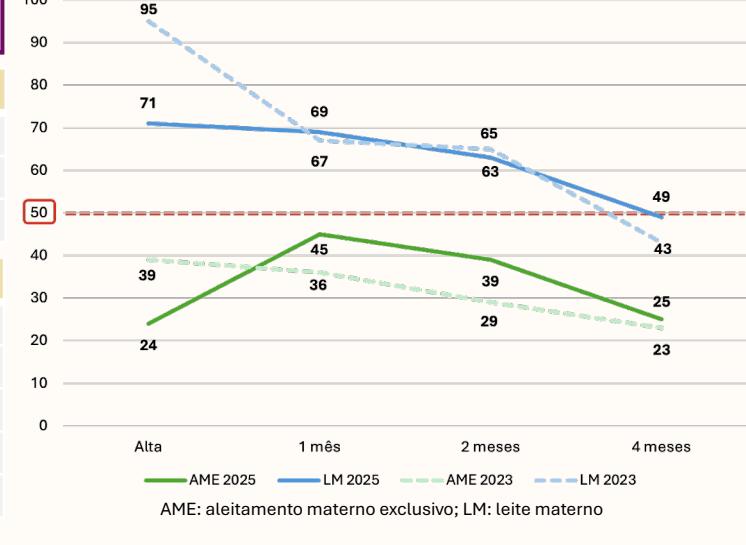
Tabela 1: Características demográficas dos RN

Idade Gestacional (semanas), mediana (min-max)	35 (25-41)
Peso ao nascimento (gramas), média (min-max)	2320 (890-3690)
Duração de internamento (dias), mediana [IQR]	17 [8-30]

Tabela 2: Motivo de internamento na UCIN

Prematuridade, n (%)	30 (58,8)
Risco infecioso/sépsis, n (%)	9 (17,7)
Patologia neurológica não malformativa, n (%)	7 (13,7)
Anomalias congénitas	
Cardíacas, n (%)	4 (7,8)
Digestivas, n (%)	1 (2,0)

Gráfico 1: Evolução das taxas de AME e LM até aos 4 meses



AME: aleitamento materno exclusivo; LM: leite materno

Tabela 3: Análise comparativa da taxa de AME à alta da UCIN, 1 mês, 2 meses e 4 meses, relativamente a RN com peso < 1500g ou IG < 32 semanas, entre início (2023) e atualidade (2025) do BLH. ** Teste exato de Fisher

	ALTA DA UCIN		1 MÊS		2 MESES		4 MESES		Valor de p	
	AME n (%)		Valor de p	AME n (%)		Valor de p	AME n (%)			
	Atual (2025)	Início (2023)		Atual (2025)	Início (2023)		Atual (2025)	Início (2023)		
PN < 1500g	4 (67)	9 (64)	1**	5 (83)	3 (21)	0,018**	4 (67)	2 (14)	0,037**	
IG <32s	3 (60)	8 (62)	1**	4 (80)	2 (15)	0,022**	4 (80)	1 (8)	0,008**	

Não foram encontradas diferenças significativas entre:

- ❖ Fatores relacionados com a mãe/gravidez e taxa de AME
- ❖ Fatores relacionados com o RN e taxa de AME
- ❖ Taxa de LM nos RN elegíveis para LHD à alta da UCIN, 1 mês, 2 e 4 meses comparativamente a 2023
- ❖ Verificou-se um aumento da taxa de uso de LHD em RN elegíveis em 2025 (86%) quando comparado com 2023 (73%), embora sem significado estatístico.

A taxa de AME foi significativamente superior:

- ❖ Nos RN com internamento prolongado (>30 dias)
- ❖ Nos RN elegíveis para LHD ao 1º mês e aos 2 meses de vida comparativamente a 2023

CONCLUSÕES

A implementação de um BLH associou-se a um **aumento das taxas de AME**. Comparativamente ao estudo prévio, as taxas de AME dos RN elegíveis para LHD revelaram-se superiores ao 1º e 2º meses de vida. Estes dados corroboram a literatura quanto ao **impacto positivo da disponibilidade de LHD proveniente de um BLH nas taxas de aleitamento materno de RN admitidos na UCIN**. A reduzida dimensão da amostra limitou a identificação de determinantes do AME. Estratégias de suporte à amamentação na comunidade poderão promover a melhoria sustentada deste importante indicador de saúde.

PO44 - BARREIRAS E FACILITADORES DE CUIDADOS CANGURU NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS PORTUGUESAS

Autores: Bárbara Costa Correia^{1,2}; Sandra Costa^{1,3}; Tânia Leiras⁴; Lígia Silva¹; Susana Oliveira¹; Florbela Neto⁵; Susana Pissarra¹; Madalena Pacheco¹; Fátima Clemente¹

Filiações: 1 - Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de São João; 2 - Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa; 3 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 4 - Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de São João; 5 - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Os Cuidados Canguru (CC) são uma componente essencial no **cuidado individualizado e centrado na família do recém-nascido**.

Objetivo: Compreender as **perspetivas dos profissionais de saúde**, assim como **identificar as principais barreiras à implementação dos CC nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) portuguesas**.

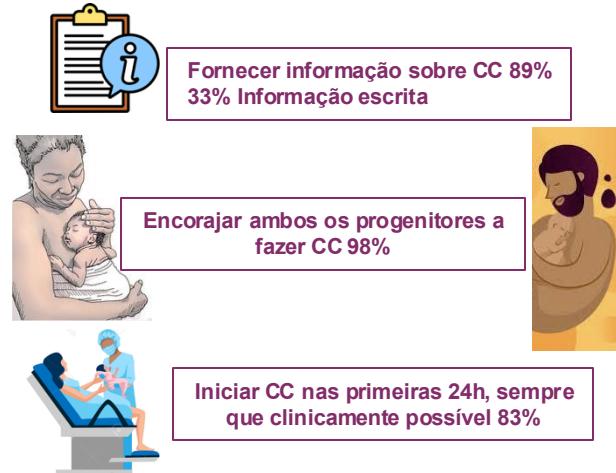
MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, realizado através de um **inquérito anónimo no Google Forms**, desenvolvido por uma **equipa NIDCAP**. Divulgado por **e-mail/newsletter**, a partir da Sociedade Portuguesa de Neonatologia e Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A amostra incluiu **pediatras dedicados à neonatologia, neonatologistas e enfermeiros de neonatologia**.

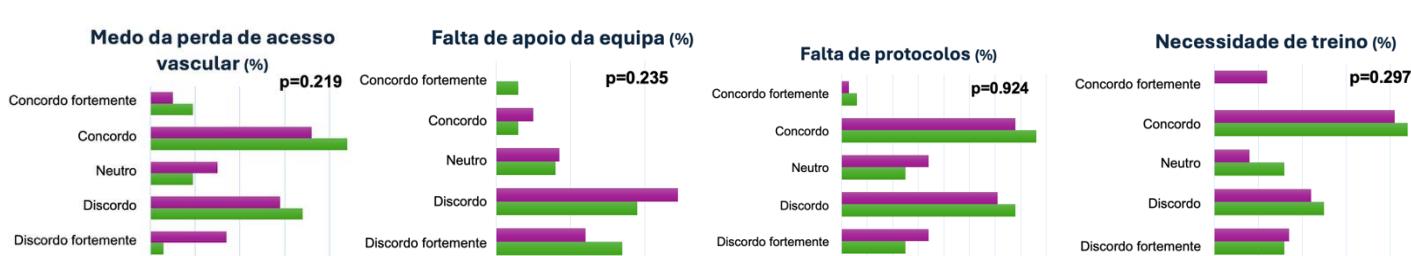
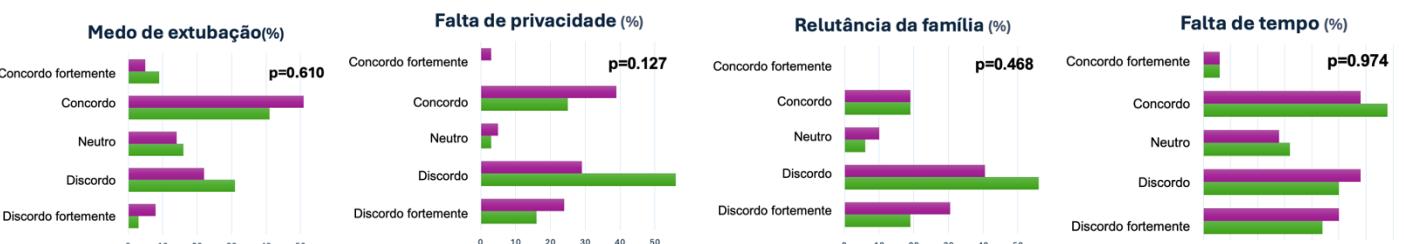
RESULTADOS

	Total	Médicos	Enfermeiros	Valor p
Amostra	91	32 (35%)	59 (65%)	
Mediana de idade	43.4	44.6	42.8	0.075
Género feminino	80 (90%)	25 (78%)	55 (93%)	0.006
Nível UCIN	Nível I – 4 (4%) Nível II – 13 (14%) Nível IIIa – 33 (36%) Nível IIIb – 41 (45%)	Nível I – 1 (3%) Nível II – 3 (9%) Nível IIIa – 11 (34%) Nível IIIb – 17 (53%)	Nível I – 3 (5%) Nível II – 10 (17%) Nível IIIa – 22 (37%) Nível IIIb – 24 (41%)	0.620
Anos de experiência	<5 anos – 21 (23%) 5-10 anos – 18 (20%) >10 anos – 51 (57%)	<5 anos – 8 (26%) 5-10 anos – 6 (19%) >10 anos – 17 (55%)	<5 anos – 13 (22%) 5-10 anos – 12 (20%) >10 anos – 34 (58%)	0.922
Formação em cuidados centrados no desenvolvimento	64 (70%)	19 (54%)	45 (76%)	0.092
Recomendações CC nas UCIN	72 (79%)	28 (88%)	44 (75%)	0.232
Recomendações CC nas salas de parto	40 (44%)	17 (53%)	23 (39%)	0.049



BARREIRAS AOS CUIDADOS CANGURU

Enfermeiros
Médicos



CONCLUSÕES

Agradecimentos

Este estudo evidencia barreiras que médicos e enfermeiros identificam na implementação dos CC em UCIN portuguesas.

Apesar da formação prévia da maioria dos profissionais, persiste a **necessidade de treino adicional e de protocolos institucionais claros, que facilitem a prática consistente e segura dos CC**.



Fifteen years of the Human Milk Bank of Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

Ana Melo, Sara Brito, Manuela Cardoso, Carla Matos, Ângela Santos, Irina Ferro, Ana Coelho,
Sofia Gomes, Esmeralda Pereira, Israel Macedo, Daniel Virella

Banco de Leite Humano, Unidade de Neonatologia, Maternidade Doutor Alfredo da Costa, ULS São José, Lisboa

BACKGROUND

The Human Milk Bank of Maternidade Alfredo da Costa (HMB-MAC), the first in Portugal, has been in operation since 2009. It is part of the HMB Network of the Portuguese Speaking Countries Community. It is a specialized, non-profit center, that works with Neonatology Units in the Greater Lisbon area and operates with a network of centers for donor recruitment and milk collection, close to the population, related to maternities and community health centers. HMB-MAC systematically analyses macronutrient content of human milk, both from donors and mother's own milk (MOM), contributing to adapt individually the supply of nutrients to the proposed requirements.

AIM: To describe the first 15 years of activity of the HMB-MAC, the scientific production, and its impact on the health of very low birth weight newborn admitted to MAC's NICU.

METHODS

Descriptive analysis of the activity of the HMB-MAC (2009-2024), including production data on number of donors and liters of processed milk, and demographic and clinical data until discharge of newborn assisted in the local NICU. Additionally, data on academic and scientific production are presented.

RESULTS

Figure 1. Number of human milk donors per year.

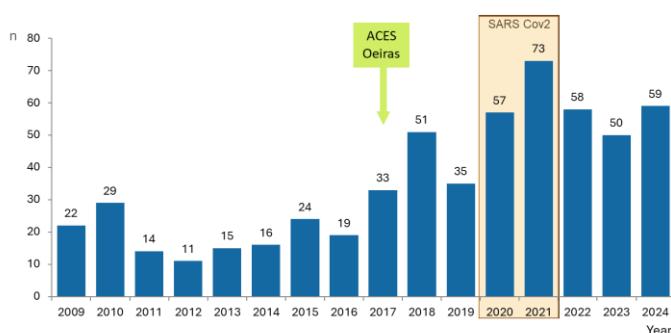
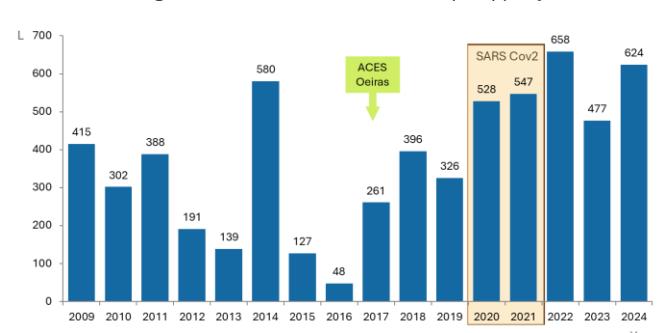


Figure 2. Pasteurized human milk (liter) per year.



- About 6000L HM collected from 566 donors.
- Benefitted ~240 preterm neonates/year.
- Every infant ≤ 1500g and ≤ 32w in the institution benefitted from HM.
- Donations gradually increased - contribution of the network of centers for donor recruitment and milk collection.

	Group 1 <i>n</i> = 57	Group 2 <i>n</i> = 58	<i>p</i> -Value
Body weight z-score at discharge, mean (SD)	-1.73 (0.92)	-1.73 (0.870)	0.693
Δ body weight z-score, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	-1.64 (-1.99; -1.28)	-1.47 (-1.79; -1.10)	0.565
Length z-score at discharge, median (perc. 25; perc. 75)	-1.47 (-1.685; -0.970) †	-1.49 (-2.135; -0.830)	0.744
Δ length z-score, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	-0.71 (-1.69; -0.37) †	-0.27 (-2.14; -0.04)	0.005
HC z-score at discharge, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	-1.17 (-1.70; -0.63) †	-0.80 (-1.390; -0.02)	0.102
Δ HC z-score, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	-0.31 (-0.59; 0.04) †	0.75 (0.41; 1.17)	<0.001

Table 1. Body weight, length, and head circumference Δ z-scores from birth to discharge (*n*=115).^{1,2,3}

¹Group 1: Fortified HM based on its assumed macronutrient content; ²Group 2: Fortified HM based on its measured macronutrient content; ³Cardoso et al, Nutrients, 2023

	Group 1 <i>n</i> = 38	Group 2 <i>n</i> = 36	<i>p</i> -Value
FM (g), median (P ₂₅ ; P ₇₅)	360.1 (260.0; 483.3)	269.5 (169.1; 413.9)	0.026
FFM (g), median (P ₂₅ ; P ₇₅)	2155.8 (1854.8; 2529.8)	2034.9 (1834.5; 2253.4)	0.173
%FM, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	14.5 (12.2; 17.3)	12.6 (8.3; 14.9)	0.021
FMI, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	1.8 (1.4; 2.3)	1.4 (0.9; 1.8)	0.004
%FFM, median (P ₂₅ ; P ₇₅)	85.5 (82.7; 87.6)	87.4 (85.1; 91.0)	0.012

Table 2. Single assessment of body composition after discharge, at 35–41w postmenstrual age (*n*=74).^{1,2,3}

- Individualized target fortification of HM contributed to better growth and improved body composition (less adiposity) of the very preterm infants.

Benefits achieved over 15 years
are estimated in

- Earlier achievement of exclusive enteral nutrition
- Reduction of infections related to central venous lines
- Avoiding dozens of cases of necrotizing enterocolitis
- Achieving slightly shorter hospital stays
- Increased breastfeeding rate at discharge

CONCLUSIONS

HMB-MAC has contributed to the better outcome of the very preterm infants, to the education and development of new HMBs, and it has been a privileged investigation and innovation center, focused on newborn's nutrition, development and growth, producing academic theses (2) and scientific papers (11).