Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Lisboa, 4 - 6 dezembro 2019

Olissippo Oriente Hotel

Av. Dom João II 32, 1900-083 Lisboa

48º Congresso Português

Neonatologia

Livro de Resumos

Programa

4/dez

15h00 - Hot topics

Moderadores - Rosalina Barroso, Elisa Proença

Ventilação • Pedro Silva

Nutrição • Susana Pissarra

Neuroproteção • Ana Vilan

Infeção • Alexandra Almeida

Prematuridade iatrogénica • Ana Luísa Areia

17h40 - COMUNICAÇÕES ORAIS

Moderadores - Anselmo Costa, Madalena Tuna

5/dez

09h00 - Terapêutica na UCIN

Moderadores - Carmen Carvalho, José Luís Nunes

Farmacodinâmica • Gonçalo Duarte

DBP terapias atuais e novas abordagens • Gustavo Rocha

Técnicas dialíticas • Ana Rita Sandes

Células estaminais na EHI • Alexandra Dinis

11h20 - CONFERÊNCIA por Bernd Stahl, moderador Joana Saldanha

12h10 - Sessão de Abertura

13h00 - COMUNICAÇÕES, POSTERES

Moderadores: Gonçalo Cassiano Santos, Edmundo Santos, Paulo Soares, Alberto Berenguer, Vítor Hugo Neves, Ricardo Costa, André Graça, Abílio Oliveira, João Costa, Israel Macedo

15h00 - Neonatologia no mundo

Moderadores - Eurico Gaspar, Gabriela Mimoso

Nascer, uma história que não se repete • Maria João Valente Rosa

Portugal • Daniel Virella

Future challenges for the European eNewborn Network • Dominique Haumont

África • Gonçalo Cassiano Santos

17h20 - ASSEMBLEIA GERAL (eleição da nova Direção da SPN)

20h30 - Jantar na Ordem dos Médicos

6/dez

09h00 - Atualização em Neonatologia

Moderadores - Teresa Tomé, Adelaide Taborda

Na sala de partos • Almerinda Pereira

Impacto do diagnóstico pré-natal de cardiopatias • Mónica Rebelo

Ecografia pulmonar • Teresa Dionísio

Dor • Graça Roldão

11h20 - CONFERÊNCIA por Alexandre Valentim Lourenço, moderador Eurico Gaspar

12h10 - Bolsa Nutricia Early Life Nutrition 2019.

Prémio José Carlos Peixoto

13h15 - COMUNICAÇÕES, POSTERES

Moderadores - Elisa Proença, Sandra Valente, Madalena Tuna

, Monica Batista, Raquel Gouveia, Filomena Pinto, Olga Voutsen

Cristina Matos , Cristina Trindade, Maria José Mendes

15h00 - Quando o recém nascido tem alta

Moderadores - Hélder Ornelas, Margarida Abrantes

A Família • Paula Guerra

Cuidados para/e em casa • Hugo Martins e Maria Janeiro

Como proteger? • Ana Leça

SNIPI • José Boavida

17h00 - Atribuição do prémio à melhor comunicação

Organização

Comissão Organizadora

Joana Saldanha
Hélder Ornelas
Cristina Resende
Eurico Gaspar
Simão Frutuoso

Comissão Científica

Adelaide Taborda
Almerinda Pereira
Gabriela Mimoso
Hercília Guimarães
Maria do Céu Machado
Margarida Abrantes

Patrocínio Científico

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Organização

Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Moderadores

Abílio Oliveira
Adelaide Taborda
Alberto Berenguer
André Graça
Anselmo Costa
Carmen Carvalho
Cristina Matos
Cristina Trindade
Edmundo Santos
Elisa Proença
Eurico Gaspar
Filomena Pinto
Gabriela Mimoso
Gonçalo Cassiano Santos
Hélder Ornelas
Israel Macedo
João Costa
José Luís Nunes
Madalena Tuna
Margarida Abrantes
Maria José Mendes
Mónica Batista
Olga Voutsen
Paulo Soares
Raquel Gouveia
Ricardo Castro
Rosalina Barroso
Sandra Valente
Teresa Tomé
Vítor Hugo Neves

Preletores

Mesas redondas

Alexandra Almeida
Alexandra Dinis
Almerinda Pereira
Ana Leça
Ana Luísa Areia
Ana Rita Sandes
Ana Vilan
Daniel Virella
Dominique Haumont
Gonçalo Cassiano Santos
Gonçalo Duarte
Graça Roldão
Gustavo Rocha
Hugo Martins
José Boavida
Maria Janeiro
Maria João Valente Rosa
Mónica Rebelo
Paula Guerra
Pedro Silva
Susana Pissarra
Teresa Dionísio

Conferências

Bernd Stahl
Alexandre Valentim Lourenço

Pósteres e Comunicações Orais

Ana Araújo Carvalho
Ana Castelbranco Silva
Ana Cecilia Elias
Ana Isabel Duarte
Ana Lachado
Ana Luisa Correia
Ana Luísa Santos
Ana Raquel Henriques
Ana Rita Pereira
Ana Sofia Simões
André Almeida
Andrea Dias
Andrea Raquel Oliveira
Andreia Lomba
Andreia Teixeira
António Bento Guerra
Augusta Aragão Arruda
Augusta Arruda
Bárbara Leal Couceiro
Carla Fernandes
Carolina V. G. Coelho
Catarina Viveiros
Crisbety Pinho
Cristina Gago
Daniela Figueiredo Ramos
Diana Silva
Diogo Faim
Elsa Silva
Fábia Mota
Flávia Viana Rodrigues
Inês de Melo
Inês Rosinha
Joana Brandão Silva
Joana Carvalho
Joana da Silva Ferreira
Joana de Brito Chagas
Joana Fortuna
Joana Jonet
Joana Lorenzo
Joana Machado Morais
Joana Pires Borges
Joana Soares dos Reis
Joana Terroso Lira
Jorge Rodrigues
José Alarcão
Laura Correia
Liliana Abreu
Luana Silva
Margarida Peixoto
Margarida Roquette
Maria Inês Marques
Maria João Sampaio
Maria Loureiro
Mariana Bastos Gomes
Mariana Capela
Mariana Ferreira
Mariana Maia
Marina Mota
Miguel Fogaça da Mata
Priscilla Modes
Raquel Penteado
Ricardo Barreto Mota
Rita Gomes
Sara Completo
Sara Monteiro Cunha
Sarah Stokreef
Sofia Simões Ferreira
Susana Almeida
Susana Cláudia Teixeira
Teresa Botelho

Índice das CO

O Livro de Resumos permite a pesquisa de qualquer termo em todo o conteúdo do livro.

Para pesquisar prima as teclas CTRL+F e digite os termos a pesquisar na caixa de diálogo.

Todos os Índices deste Livro são interativos.

Um clique no título do trabalho leva-o diretamentte à página do mesmo.

Ah… e não se preocupe. Nessa página também tem bilhete de regresso direto ao Índice
Basta clicar no logotipo da SPN, no canto superior esquerdo da página.

Nº	pág	Título	Apresentador(a)
1	pág. 9	Hipermagnesémia Em Recem Nascidos Expostos A Sulfato De Magnesio ...	**Ana Luísa Correia**
2	pág. 10	NTISS - Validação da escala para a população portuguesa	**Ana Rita Pereira**
3	pág. 11	Sépsis precoce a Streptococcus β hemolítico do grupo B – revisão dos ...	**Ana Sofia Simões**
4	pág. 12	Sepsis neonatal tardia: revisão de uma Unidade de Neonatologia de um...	**M. João Sampaio**
5	pág. 13	Análise espectral do batimento cardíaco do feto na deteção de acidemia..	**Maria Loureiro**
6	pág. 14	Bronquiolite Aguda – Casuística	**Sara Cunha**
7	pág. 15	It's Not Too Early to Start Palliative Care!	**Joana Lorenzo**
8	pág. 16	Rastreio cardiopatias congénitas – experiência de 7 anos numa...	**Carla Fernandes**
9	pág. 17	Construção de um modelo de deteção de acidemia fetal aplicando técnicas...	**Andreia Teixeira**
10	pág. 18	Deteção de alterações auditivas em crianças com fatores de risco: o papel...	**Joana Carvalho**
11	pág. 19	Amamentação: prevalência até aos seis meses de vida e principais...	**Marina Mota**
12	pág. 20	Microbiologia placentar e a sua importância no período neonatal	**Mariana Maia**
13	pág. 21	Perfil de gravidade na Displasia Broncopulmonar	**Joana Carvalho**
14	pág. 22	Corioamnionite e abordagem no recém-nascido – é possível uma atitude...	**Joana B. Silva**
15	pág. 23	Sulfato de Magnésio Antenatal: Influência na Incidência de Patologias no...	**Ricardo Mota**
16	pág. 24	Disfunção Metabólica em Adolescentes Ex-Grandes Prematuros	**Joana Chagas**
17	pág. 25	Fatores de risco para hemorragia peri-intraventricular nos recém nascidos...	**Joana S. dos Reis**
18	pág. 26	Gravidade da encefalopatia hipóxico-isquémica e disfunção multiorgânica....	**Catarina Viveiros**
19	pág. 27	Follow up de 18 meses de crianças nascidas após procriação medicamente...	**Margarida Peixoto**
20	pág. 28	Aleitamento materno numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal...	**Joana Lira**
21	pág. 29	Valor prognóstico da espectroscopia próxima de infravermelhos (NIRS)...	**Andrea Dias**
22	pág. 30	Abordagem da RCIU numa Unidade de Cuidados Perinatais Diferenciados...	**Sofia Ferreira**
23	pág. 31	Caracterização da Prematuridade e Baixo Peso em Portugal Continental...	**Ana Cecília Elias**

Índice dos Pósteres

Nº	pág	Título	Apresentador(a)
1	32	Prevalência De Near Miss Neonatal Em Uma Capital Da Regiâo Centro-Oeste Do Brasil	Priscilla dos Anjos
2	33	Óbitos Neonatais Evitáveis E Fatores Associados No Município De Cuiabá – Mato Grosso, Brasil	Priscilla dos Anjos
3	34	O Potencial Impacto Neuropsicológico da Prematuridade	Carolina Coelho
4	35	Congenital Cytomegalovirus Infection in Mothers with Preconceptional Immunity –a Serologic...	Joana Ferreira
5	36	Competencias em Aleitamento Materno Adquiridas na Formação Médica	Flávia Rodrigues
6	37	European Standards of Care for Newborn Health	Elsa Silva
7	38	Fenda lábio-palatina: apenas isto ou algo mais?	Luana Silva
8	39	Abordagem terapêutica a um recém-nascido, submetido a cirurgia abdominal internado ...	Liliana Abreu
9	40	Quilotórax congénito - casuística	Sara Cunha
10	41	Antenatal corticosteroids in late preterm infants	Augusta Arruda
11	42	Antenatal corticosteroids in term infants before elective cesarean section	Augusta Arruda
12	43	Sulfato de Magnésio Antenatal: Estudo Restrospectivo dos Outcomes Clinicamente Relevantes...	Ricardo Mota
13	44	Quando a icterícia começa na sala de partos	Andreia Lomba
14	45	Cianose central neonatal: um desafio diagnóstico	Ana Isabel Duarte
15	46	Evolução do encerramento de canal arterial patente: perspectiva de uma maternidade de...	Diogo Fain
16	47	Bradicardia Neonatal: casuística de 10 anos de uma Unidade de Cuidados Especiais ao...	Susana Teixeira
17	48	Quilotórax congénito: um desafio na abordagem intra- e extrauterina	Joana Silva
18	49	Distrofia miotónica tipo 1 neonatal (Doença de Steinert): um assunto de família	Ana Silva
19	50	Craniotabes No Recém-Nascido: Um Problema Atual?	Mariana Capela
20	51	Promover assertivamente Desenvolvimento em neonatologia: humanização ou integralidade...	Andrea Oliveira
21	52	Febre no recém nascido: os suspeitos do costume?	Margarida Roquette
22	53	Eventos isquémicos e hemorrágicos cerebrais: 3 casos com diferentes apresentações clínicas	Rita Gomes
23	54	Albinismo Oculocutâneo: Um Caso Clínico	Joana Pires Borges
24	55	Incontinência Pigmentar: Um Caso Raro	Ana Luísa Correia
25	56	Amamentação: Benefícios Reconhecidos E Formação Materna	Ana Raquel Henriques
26	57	Osteodistrofia Hereditária de Albright: um caso clínico	Sara Monteiro Cunha
27	58	Meningite Neonatal A Candida Albicans Com Microabcessos Cerebrais: A Propósito De Um Caso	António Guerra
28	59	Tamponamento Cardíaco como causa de morte súbita	M. Inês Marques
29	60	Twin Anemia Polycythemia Sequence – duplo desafio para o Neonatologista	Raquel Penteado
30	61	Burnout Em Unidades De Cuidados Intensivos Neonatais: Um Dia Num Hospital De Apoio...	Joana Fortuna
31	62	O Recém-Nascido Com Múltiplas Malformações Congénitas: Relato De Caso	Joana Fortuna
32	63	Tremores no recém-nascido: a importância da díade	Diana Silva
33	64	Hematoma escrotal neonatal – uma etiologia rara	Mariana Gomes
34	65	Luxação congénita do joelho: a propósito de um caso clínico	Ana Luísa Santos
35	66	Hipertireoidismo Neonatal - A Chave Oculta nos Ancestrais Maternos	Inês Rosinha
36	67	Um caso de necrose dos dedos em RN prematuro	Sarah Stokreef
37	68	Reflexo Pupilar Vermelho e Catarata Congénita Bilateral: da execução emerge a suspeita	Inês Rosinha
38	69	Sépsis com focalização cutânea por K. oxytoca em prematura	Jorge Rodrigues
39	70	Uma causa rara de taquipneia	André Almeida

Índice dos Pósteres

Nº	pág	Título	Apresentador(a)
40	71	Celulite e miosite a Estreptococo do grupo B	Susana Teixeira
41	72	Hematoma subgaleal e síndrome de Air leak em contexto de parto traumático	Susana Almeida
42	73	Infecção por Citomegalovírus num recém-nascido prematuro – desafios no diagnóstico.	Joana Morais
43	74	Quando o ECMO salva o dia	Miguel Mata
44	75	Sequelas precoces e tardias de Infeção Congénita por Citomegalovírus (CMV)	Teresa Botelho
45	76	Monitorização contínua da glicose em tempo real no prematuro – um desafio	Carla Fernandes
46	77	Hidrocefalia pós hemorragia peri-intraventricular	Fábia Mota
47	78	Um Caso Raro de Trissomia 21	Sara Completo
48	79	Experiência com enoxaparina no tratamento da trombose do recém-nascido	Mariana Ferreira
49	80	Protocolo e plataforma de rastreio auditivo neonatal universal – 5 anos de experiência do ...	Bárbara Couceiro
50	81	Restrição de crescimento fetal e dismorfismos faciais - Um diagnóstico a relembrar	Laura Correia
51	82	Pneumotórax numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: experiência de 13 anos de...	Crisbety Pinho
52	83	Infeção congénita por CMV em gravidez gemelar – um caso clínico	Ana Araújo Carvalho
53	84	Um caso de taquicardia supraventricular no período neonatal	Laura Correia
54	85	Nódulos cutâneos congénitos num recém-nascido – qual o diagnóstico?	Daniela Ramos
55	86	Um caso de adenite pelo Staphylococcus aureus	Crisbety Pinho
56	87	Icterícia Neonatal – até onde deve ir a investigação?	Joana Jonet
57	88	Qual o impacto da utilização da calculadora de risco de sépsis?	Cristina Gago
58	89	Retinopatia da Prematuridade: prevalência e fatores de risco nos últimos 8 anos na...	Inês de Melo
59	90	Recém-nascidos de muito baixo peso num hospital de apoio perinatal – casuística de 5 anos	Susana Almeida
60	91	Monitorização não-invasiva de hemoglobina: o papel no rastreio neonatal	Ana Lachado
61	92	Síndrome de Aspiração Meconial em Cuidados Intensivos Neonatais – experiência de um...	José Alarcão
62	93	Doença Óssea Metabólica da Prematuridade e Hiperparatiroidismo Secundário	Catarina Viveiros

Comunicações Orals					Pósteres			
dia 4	dia 5		dia 6		dia 5		dia 6	
17h40	13h	14h	13h	14h	13h	14h	13h	14h
Anselmo Costa Madalena Tuna 7-10-12-13-23	Israel Macedo Abílio Oliveira 2-5-9-17-21	João Costa André Graça 1-3-4-14-18	Elisa Proença Filomena Pinto 8-15-19-22	Cristina Trindade Cristina Matos 6-11-16-20	Gonçalo Cassiano 1-20-32-44-47-62	Vitor Hugo Neves 26-27-34-40-41	Olga Vutsen 7-21-46-55-58	Madalena Tuna 6-29-30-49-59
					Edmundo Santos 3-16-45-53-57	Alberto Berenguer 4-9-15-17-28	M.José Mendes 8-18-33-36-50-54	Mónica Batista 10-11-12-38-60
					Paulo Soares 19-23-24-52-61	Ricardo Costa 5-13-14-25-31	Sandra Valente 37-39-43-48-51	Raquel Gouveia 2-22-35-42-56

HIPERMAGNESÉMIA EM RECEM NASCIDOS EXPOSTOS A SULFATO DE MAGNESIO PRÉ-NATAL

Ana Luisa Correia, Serviço de Pediatria HPH - ULSM
Joana Machado Morais, Serviço de Pediatria HPH - ULSM
Alexandrina Portela, Serviço de Neonatologia HPH - ULSM
Sara Peixoto, Serviço de Neonatologia HPH - ULSM

INTRODUÇÃO:O aumento crescente da prematuridade associado a complicações neurológicas do recém-nascido (RN) tornou imperativa a necessidade de mecanismos de neuroprotecção. O sulfato de magnésio(MgSO4) tem sido um promissor agente neuroprotetor quando administrado no periparto. Após o nascimento a necessidade de alimentação parentérica do RN, nomeadamente com bolsas padronizadas e suplementadas com magnésio (Mg), coloca a questão referente ao risco de hipermagnesémia iatrogénica, quando não controlada.

Objetivo: avaliar a influência do sulfato de magnésio perinatal nos valores séricos de magnésio do RN nos primeiros dias de vida e relacionar com o risco de suplementação. MÉTODOS:Estudo retrospectivo de coorte dos RN pré-termo internados numa unidade de apoio perinatal diferenciada, Janeiro-2017 a Junho-2019. Definiu-se como caso os RN com exposição pré-natal a MgSO4 e para cada caso, foi seleccionado um controlo(1:1) internado no mesmo período de tempo e com idade gestacional <36 semanas. A amostra foi caracterizada tendo em conta dados demográficas do RN e da mãe, dados do parto e comorbilidades/nutrição perinatais. Considerou-se hipermagnesémia Mg >2.4mg/dL.

RESULTADOS:Incluídos no estudo 43 casos/43controlos. Após regressão logística, verificámos diferença entre os grupos para idade gestacional, peso de nascimento, APGAR(1ºmin), necessidade de reanimação avançada e sépsis tardia. Nos RN expostos a MgSO4, a média dos valores de Mg sérico em D1 foi significativamente superior($\bar{x}$2,96±0,57) ao grupo controlo ($\bar{x}$1,98±0,26),p<0,01 e superior ao valor de referência(2,4mg/dL),p<0,01. Analisada a associação entre as variáveis e os valores de Mg em D1 de vida, verificou-se que o modelo explica 51,7% dos valores elevados(R2=0,517; R2a), sendo a variável mais preponderante a exposição pré-natal a MgSO4 e visível um aumento de 0,973mg/dL(IC 0,74-1,206), superior no grupo dos casos.

CONCLUSÃO:A administração de MgSO4 pré-natal associa-se a valores séricos de magnésio elevados no período neonatal. Deve ser considerada aquando do início da alimentação parentérica suplementada, pelo risco de hipermagnesémia iatrogénica em RN submetidos a MgSO4 peri-parto.

Palavras-chave: neuroproteção, sulfato de magnésio, prematuridade, hipermagnesémia,

Endereço de e-mail do primeiro autor: analuisacorreia57@gmail.com

Comunicação Oral nº2

dia 5 - 13h Moderador Israel Macedo e Abílio Oliveira

NTISS - Validação da escala para a população portuguesa

Ana Rita da Conceição Pereira, Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS) é uma escala de medição de intensidade terapêutica, apresentando forte associação com o risco de mortalidade, ou seja, valores mais elevados de score refletem um maior risco de morte. (Gray et al., 1992) Esta é uma boa escala de predição de gravidade de doença e de consumo de recursos durante o internamento em Unidades de neonatologia.

Objetivo: Validar a Escala NTISS para a população portuguesa.

Metodologia: Para a tradução do NTISS e a sua adaptação cultural e linguística para o português foram seguidas as orientações da International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (Costa-Dias, Ferreira e Oliveira, 2014; Wild et al., 2005).

Posteriormente foi aplicada a escala NTISS aos Recém-nascidos (RN) internados em quatro UCINs e a informação recolhida foi compilada e tratada estatisticamente pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 24.

Os testes realizados para a validação da escala para a população portuguesa foram feitos à semelhança do estudo de criação da escala, sendo estudadas as suas características psicométricas através de medidas de associação, de tendência central e de dispersão e de testes paramétricos. (Costa-Dias, Ferreira e Oliveira, 2014; Curado et al., 2017; Gray et al., 1992; Maroco, 2007).

Conclusões: A versão portuguesa da NTISS obtida neste estudo é, semântica e culturalmente, equivalente à original e os testes permitiram inferir que apresenta uma adequada validade convergente (estimada em relação ao Risco de mortalidade) e fiabilidade na amostra de RN portugueses. (Gray et al., 1992)

A correlação entre o score NTISS e as varáveis Peso ao nascimento, Idade Gestacional e Índice de Apgar é fortemente negativa, enquanto que a variável género não tem influência estatisticamente significativa. (Gray et al., 1992)

Foi observada a necessidade de dualização das terapêuticas Aminofilina/Citrato de Cafeina e Indometacina/Ibuprofeno, dando resposta às boas práticas preconizadas pela comunidade internacional.

Palavras-chave: Neonatologia, Validação de escalas, NTISS

Endereço de e-mail do primeiro autor: arpereira81@gmail.com

Sépsis precoce a Streptococcus β hemolítico do grupo B – revisão dos últimos 23 anos

Ana Sofia Simões - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Andreia Lomba - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Muriel Ferreira - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Dolores Faria - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE

Introdução: A sépsis neonatal precoce a Streptococcus β hemolítico do grupo B (SGB), apesar dos programas de profilaxia antimicrobiana materna, é a causa mais frequente de infeção bacteriana perinatal nos países desenvolvidos.

Objetivos: Avaliação da incidência antes e após a implementação do rastreio universal na nossa instituição (2014). Caracterização de fatores de risco maternos, características clínicas e follow-up dos recém-nascidos (RN) com sépsis precoce a SGB.

Métodos: Estudo retrospetivo descritivo dos processos das mães e RN, com sépsis precoce com hemoculturas positivas a SGB, durante um período de 23 anos (1996-2018), na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Maternidade Bissaya Barreto. Os dados foram processados pelo programa Microsoft Office Excel 2016®.

Resultados: Foram incluídos 26 casos. A incidência média foi de 0,039 casos por 1000 nados-vivos (0-0,11/1000), com uma incidência antes da implementação do rastreio universal de 0,049% e após de 0%. A média da idade gestacional dos recém-nascidos (RN) foi de 37 semanas (26-41) e a do peso de nascimento de 2984g (800-3850g), 65% (n=17) destes RN eram do género masculino e 19% (n=5) necessitaram de reanimação profunda. Relativamente aos fatores de risco, 27% (n=7) eram prematuros, febre materna intraparto em 11,5% (n=3) e rotura prolongada de em 19% (n=5). O início dos sintomas ocorreu nas primeiras 24 horas de vida em 92% (n=24) dos RN e o gemido foi o sinal mais frequente (62%; n=16). O tempo médio de antibioterapia foi 10 dias (7-23) e de internamento 16 dias (4-100). Verificou-se 1 óbito e 4 crianças tiveram comorbilidades no seu neurodesenvolvimento.
Conclusão: Segundo dados do CDC, a incidência da sépsis precoce a SGB era de 1,8/1000 em 1990 e 0,23/1000 em 2015. A diminuição da incidência após a implementação do rastreio universal a todas as grávidas na nossa instituição poderá traduzir a eficácia desta medida.

Palavras-chave: Sépsis precoce, Streptococcus do grupo B, Rastreio Universal, Cuidados Intensivos Neonatais,

Endereço de e-mail do primeiro autor: anasofiapediatria@outlook.pt

Sepsis neonatal tardia: revisão de uma Unidade de Neonatologia de um hospital privado

Maria João Sampaio - Neonatologia (H CUF Porto)
Dulce Oliveira - Neonatologia (H CUF Porto)
Paula Rocha - Neonatologia (H CUF Porto)
Susana Pissarra - Neonatologia (H CUF Porto)
Gabriela Vasconcellos - Neonatologia (H CUF Porto)
Emídio Carreiro- Centro da Criança e do Adolescente (H CUF Porto)

Introdução. A sepsis neonatal tardia é frequente em Neonatologia, sendo uma importante causa de morbi-mortalidade. Pretende-se caracterizar os casos de sepsis tardia internados na Unidade de Neonatologia do Hospital CUF Porto, de Dezembro de 2010 a Setembro de 2019. Material e métodos. Revisão dos processos clínicos dos RNs com diagnóstico de sepsis após as 72 horas de vida, internados na Unidade, provenientes de ambulatório e de outros hospitais. Foram excluídos os casos em que houve identificação de um vírus.

Resultados. De um total de 943 RNs internados neste período, foram incluídos 13, dos quais 7 do sexo masculino (54%) e 5 prematuros.

A mediana da idade gestacional foi 38 semanas e a do peso ao nascer 2790g Quatro RNs estavam internados quando desenvolveram sepsis tardia (um noutro hospital), os restantes foram admitidos do ambulatório. A sintomatologia mais frequente foi febre, gemido, irritabilidade e/ou hiporreatividade.

A mediana da idade ao diagnóstico foi 9 dias (mínimo 4, máximo 51). A hemocultura foi positiva em 7 casos (5 em pre-termos): 3 Escherichia coli, 1 Streptococcus grupo B (SGB), 1 Staphylococcus aureus meticilino-sensível e 2 Staphylococcus epidermidis. No caso em que se identificou SGB, a mãe tinha tido rastreio positivo. Num caso de sepsis por E.coli havia meningite e noutro houve isolamento também na urina. Dois RNs tinham catéter central previamente ao episódio de sepsis. Nenhum RN foi ventilado, um teve instabilidade hemodinâmica e todos sobreviveram.

Conclusão. Nesta revisão, a maioria dos RNs foram provenientes de ambulatório, pelo que se infere uma baixa prevalência de sepsis hospitalar. A baixa morbi-mortalidade está provavelmente relacionada com o facto de serem admitidos RNs com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas. Esta revisão complementa o programa de vigilância epidemiológica da instituição, permitindo um melhor conhecimento da nossa realidade, bem como a adequação das escolhas terapêuticas.

Palavras-chave: sepsis, tardia, recém-nascido, neonatal,

Endereço de e-mail do primeiro autor: mariajoaosampaio@hotmail.com

Análise espectral do batimento cardíaco do feto na deteção de acidemia fetal

Maria Loureiro - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal
Inês Nunes - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal; Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CMIN-CHUP), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto, Porto, Portugal
Luísa Castro - Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESC TEC), Porto, Portugal; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto, Porto, Portugal

Objetivo: análise de diferentes bandas de frequência, propostas por diferentes autores, determinando quais as que apresentam melhor performance no diagnóstico de acidemia fetal.
Métodos: foi analisada uma base de dados de traçados reais de batimento cardíaco fetal, da última hora antes do parto, de 246 fetos, com mais de 36 semanas de gestação. Após o pré-processamento, calculou-se a densidade do espectro de potência de cada traçado para as gamas de frequência recolhidas na literatura relativas à análise espectral de batimento cardíaco fetal. Os traçados foram divididos em dois grupos, mediante o valor do pH arterial do cordão umbilical ao nascimento. Para essa divisão, definiram-se 3 cutoffs de pH arterial: 7.05, 7.10, 7.15. Através de testes estatísticos de comparação, foram selecionadas as gamas de frequência significativamente diferentes entre os grupos de bebés. Finalmente, calculou-se a área sob a curva ROC (AUROC), com a qual se avaliou a capacidade do espectro de potência de cada traçado, dentro de certas gamas de frequências, distinguir fetos acidémicos de não acidémicos.
Resultados: para um cutoff de 7.10 e 7.15, obtiveram-se valores máximos para AUROC de 0.788 (banda de baixa frequência) e 0.643 (banda de frequência muito alta), respetivamente. Com um cutoff de 7.05, observaram-se os valores mais elevados, de 0.840, 0.836 e 0.824, resultado de 3 bandas de baixa frequência, propostas por diferentes autores.

Conclusões: a banda de baixa frequência demonstrou ser a melhor a predizer acidemia fetal. A análise do espetro de potência do batimento cardíaco fetal revelou-se uma ferramenta eficaz na previsão de acidemia fetal ao nascimento, podendo vir a auxiliar os profissionais de saúde na identificação de risco de hipóxia fetal intraparto e, assim, reduzir a sua incidência ao nascimento através de intervenções obstétricas adequadas e atempadas. Como trabalho futuro pretende-se aplicar esta abordagem a novas e maiores bases de dados.

Palavras-chave: acidemia fetal, batimento cardíaco fetal, análise espectral, bandas de frequência,

Endereço de e-mail do primeiro autor: luisacastro@med.up.pt

BRONQUIOLITE AGUDA – CASUÍSTICA

Sara Monteiro Cunha - Unidade de Neonatologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
Francisca Dias Freitas - Unidade de Neonatologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
Maria José Vale - Unidade de Neonatologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
Fernando Graça - Unidade de Neonatologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
Clara Paz Dias - Unidade de Neonatologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: A Bronquiolite Aguda (BA) é uma infeção respiratória aguda de diagnóstico clínico. O tratamento de suporte inclui higiene nasal, oxigenação, hidratação e nutrição adequadas. Em dezembro de 2012 foi publicada uma Norma de Orientação Clínica (NOC) em relação ao tratamento da BA na idade pediátrica. Objetivo: Avaliação dos outcomes dos recém-nascidos internados com BA após publicação da NOC em relação ao tratamento, complicações e duração do internamento.
Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo de recém-nascidos admitidos na Unidade de Neonatologia entre abril 2009 e dezembro 2018 com diagnóstico de BA. A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo A, pré publicação, e Grupo B, pós publicação da NOC. Foi usado o SPSS® para análise estatística.
Resultados: Foram incluídos 201 recém-nascidos, com uma mediana de 22 casos/ano. Os meses mais frequentes foram de outubro a abril e o vírus sincicial respiratório foi o agente isolado mais comum. Os grupos A e B apresentavam 61% e 41,5% do sexo masculino (p=0,007), 77% e 75,5% de termo (p =0,86) e idade média à admissão de 33 e 29,7 dias (p =0,25), respetivamente. Nos grupos A e B, o uso de oxigenoterapia foi de 54,7& e 57,5% (p=0,77), terapêutica inalatória (broncodilatadores, corticoterapia, adrenalina) de 83,1% e 18,8% (p<0,001), antibioterapia de 43,1% e 21,6% (p=0,001), complicações em 22% e 14% (p=0,19) e duração média de internamento de 8,3 e 6 dias (p<0,001), respetivamente.
Discussão: O número de casos anuais, os meses de maior incidência e o agente etiológico foi semelhante em todos os anos e congruente ao descrito na literatura. Neste estudo, comparando os grupos pré e pós publicação da NOC, verificou-se uma redução no uso de terapêutica inalatória e antibiótica, sem diferenças significativas no uso de oxigenoterapia nem de complicações associadas à BA, nomeadamente pneumonia e atelectasia, com consequente redução da duração do internamento.

Palavras-chave: Bronquiolite aguda, Recém-nascido ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: saramonteirodacunha@gmail.com

It's Not Too Early to Start Palliative Care!

Joana Lorenzo - Pediatrics Department, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto
Lurdes Morais - Pediatrics Department, Pediatric Palliative Care Team, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto
Cármen Carvalho - Neonatal Intensive Care Unit, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário do Porto

Background: Palliative care (PC) in the neonatal setting is an emerging field. Newborns with severe clinical conditions should have an evaluation by the PC team, regardless of the diagnosis, as they experience suffering, prolonged hospitalizations, and even death, with a significant impact also on their families. The authors did a review study on newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and referred to the PC team between 2015 and 2019.
Clinical cases: Thirteen patients were referred to the PC team during they stay in the NICU, all admitted in the first hours of life. Ten patients (77%) were female; 7 were preterm, of which 2 were extremely preterm. The overall mean length of stay in the NICU was 56 days, with 78 days in preterm patients. Two patients had bronchopulmonary dysplasia, 2 Pierre-Robin sequence, 2 congenital myopathies, 1 Kleefstra syndrome, 1 Arthrogryposis Multiplex Congenita, 1 mosaic 19 trisomy and 1 deletion of the long arm of chromosome 1. Two patients didn't have a definitive diagnosis. One patient had a septic shock due to meningoencephalitis to Serratia marcescens and was the only death during the study. Ten patients had non-invasive ventilation (3 did not require home ventilatory support); 2 needed mechanical ventilation and 1 never needed ventilatory support. After discharge, 9 patients had support of a continuous integrated care team.
Conclusion: Newborns with severe conditions had prolonged hospitalizations in NICU, especially preterms. The first consultation by the PC team was made in every case, in a consultative model of care. Authors emphasize that PC can and should start in the neonatal period, which encounters a clear benefit to patients, families, and teams, especially when it comes to diagnosis, prognosis, managing transitions out of the NICU and coping with loss.

Palavras-chave: Neonatal, Palliative Care ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanalorenzof@gmail.com

Rastreio cardiopatias congénitas – experiência de 7 anos numa maternidade nível 3

Carla Fernandes, Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Ana Duarte, Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Andreia Palma, Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Carlos Lemos, Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Sofia Morais, Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC

Introdução e Objetivos
A oximetria de pulso é um teste não invasivo utilizado como método de rastreio das cardiopatias congénitas (CC) críticas.
Foi objetivo deste estudo avaliar a sensibilidade e especificidade da oximetria de pulso no rastreio das CC críticas em recém-nascidos (RN) assintomáticos e determinar a forma de diagnóstico de CC críticas rastreáveis.

Material e Métodos
Estudo descritivo de análise retrospetiva que decorreu de janeiro de 2012 a dezembro de 2018 numa Maternidade de Apoio Perinatal Diferenciado e Centro de Referência para CC. Foram estudados os RN submetidos a rastreio com oximetria de pulso às 48h de vida. Foi avaliada a sensibilidade e a especificidade deste teste. Foram também caracterizados os RN com CC críticas rastreáveis.

Resultados
Foram rastreados 15891 RN assintomáticos. Tivemos 7 rastreios positivos: 1 diagnóstico de retorno venoso pulmonar anómalo total e 6 falsos positivos. Destes, 2 foram diagnosticados com uma patologia não cardíaca (sépsis, hemoglobinopatia). Dois rastreios foram falsos negativos (coartação da aorta e transposição dos grandes vasos). A especificidade foi de 99,9% e sensibilidade de 33,3%. Nos 7 anos do estudo, foram diagnosticadas 157 CC (prevalência de 9/1000 nados-vivos). Destas, 29 (18,5%) eram CC críticas rastreáveis, cujo diagnóstico foi feito no pré-natal em 20 (69%). As restantes 9 foram diagnosticadas no pós-natal, 8 (28%) pela clínica e 1 (3%) por rastreio das CC positivo.

Discussão/Conclusão
Na nossa amostra, a especificidade foi bastante elevada. No entanto, a sensibilidade foi baixa, estando provavelmente relacionado com a elevada taxa de diagnóstico pré-natal deste Centro. No nosso estudo, apenas 1 caso foi diagnosticado pelo rastreio. Este achado é concordante com a literatura, que relata baixo número de rastreios positivos em hospitais de nível 3. Tal como noutros estudos, este teste permitiu a

Palavras-chave: Cardiopatia congénita, oximetria de pulso, rastreio

Endereço de e-mail do primeiro autor: carla.ae.fernandes@gmail.com

dia 5 - 13h Moderador Israel Macedo e Abílio Oliveira

Construção de um modelo de deteção de acidemia fetal aplicando técnicas de regressão logística

Andreia Teixeira, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)
Luísa Castro, Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESC TEC) e Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)
Míchel Tamele, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Atualmente, a monitorização de pacientes é crucial nos cuidados de saúde, detetando previamente problemas de saúde significativos, em particular nos recém-nascidos. A acidemia fetal ocorre quando o sangue da artéria do cordão umbilical apresenta um valor de pH não superior a 7.15. Apesar da sua baixa prevalência, a deteção prévia de acidemia fetal é uma preocupação emergente e um hot topic na área da saúde, uma vez que a sua ocorrência resulta num aumento de gás carbónico que pode causar lesões cerebrais irreversíveis no recém-nascido. Por outro lado, a análise visual do cardiotocograma apresenta reprodutibilidade limitada, tornando fundamental o desenvolvimento de novas técnicas auxiliares de diagnóstico. Uma intervenção obstétrica atempada depende de um diagnóstico precoce, e constituí um pilar na prevenção de danos no feto.
O objetivo deste trabalho de investigação foi o desenvolvimento de um modelo de deteção prévia de acidemia fetal, com a missão de auxiliar profissionais de saúde e melhorar a percentagem de diagnósticos antecipados.
Para tal, utilizou-se uma base de dados de traçados intraparto de batimento cardíaco fetal de 148 bebés, nascidos entre 2005 e 2007, a partir da 37ª semana de gestação, em que 20 são acidémicos. A partir dos traçados foram obtidos índices lineares (do domínio do tempo e da frequência) e índices não lineares (de compressão e de teoria da informação). A estes índices aplicou-se regressão logística univariável, de modo a pré-selecionar um conjunto de variáveis preditoras, que foram, posteriormente, incluídas na regressão logística multivariável. Por forma a comparar a performance dos modelos obtidos, calculou-se para cada um deles o valor de Akaike Information Criterion e as respetivas medidas de sensibilidade e especificidade, tendo obtido um modelo promissor para a deteção prévia de acidemia fetal, que, naturalmente, necessitará de ser explorado e aplicado em outras bases de dados, com mais casos de acidémicos.

Palavras-chave: acidemia fetal, regressão logística, índices lineares, índices não lineares,

Endereço de e-mail do primeiro autor: andreiasofiat@med.up.pt

Deteção de alterações auditivas em crianças com fatores de risco: o papel dos Potenciais Evocados Auditivos

Joana Carvalho (Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos)
Joana Costa (Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos)
Rui Almeida (Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM)

Introdução e objetivos: A identificação precoce de hipoacusia permite uma intervenção atempada na prevenção das consequências adversas no desenvolvimento linguístico e cognitivo, melhorando o seu prognóstico. Com este trabalho pretendeu-se determinar a prevalência das alterações auditivas em crianças que realizaram Potenciais Evocados Auditivos (PEA) e verificar quais os fatores de risco mais relevantes para a presença de uma deficiência auditiva.

Metodologia: Estudo observacional e transversal, com revisão dos processos clínicos de crianças que realizaram PEA ao longo de 1 ano, num hospital de nível II.

Resultados: Avaliaram-se 126 crianças através de PEA, 67,4% do sexo masculino, com uma mediana de idades de 7 meses. Os fatores de risco de surdez infantil mais apontados para realização de PEA foram a medicação ototóxica por mais de 5 dias (52,4%), seguindo-se a preocupação/suspeita dos pais em relação ao desenvolvimento da fala, linguagem ou audição (19,8%).
Das crianças avaliadas por PEA, 14 (11%) apresentavam alterações no exame, sendo que em 4 (28,6%) confirmou-se surdez neurossensorial.
Os fatores de risco associados de forma significativa a um teste positivo foram a suspeita dos pais [Odds-ratio: 4.35 (1.34 – 14.06), $p<0,05$] e as infeções in-utero do grupo TORCHS [Odds-ratio: 15.00 (1.26 – 178.20), $p<0,05$]. Por outro lado, quando o critério para realização de PEA foi apenas a utilização de medicação ototóxica por mais de 5 dias, houve uma associação significativa com o teste vir a revelar-se negativo [Odds-ratio: 0.08 (0.02 – 0.37), $p<0,05$].

Conclusões: A elevada prevalência de alterações auditivas na população estudada demonstrou a importância de se realizar precocemente o rastreio auditivo através de PEA em crianças com elevado risco de surdez infantil. No entanto, este estudo sugere que nem todos os critérios para realização do exame parecem conferir o mesmo risco.

Palavras-chave: Potenciais evocados auditivos, Surdez Infantil ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: joana.teixeiracarvalho@gmail.com

Amamentação: prevalência até aos seis meses de vida e principais obstáculos

Marina Mota - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Ana Raquel Henriques - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Catarina Marques Duarte - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Raquel Gouveia - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Mariana Ferreira - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Fátima Horta - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Graça Oliveira - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) aos seis meses (M) de vida ≥50% é um objetivo da OMS para 2025. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde a sua prevalência tem aumentado, mantendo-se, contudo, abaixo das recomendações.

Conhecer a prevalência da iniciação e manutenção do aleitamento materno (AM) nos primeiros 6M; identificar as principais dificuldades na amamentação e fatores que motivaram a introdução de fórmula para lactente (FL).

Estudo retrospetivo descritivo através de questionário telefónico a mães cujos filhos nasceram num hospital terciário, Amigo dos Bebés, no último trimestre de 2018. Incluíram-se RN com idade gestacional (IG) ≥36 semanas e peso ao nascer (PN) ≥2000g; excluídos RN internados em Cuidados Intensivos. Realizada análise estatística (IBM SPSS, Vs 20.0).

Incluíram-se 138 lactentes, 55,8% (77) sexo masculino, IG mediana 39 semanas (36-41), 37,5% (51) com PN 3000-3499g, 28,7% (39) 2500-2990g, 26,5% (36) >3500g. 89,9% (124) realizaram contacto pele com pele e 84,8% (117) AM na primeira hora de vida. No berçário, 28,7% (39) iniciaram FL: 33,3% (13) por perda ponderal, 23,1% (9) por noção de hipogalactia. Prevalência do AME: 71,3% (97) na alta, 68,3% (86) 1M, 54,3% (69) 2M, 45,9% (61) 4M, 20,9% (28) 6M. Diversificação alimentar aos 4M em 46,3% (63). Dificuldades na amamentação em 41,6% (57), pega inadequada em 59,6% (34). Fatores de introdução da FL no domicílio: noção de hipogalactia (40,3%; 27) e perda ponderal (32,8%; 22). Relação estatisticamente significativa (p=0,017) entre AME aos 6M e introdução de FL no berçário, probabilidade quatro vezes superior (OR=4,22) dos lactentes sem AME aos 6M terem introduzido FL no berçário.

O AME, embora prevalente, continua abaixo das recomendações da OMS. É premente realçar a elevada percentagem de FL introduzida no berçário como possível fator de interferência no AME. Deve ser promovido maior apoio na amamentação e desmistificada a noção de hipogalactia.

Palavras-chave: aleitamento materno exclusivo, prevalência, dificuldades

Endereço de e-mail do primeiro autor: marinatmota@gmail.com

Comunicação Oral nº 12

dia 4 - 17h40 Moderador Anselmo Costa e Madalena Tuna

Microbiologia placentar e a sua importância no período neonatal

Mariana Maia, Hospital Pedro Hispano
Ana Luísa Santos, Hospital Pedro Hispano
Mariana Martins, Hospital Senhora da Oliveira
Valquíria Alves, Hospital Pedro Hispano
Maria José Costa, Hospital Pedro Hispano
Alexandrina Portela, Hospital Pedro Hispano

Introdução:
A relevância clínica da infecção intra-uterina encontra-se bem estabelecida quanto aos desfechos clínicos maternos e neonatais. Contudo, é escassa a informação que relaciona a microbiologia placentar com infecção neonatal.

Objectivos:
Análise e discussão de todas as amostras de placenta enviadas para análise microbiológica de grávidas com clínica sugestiva de infecção intra-uterina e dos respetivos recém-nascidos (RN) durante um período de dois anos.

Métodos:
Estudo retrospetivo, descritivo, com análise dos processos clínicos.

Resultados:
Foram analisadas 120 amostras de placenta, 11 das quais excluídas por morte fetal. O critério para realização de exame microbiológico placentar foi clínica materna sugestiva de infecção intra-uterina, prematuridade e sinais de sofrimento fetal.

Das 109 placentas analisadas 37.6% corresponderam a grávidas com clinica sugestiva de infecção intra-uterina e 45.9% a RN pré-termo.
No total 51.4% das amostras analisadas foram positivas, predominando bacilos gram negativo (20%), cocos gram positivo (16.5%) e bacilos gram negativo anaeróbios (10%). Também foram identificados bacilos gram positivos anaeróbios (3.6%) e Candida albicans (5.5%).
Metade dos resultados microbiológicos positivos eram de RN pré-termo (28 em 56). Destes RN pré-termo, com isolamento microbiológico placentar positivos a E. coli foi o agente mais frequente (32%).
Analisando os resultados microbiológicos positivos, verificou-se que apenas 19 RN (33.9%) desenvolveram clinica de sépsis neonatal, sendo que 10 destes eram RN de termo (17.8%) e 9 pré-termo (16.1%).

Palavras-chave: infecção intra-uterina, placenta, prematuridade, sépsis neonatal,

Endereço de e-mail do primeiro autor: marianaemaia@gmail.com

Perfil de gravidade na Displasia Broncopulmonar

Joana Carvalho (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-Infantil do Norte)
Liliana Teixeira (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-Infantil do Norte)
Alexandra Almeida (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-Infantil do Norte)
Ana Cristina Freitas (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-Infantil do Norte)
Elisa Proença (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno-Infantil do Norte)

Introdução:
O objetivo foi avaliar a incidência da DBP nos RN <32S num Hospital nível III e verificar o perfil de risco de maior gravidade desses casos, comparando o grupo de DBP leves (grupo 1) vs moderada–graves (grupo 2).

Metodologia:
Estudo observacional com revisão dos processos clínicos dos casos de DBP (classificação NICHD 2001), entre 2011-2018, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Centro Materno-Infantil do Norte. Análise estatística através do software SPSS v20.0.0® (significância p<0,05).

Resultados:
Diagnosticaram-se 147 casos de DBP, 40,8% do grupo 1 e 59,2% do grupo 2. A incidência global foi de 20%, com uma variação anual entre 19,1 e 30,1%, verificando-se uma tendência para um aumento ao longo dos anos.
O grupo 2 apresentou uma menor idade gestacional (27±2 vs. 28±2 semanas, p=0,04) e menor peso ao nascimento (902±276 vs. 1005±317g, p=0,04); necessitou mais frequentemente de ventilação invasiva (VI) (75,9% vs. 58,3%, p=0,03) e mais prolongada (24,3±18,7 vs. 9,3±9,1, p<0,01), com pressões mais elevadas (22,3±4,1 vs. 19,5±3,9, p=0,01). A fração inspirada de oxigénio (0,54±0,23 vs. 0,43±0,19, p=0,01) e o número total de dias de oxigenoterapia também foram superiores (70,7±26,6 vs. 45,5±14,3 p<0,01).
À data da alta 20,7% dos RN do grupo 2 mantinha necessidade de oxigénio (vs. 0,0%, p<0,01).
Das comorbilidades avaliadas, apenas a sépsis hospitalar mostrou diferença entre os dois grupos, superior no grupo 2 (77,0% vs. 60,0%, p=0,03).

Conclusões
A incidência global de DBP é muito divergente, estando esta amostra de acordo com os registos mais baixos. Constatou-se uma tendência de aumento anual e mais de metade dos casos foram moderados e graves. A menor IG e peso deste grupo, assim como VI mais frequente com pressões mais elevadas sugerem que a associação imaturidade - lesão pulmonar pela ventilação/inflamação se comporte como díade fundamental

Palavras-chave: Displasia Broncopulmonar, Recém-nascido ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: joana.teixeiracarvalho@gmail.com

Comunicação Oral nº 14

dia 5 - 14h Moderador João Costa e André Graça

Corioamnionite e abordagem no recém-nascido – é possível uma atitude expectante?

Joana Brandão Silva, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho
Joana Reis, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho
Mariana Capela, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho
Márcia Gonçalves, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho
Conceição Quintas, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Introdução e objetivos: A abordagem de recém-nascidos (RN) filhos de mãe com corioamnionite permanece controversa. Estudos recentes sugerem manter atitude expectante em RN assintomáticos. Na nossa Unidade de Neonatologia é iniciada antibioterapia empírica a todos os RN com critérios clínicos de corioamnionite. Os autores pretendem descrever a evolução clínica dos mesmos e inferir sobre a possibilidade de alterar o protocolo em vigor.
Metodologia: Estudo retrospetivo observacional, com consulta dos processos de RN internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado por critérios clínicos de corioamnionite, no periodo de janeiro de 2016 a junho de 2019. Excluíram-se os casos com idade gestacional (IG) <35 semanas.
Resultados: Foram internados 88 RN por suspeita de corioamnionite (prevalência de 1.49% dos nados vivos), incluindo-se neste estudo 76 RN com IG ≥35 semanas. Em 7.6% dos casos havia um critério clínico além da febre, nos restantes, 2 ou mais critérios. Realizado exame anatomo-patológico em 75% confirmando-se corioamnionite a posteriori em 84.2%. Em 59.2% dos casos existia pelo menos um fator de risco infeccioso adicional para além da corioamnionite. Analiticamente, 26 RN apresentaram PCR persistentemente <1 mg/dl, e 14 destes não apresentaram qualquer sintomatologia (18.4%). Todos iniciaram ampicilina e gentamicina à admissão, tendo sido alterado espetro em 3 doentes de acordo com resultado da hemocultura. Foi efetuada punção lombar em 11 RN, todas sem alterações. A duração média de tratamento foi de 7,8 (DP±2,7) dias, com diferença estatisticamente significativa nos casos com PCR> 1 mg/dl (p<0,00) ou algum sintoma (p0,009). O tempo mediano de internamento foi de 8 (IQR 7-10) dias.
Discussão: Cerca de 1/5 dos RN não apresentaram alterações clínicas ou analíticas, pelo que a vigilância clínico-analítica destes RN assintomáticos sem instituição de antibioterapia seria uma alternativa preferível, minimizando-se os efeitos adversos relacionados com a exposição precoce a antibióticos e a separação física da mãe.

Palavras-chave: Corioamnionite Recém-nascido Risco infecioso Sépsis precoce

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanarbsilva0@gmail.com

Comunicação Oral nº 15

dia 6 - 13h Moderador Elisa Proença e Filomena PInto

Sulfato de Magnésio Antenatal: Influência na Incidência de Patologias no Período Neonatal

Ricardo Barreto Mota - Serviço de Pediatria, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João
Paulo Soares - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João
Hercília Guimarães - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João

INTRODUÇÃO
A administração de sulfato de magnésio ($MgSO_4$) a grávidas com ameaça de parto pré-termo abaixo das 32 semanas de gestação é neuroprotetor para o recém-nascido (RN). No entanto, evidência mais recente tem sugerido eventuais efeitos adversos.

OBJETIVOS
Analisar os efeitos adversos em RN cujas mães foram submetidas a $MgSO_4$, comparando-os com RN da mesma idade gestacional não submetidos a este tratamento.

MÉTODOS
Estudo retrospetivo para o qual foram selecionados os RN com menos de 32 semanas de gestação nascidos no nosso hospital, admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. Comparados outcomes entre RN cujas mães foram submetidas a $MgSO_4$ e os restantes RN. Colhidos níveis séricos de magnésio (Mg-s) de todos os RN aproximadamente às 24 horas de vida. Analisada relação entre os outcomes e níveis de Mg-s.

RESULTADOS
Selecionados 93 casos, em 50 (53.8%) as grávidas foram submetidas ao protocolo de magnésio neonatal. RN cujas mães foram submetidas ao protocolo apresentaram níveis séricos de magnésio mais elevados (2.51 vs 1.97, $p<0.001$).
Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos quando comparando incidência de patologia respiratória, suporte ventilatório, patologia gastrointestinal, dependência de nutrição parentérica, patologia neurológica, duração do internamento ou mortalidade.
RN com enterocolite necrotizante apresentaram níveis mais baixos de Mg-s (1.94 vs 2.4 mEq/L, $p= 0.003$). Sem diferenças no valor médio de magnésio sérico quando comparados os restantes parâmetros supracitados.

Palavras-chave: Magnésio, Pretermo, Enterocolite Necrotizante

Endereço de e-mail do primeiro autor: rjdmota@gmail.com

Disfunção Metabólica em Adolescentes Ex-Grandes Prematuros

Joana de Brito Chagas1,2, Isabel Dinis3, Bárbara Oliveiros4, Gabriela Mimoso2, Sofia Morais2

1 - Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE;

2 – Serviço de Neonatologia da Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE;

3 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Diabetes e Crescimento, Serviço Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE;

4 - Laboratório de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução e Objetivo: A literatura internacional tem demonstrado aumento do risco cardiovascular em adolescentes e adultos jovens, que nasceram com idades gestacionais (IG) mais baixas. Foi objetivo do estudo avaliar a disfunção metabólica em adolescentes que nasceram com IG < 32 semanas.

Materiais e Métodos: Estudo caso-controlo, de adolescentes entre os 10 e 17 anos, nascidos numa maternidade de nível III, com IG <32 semanas. Os controlos são adolescentes saudáveis, com IG ≥ 37 semanas. Foram avaliados dados demográficos, antecedentes neonatais e familiares de risco cardiovascular, classificação social (Graffar), hábitos de vida, dados antropométricos, composição corporal (bioimpedância), pressão arterial e estadio pubertário (Tanner). Foi realizada avaliação analítica em jejum de glicémia, insulina, HbA1c, perfil lipídico, apolipoproteina A1 e B100. A análise foi realizada com recurso SPSS® (versão 25) e foi avaliada ao nível de significância de 5%.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 110 prematuros e 48 controlos. A pressão arterial sistólica (118.8 vs 112.6, p=0.001) e diastólica (61.7 vs 58.5, p=0.014) foi mais elevada nos prematuros do que nos controlos, de forma estatisticamente significativa. Apesar de os prematuros apresentarem maior razão cintura/altura, percentagem de massa gorda, glicémias em jejum, insulina, HOMA-IR, colesterol total, LDL, apolipoproteína B100, não houve significado estatístico. Verificámos que os prematuros apresentaram mais fatores de risco de disfunção metabólica relativamente aos controlos (p=0.008), com significado estatístico.

Discussão/Conclusão: Os adolescentes que nasceram grandes prematuros apresentaram maior valor de pressão arterial sistólica e diastólica. Considerando os parâmetros de disfunção metabólica mais importantes, os prematuros apresentaram uma maior associação de fatores de risco do que os controlos. Será importante a realização de mais estudos na população portuguesa, com vista à melhor vigilância destes adolescentes e prevenção de comorbilidades em idade adulta.

Palavras chave: Disfunção metabólica, adolescentes, prematuros.

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanabchagas@gmail.com

Comunicação Oral nº 17

dia 5 - 13h Moderador Israel Macedo e Abílio Oliveira

Fatores de risco para hemorragia peri-intraventricular nos recém-nascidos de idade gestacional inferior a 32 semanas

Joana Soares dos Reis, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Isabel A. Pereira, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Silva, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Lira, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Márcia Gonçalves, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Nise Miranda, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Jacinto Torres, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Grenha, Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução e objetivos: A hemorragia peri intraventricular(HPIV) é uma causa importante de lesão cerebral no recém-nascido (RN) de idade gestacional (IG) inferior a 32 semanas. Apesar da incidência decrescentemantém-se relevante dado a sobrevida aumentada destes RN. O objetivo deste trabalho é descrever possíveis fatores de risco para HPIV.

Metodologia: Estudo retrospetivo descritivo de RN de IG inferior a 32 semana nascidos entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018 internados na UCIN de um hospital de nível II.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 161 RN dos quais 26,1% (n=42) foram diagnosticados com HPIV e 73,9% (n=119) sem HPIV (grupo-controlo). Verificou-se a presença de HPIV grau I, II e III, respetivamente, em 45,2%, 21,4% e 33,3% dos casos. A mediana de diagnóstico de HPIV foi de 3,88 dias (DIQ 3,164). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre hemorragia e persistência de canal artéria

hemodinamicamente significativo (p=.021), utilização de expansores de volemia (p<.001), hipotensão p=.002), hemorragia pulmonar (p<.001), reanimação com necessidade de entubação ou fármacos (p<.001), ventilação mecânica (p<.001), parto vaginal (p=.015) e parto noturno (p=.007). Em comparação, o grupo com HPIV apresentou valores inferiores de idade gestacional (27s vs. 28s, p<.001), índice de Apgar ao 5º minuto (7vs. 8, p=.005), pH (6,93 vs. 7, p<.001) e Hb (11,5 vs. 13,2, p<.001) e valores mais elevados de pCO2 (75,2 vs.60.7, p<.001), PIP (22,1 vs. 17,1, p<.001) e glicemia (187 vs. 159, p=.004). O parto vaginal, parto noturno e valores elevados de PIP mostraram-se fatores de risco independentes para HPIV.

Conclusão: O risco de HPIV é superior nestes RN dada a imaturidade dos mecanismos de autorregulação cerebral e fragilidade da matriz germinal. É fundamental reconhecer que a instabilidade hemodinâmica,

ventilatória e osmolaridade nos primeiros dias de vida são fatores relevantes para a ocorrência de HPIV.

I

Palavras-chave: Hemorragia peri-intraventricular fatores de risco

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanasoaresdosreis@gmail.com

Comunicação Oral nº 18

dia 5 - 14h Moderador João Costa e André Graça

Gravidade da encefalopatia hipóxico-isquémica e disfunção multiorgânica em recém nascidos submetidos a hipotermia induzida

Catarina Viveiros - UCIN- Serviço Neonatologia e Cuidados Intensivos- Centro Hospitalar Universitário do Porto
Mariana Costa - UCIN- Serviço Neonatologia e Cuidados Intensivos- Centro Hospitalar Universitário do Porto
Elisa Proença - UCIN- Serviço Neonatologia e Cuidados Intensivos- Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução
A asfixia perinatal é a maior causa de disfunção multiorgânica (DMO) em recém-nascidos (RN). O objetivo foi correlacionar a gravidade da encefalopatia hipóxico-isquémica (EHI) com a DMO e avaliar o espetro da disfunção em RN submetidos a hipotermia induzida (HI) num hospital nível III.
Material e Métodos
Estudo retrospectivo de dezembro 2012 a agosto 2019, com dados colhidos do processo electrónico. Utilizada escala (0-20) de disfunção multiorgânica, adaptada da escala de Miguel Alsina et al, para avaliar os sistemas cardiovascular, respiratório, renal, hemático, hepático e o equilíbrio ácido-base/hidro-eletrolitico (EAB) nos primeiros 4 dias de vida.
Realizada análise individual de cada um dos sistemas e calculado o score total (somatório da pontuação dos sistemas analisados), comparando os grupos EHI moderada e grave.
Análise com recurso ao programa SPSS versão 20.0. Utilizados teste-t para variáveis independentes com distribuição normal e teste Mann-Whitney para variáveis que não seguem distribuição normal ($p<0,05$).
Resultados
Incluídos 41 RN, 25 classificados como EHI moderada e 16 como grave. Todos os casos tiveram algum tipo de disfunção extracerebral.
O equilíbrio ácido-base/hidro-eletrolitico esteve alterado em 100% dos casos.
Os sistemas mais afetados foram o respiratório e hepático.
Quer na comparação do score total quer na análise individual de cada um dos sistemas, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos.
Constatou-se perfil descendente da pontuação total de DMO ao longo do tempo.
Conclusões
Todos os doentes sujeitos a HI apresentaram alterações do EAB, podendo o atingimento respiratório e hepático estar sobrestimado, por utilização frequente de suporte ventilatório como medida de segurança e
Palavras-chave: Encefalopatia hipóxico-isquémica, Disfunção multiorgânica, Hipotermia induzida
Endereço de e-mail do primeiro autor: catarinanetoviveiros@gmail.com

Comunicação Oral nº 19

dia 6 - 13h Moderador Elisa Proença e Filomena PInto

Follow up de 18 meses de crianças nascidas após procriação medicamente assistida (PMA)

Margarida Peixoto - Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e EspinhoJ
oana Pires Borges - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Ilda Pires - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Marta Osório - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Eduarda Felgueira - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Manuela Mateus - Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução:
Em Portugal aproximadamente 3% dos nascimentos ocorre após PMA. Questiona-se se estas crianças apresentam diferenças significativas relativamente à população geral (PG) quanto ao seu nascimento e desenvolvimento.
Segundo dados nacionais, observa-se uma idade média materna de 30.3 anos, prematuridade em 8.1%, gestações múltiplas em 3.3%, baixo peso ao nascimento em 8.9% e peso normal em 87.1%.
Objetivos: Comparar o desenvolvimento de crianças nascidas após PMA com a PG.
Métodos:
Estudo descritivo, retrospetivo e comparativo de nascimentos no CHVNG/E (hospital nível 3) no período Junho /2017 a Dezembro/2018. Consultados os processos de mães e filhos.
Excluídos os partos fora do hospital.
Resultados: Foram incluídas 91 grávidas e 110 crianças, 84 de termo e 26 prematuros.
A Idade média materna foi 34,78.
Das gestações 19,8% foram gemelares: 18 de termo e 19 prematuros.
A idade gestacional (IG) variou entre as 28 e as 41 semanas (mediana de 39 semanas), com 23,6% de prematuros.
Apresentaram complicações na gravidez 61.1% das gestações múltiplas e 15% das únicas.
O peso ao nascimento (PN) foi normal em 69.1% e 30% apresentou baixo peso (BP).
Dos gémeos, 24 apresentaram PN <2500g; 7 <1500g e 3 <1000g e dentro dos prematuros 23 apresentaram PN <2500g; 8 <1500g e 3 <1000g.
Dos RN de termo 10 apresentaram BP.
As crianças foram avaliadas em consulta às 4-8 semanas e aos 6, 12 e 24 meses, com taxa de comparência à primeira consulta de 75.5%.
Nenhuma criança apresenta atraso do desenvolvimento nem aumento das intercorrências infeciosas relativamente à PG.
Conclusão:
As gestações por PMA, comparativamente à PG, apresentaram com maior frequência idade materna

Palavras-chave: PMA, Prematuridade, Gemelaridade, Desenvolvimento,

Endereço de e-mail do primeiro autor: margarida.monteiro.peixoto@gmail.com

Comunicação Oral nº 20

dia 6 - 14h Moderador Cristina Trindade e Cristina Matos

Aleitamento materno numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Joana Terroso Lira - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Soares dos Reis - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Isabel Ayres Pereira - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
António Vinhas da Silva - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Andreia Teles - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo
Determinar a incidência de aleitamento materno em prematuros ≤ 32 semanas e peso ≤ 1500g, durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), bem como os factores com ele relacionados.

Materiais e Métodos
Análise retrospetiva de dados colhidos através do processo informático dos recém-nascidos (RN) com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas ou peso igual ou inferior a 1500g, nascidos num hospital de nivel 3 entre 2015 e 2018 e comparação de resultados com a literatura internacional disponível.

Resultados
Obteve-se uma amostra de 176 prematuros com uma idade gestacional média de 30,2 semanas e peso médio de 1325g.
97% dos prematuros fizeram leite materno (LM) durante o internamento. A mediana do dia de inicio da alimentação trófica foi de 2, tendo o LM sido o primeiro leite em 59,7% dos RN . À data da alta 81,5% dos lactentes estavam a ser alimentados com LM (28,3% LM exclusivo e 53,2% aleitamento misto), tendo estes uma duração de internamento significativamente menor aos alimentados exclusivamente por fórmula. (p=0,011)
A média da idade gestacional foi significativamente mais baixa no grupo que iniciou alimentação trófica com LM (p=0,015).
Factores como a distância da residência, a idade materna e a existência de outros filhos não demonstraram influenciar significativamente o tipo de aleitamento à data da alta.

Discussão/Conclusões
A maioria dos prematuros estudados iniciaram alimentação trófica com leite materno, havendo uma percentagem ainda maior que manteve LM à data da alta. Os valores encontrados superam a literatura consultada. Existem vários fatores que podem influenciar a incidência do aleitamento materno numa unidade

Palavras-chave: leite materno, aleitamento, UCIN, prematuridade,

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanatlira@gmail.com

Valor prognóstico da espectroscopia próxima de infravermelhos (NIRS) na encefalopatia hipóxico-isquémica

Andrea Dias, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Pediátrico de Coimbra
Catarina Oliveira Pereira, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Pediátrico de Coimbra
Inês Nunes Vicente, Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico de Coimbra
Carla Pinto, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Pediátrico de Coimbra
Joana Teresa Pinto, Serviço de Neurorradiologia, Hospital Pediátrico de Coimbra
Carla Marques, Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico de Coimbra
Alexandra Dinis, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução
A encefalopatia hipóxico-isquémica (EHI) por asfixia perinatal induz frequentemente lesão cerebral, sendo a hipotermia a única terapêutica com benefícios demonstrados. A espectroscopia próxima de infravermelhos (NIRS) poderá ser uma ferramenta não invasiva para ajudar a estabelecer o prognóstico.
Objetivos: Avaliar o valor prognóstico do NIRS em recém-nascidos (RN) com EHI, para determinar o neurodesenvolvimento entre os 18 e 36 meses, bem como o momento ideal de avaliação e o valor cut-off da saturação regional de oxigénio cerebral (SrO2) que melhor se relacionam com o prognóstico.

Métodos
Foram incluídos todos os RN de termo com o diagnóstico de EHI, submetidos a hipotermia terapêutica e avaliação com NIRS, entre 2013 e 2016. Foram considerados três grupos de prognóstico: neurodesenvolvimento normal, incapacidade moderada e incapacidade grave.

Resultados
Foram incluídos 28 RN, com mediana de idade gestacional de 39 semanas (AIQ 38-40) e de peso de nascimento 3195g (AIQ 2975-3515). O neurodesenvolvimento foi normal em 28.6% (n=8), 35.7% (n=10) apresentaram incapacidade moderada e 35.7% (n=10) incapacidade grave (incluindo 3 óbitos). A SrO2 mostrou uma tendência de aumento de 65% para 85% às 48h de vida. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos às 48h (p=0.005) e depois da hipotermia (p=0.011), com valores mais elevados nos RN que apresentaram incapacidade. Considerando o grupo com neurodesenvolvimento normal versus os outros, a curva ROC às 48h revelou uma AUC significativa de 0.872 (p=0.001), com um valor cut-off de SrO2 83.5%. Após hipotermia, valores de SrO2 inferiores a 66.0% (AUC 0.794; p=0.017) relacionaram-se com neurodesenvolvimento normal, enquanto valores superiores a 83.5% (AUC 0.881; p=0.001) indicaram incapacidade grave.

Conclusões
O NIRS revelou-se uma ferramenta não invasiva e prática, capaz de ajudar no estabelecimento do prognóstico

Palavras-chave: encefalopatia hipóxico-isquémica, espetroscopia próxima de infra-vermelhos, prognóstico

Endereço de e-mail do primeiro autor: sofia.andrea@gmail.com

Comunicação Oral nº 22

dia 6 - 13h Moderador Elisa Proença e Filomena PInto

Abordagem da RCIU numa Unidade de Cuidados Perinatais Diferenciados após implementação de novo protocolo de serviço

Sofia Simões Ferreira - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Joana Caldeira Santos - Interna de Formação Específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Isabel Aires Pereira - Interna de Formação Específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
João Miranda - Interno de Formação Específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Inês Monteiro - Interna de Formação Específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
António Vinhas da Silva - Assistente Hospitalar de Pediatria, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
Andreia Teles - Assistente Hospitalar de Pediatria, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro

A Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU) resulta de uma alteração dinâmica do crescimento. Comparar 2 grupos de RN (dados demográficos, comorbilidade, parâmetros antropométricos aos 24 meses) antes e após a implementação de novo protocolo de abordagem da RCIU.
Estudo retrospetivo e longitudinal numa Unidade de Cuidados Perinatais Diferenciados. Incluídos RN internados com o diagnóstico de RCIU em 2013-2014 (Grupo 1) e 2016-2017 (Grupo 2), após implementação do protocolo em 2015 que visava o internamento dos RN com IG ≥ 35 semanas e/ou peso ao nascimento ≥ 2000g no setor de Perinatologia e um início mais precoce de nutrição entérica.
252 RN (120 Grupo 1, 132 Grupo 2), 51,6% sexo feminino e IG mediana 37 (3,0) semanas. Apesar de maior incidência de gemelaridade, prematuridade e necessidade de reanimação, idade gestacional (IG) e peso ao nascimento (PN) mais baixos no Grupo 2, a diferença entre os dois grupos não foi significativa ($p<0,05$), exceto RCIU de início mais precoce. 69% dos RN de ambos os grupos com IG ≥ 35 semanas e PN ≥ 2000g, foram internados na Perinatologia. Não se verificou um aumento significativo de internamentos na Perinatologia no Grupo 2 mas os RN apresentaram PN mais baixo ($p<0,05$) e IG mais baixa ($p>0,05$).
Na Neonatologia, no segundo período, apesar de não significativo, verificou-se início mais precoce da alimentação entérica, sem aumento das complicações. Os RN com alteração da fluxometria apresentaram significativamente mais morbimortalidade mas o início mais precoce da alimentação entérica não condicionou aumento de complicações.
Verifica-se uma tendência para manter junto da mãe estes RN com IG mais precoce e PN mais baixo, sem aumento das complicações e com os benefícios inerentes à coabitação mãe-filho. A tendência para iniciar alimentação entérica mais precocemente na Neonatologia, mesmo em grandes prematuros, não condicionou aumento de complicações, mesmo com existência de alterações fluxométricas.

Palavras-chave: Restrição do crescimento intra-uterino, Recém-nascido, Morbilidade neonatal

Endereço de e-mail do primeiro autor: sofiaferreira20@gmail.com

Comunicação Oral nº 23

dia 4 - 17h40 Moderador Anselmo Costa e Madalena Tuna

Caracterização da Prematuridade e Baixo Peso em Portugal Continental e Análise dos Reinternamentos

Ana Cecilia Elias, Escola Nacional de Saúde Pública

Introdução
Os nascimentos prematuros e de baixo peso têm aumentado globalmente.
A OMS estima que 15 a 20% de todos os nascimentos apresentam baixo peso, e que 10% de todos os nascimentos são prematuros. As crianças que nascem prematuras, ou com baixo peso, apresentam uma maior morbilidade e mortalidade, quando comparadas com as crianças de termo. Um dos aspectos desta morbilidade relaciona-se com uma maior utilização dos serviços de saúde.
Métodos
Realizou-se um estudo epidemiológico transversal sequencial entre 2011 e 2016 para caracterizar os nascimentos de prematuros e de recém-nascidos com baixo peso à nascença, nos hospitais do SNS de Portugal Contine al. Foram ainda criadas coortes de prematuros extremos e de prematuros tardios, nascidos em cada ano, de 2011 a 2014, e calculou-se o número total, a média de reinternamentos e o risco relativo de reinternamento.
Foi utilizada a base de dados de morbilidade hospitalar que inclui todos os internamentos nos hospitais do SNS de Portugal Continental pertencente à ACSS (Administração Central dos Serviços de Saúde).
Resultados
Os nascimentos pré-termo corresponderam a 8,1% do total de nascimentos e o baixo peso à nascença correspondeu a 9,1%. Verificou-se um estabilização dos nascimentos prematuros e da mortalidade nas várias idadesgestacionais, no decorrer do estudo.
O risco relativo de reinternamento dos prematuros extremos (menos de 29 semanas) e tardios (das 33 às 36 +6 semanas), no ano civil de nascimento, correspondeu a 4,23 e 1,50, respectivamente.
Conclusão
Os resultados deste estudo apresentam-se em linha com os de outros estudos publicados sobre a evolução dos nascimentos de prematuros e com baixo peso.
A mortalidade associada a prematuridade representa uma importante Vcomponente da mortalidade hospitalar pediátrica e da mortalidade infantil.
O risco aumentado de reinternamento nesta população salienta a morbilidade associada a premat

Palavras-chave:

Endereço de e-mail do primeiro autor: ana.elias@arslvt.min-saude.pt

Poster nº 1

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

PREVALÊNCIA DE NEAR MISS NEONATAL EM UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes (Universidade Federal de Mato Grosso)
Maria Aparecida Munhoz Gaíva (Universidade Federal de Mato Grosso)
Lenir Vaz Guimarães (Universidade Federal de Mato Grosso)

OBJETIVO: Identificar a prevalência de near miss neonatal em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, no período de 2015 a 2018. MÉTODO: Estudo descritivo de base populacional com todos os nascidos vivos em hospitais, de mães residentes em Cuiabá- MT, no período de 2015 a 2018 registrados nos sistemas de informações sobre nascidos vivos e mortalidade. Os casos de near miss neonatal foram identificados através dos critérios pragmáticos: peso ao nascer menor que 1500g, Apgar no 50 minuto menor que 7, idade gestacional menor que 32 semanas e presença de malformação congênita. Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Excel e exportados para o Statistical Package for Social Science (SPSS) para análise descritiva. RESULTADOS: Entre 2015 a 2018 nasceram nos hospitais de Cuiabá, 40.741 recém-nascidos. Destes, 1.073 (10%) foram classificados com pelo menos um dos critérios pragmáticos de risco ao nascer, dos quais, 236 (2,2%) vieram a óbito no período neonatal e 837 (7,8%) sobreviveram, sendo estes considerados como casos de near miss neonatal, ou seja, recém-nascido que apresentou uma morbidade grave em seus primeiros dias de vida, quase foi a óbito, mas sobreviveu nos primeiros 27 dias de vida. A Taxa de Near Miss Neonatal foi de 20,5 por mil nascidos vivos e a Taxa de Mortalidade Neonatal 5,8 por mil nascidos vivos no período. CONCLUSÕES: A morbidade near miss neonatal foi 3,5 vezes maior que a mortalidade neonatal, sendo uma ferramenta promissora e útil para monitorar e evitar mortes no período neonatal.

Palavras-chave: Near miss, Sistemas de informação, Sobrevida

Endereço de e-mail do primeiro autor: priscilladosanjos@yahoo.com.br

Poster nº 2

dia 6 - 14h Moderador Raquel Gouveia

ÓBITOS NEONATAIS EVITÁVEIS E FATORES ASSOCIADOS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO, BRASIL

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes (Universidade Federal de Mato Grosso)
Maria Aparecida Munhoz Gaíva (Universidade Federal de Mato Grosso)
Vanessa de Almeida Raia (Universidade Federal de Mato Grosso)
Lenir Vaz Guimarães (Universidade Federal de Mato Grosso)
Carla Alexandra de Souza Santos (Universidade Federal de Mato Grosso)

OBJETIVO: Analisar os óbitos neonatais evitáveis e identificar os fatores associados no município de Cuiabá-MT, Brasil, no período de 2015 a 2018. MÉTODO: Estudo coorte transversal. Os dados foram obtidos dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e mortalidade, com posterior análise das causas evitáveis segundo a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise de fatores associados ao desfecho de morte evitável e morte não evitável foi realizada pelos dos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher, utilizando-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 20.0, com nível de significância de 0,05. RESULTADOS: Em todo o período estudado, foram identificados 331 óbitos neonatais, dos quais 245 foram considerados evitáveis, sendo que destes, 132 óbitos foram por inadequada atenção à mulher na gestação, tendo como causa principal as afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, seguido por 76 mortes por inadequada atenção ao feto e recém-nascido (RN), 34 óbitos por inadequada assistência ao parto, 1 morte por inadequado diagnóstico e tratamento e 2 óbitos por promoção da saúde ineficaz. Nascer em hospital privado conveniado ao SUS, no período noturno, com extremo baixo peso, prematuridade e Apgar menor que 7 no quinto minuto estiveram associados ao óbito evitável. CONCLUSÕES: O número de mortes evitáveis ainda é elevado, principalmente aquelas relacionadas a inadequada atenção à mulher na gestação e atenção ao feto e recém-nascido, indicando que persistem desafios na assistência prestada ao binômio mãe-filho pelo SUS.

Palavras-chave: Causa básica de morte, Fatores de risco, Mortalidade infantil, Registros de mortalidade,

Endereço de e-mail do primeiro autor: priscilladosanjos@yahoo.com.br

Poster nº 3

dia 5 - 13h Moderador Edmundo Santos

O Potencial Impacto Neuropsicológico da Prematuridade

Carolina V.G. Coelho- Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
Ana Filipa Lopes- Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra; Unidade de Neuropediatria do Hospital Garcia de Orta.
Filipa Ribeiro-Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

É consensual que crianças nascidas prematuras estão em maior risco para o desenvolvimento de comorbidades físicas. Adicionalmente, a literatura tem evidenciado que o parto prematuro influencia o desenvolvimento cerebral e das funções neuropsicológicas e, consequentemente, o percurso dos prematuros enquanto crianças e, mais tarde, enquanto adultos, em relação a todo o espectro da prematuridade. Neste âmbito, o objetivo é alertar os profissionais de saúde para determinados indicadores e apresentar um estudo com crianças portuguesas nascidas prematuras moderadas (PM) sem complicações de saúde graves. Este estudo avalia as funções executivas e o desenvolvimento socioemocional em 30 crianças PM entre os 4 e 6 anos, comparando-as com 31 crianças de termo. A memória de trabalho foi avaliada com a memória de dígitos e o tabuleiro de Corsi, o controlo inibitório verbal e a flexibilidade cognitiva com o The Shape School Test, o controlo visuomotor com o Go/No-Go EYT e o desenvolvimento socioemocional com questionários SDQ para pais e professores. No nosso estudo, as crianças PM apresentaram um desempenho inferior ao nível da memória de trabalho, do controlo inibitório e da flexibilidade cognitiva verbal, bem como mais problemas socioemocionais em relação aos seus pares de termo. Em consonância com a literatura, também os nossos resultados sugerem que não há idade gestacional segura na prematuridade, salientando a importância de os profissionais de saúde estarem atentos para determinados sinais ao longo do desenvolvimento destas crianças, com o intuito de reencaminhamento para avaliação neuropsicológica e intervenção ainda em idades precoces, impedindo que as crianças prematuras ingressem o ensino primário em desvantagem.

Palavras-chave: Prematuridade, Avaliação neuropsicológica, Desenvolvimento Cognitivo

Endereço de e-mail do primeiro autor: carolina_vanessag@hotmail.com

Poster nº 4

dia 5 - 14h Moderador Alberto Berenguer

Congenital Cytomegalovirus Infection in Mothers with Preconceptional Immunity –a Serologic Pitfall

Joana da Silva Ferreira. Department of Pediatrics, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal
José Luís Fonseca, Department of Neonatology, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal
Maria João Vieira, Department of Neonatology, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

– Background: Cytomegalovirus (CMV) is a leading cause of congenital infections worldwide. Transmission of CMV can occur due to a maternal primary infection in previously seronegative women or after a non-primary infection (reactivation or reinfection) in women with preconceptional immunity. Recent studies have shown that the majority of newborns with CMV infection are born to mothers with non-primary CMV infection.
– Case Report: We report a case of a 34-week male infant, with low birth weight, who presented with hepatosplenomegaly, petechiae and jaundice at day one of life. Maternal CMV serology prior to conception indicated CMV infection in the past (positive CMV-immunoglobulin G (IgG) with a negative CMV-immunoglobulin M (IgM)). Antenatal ultrasounds revealed intrauterine growth restriction and an echogenic bowel. Newborn laboratory studies showed decreased platelet count (105,000/µL) and hyperbilirubinemia (total bilirubin level at 9,74 mg/l). Cranial ultrasound revealed ventricular enlargement and magnetic resonance imaging of the brain performed at day 20 of life showed no calcifications or other abnormalities. Ophthalmological evaluation was normal but the child failed neonatal hearing screening. CMV polymerase chain reaction (PCR) testing in urine was positive, confirming the infection. The viral load in peripheral blood was superior than 5,000 copies/mL. Maternal peripartum serology was the same as prior to conception: IgM remained negative and there was no elevation of IgG titers. The child started antiviral treatment with valganciclovir, had a normal hearing test at 3 months and is currently with 5 months, showing a normal neurodevelopment.
– Conclusion: This case highlights the pitfalls of CMV serology interpretation in non-primary infection during pregnancy. CMV congenital infection must be considered in a fetus or newborns with suggestive signs, even if the mother has preconceptional immunity and there is no increase in maternal CMV-IgG or CMV-IgM remains negative.

Palavras-chave: Cytomegalovirus , Cytomegalovirus Infections , Serology

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanaferreira.med@gmail.com

Poster nº 5

dia 5 - 14h Moderador Ricardo Costa

Competencias em Aleitamento Materno Adquiridas na Formação Médica

Flávia Viana Rodrigues. Unidade de Educação Médica, Departamento de Ciências da Saúde Pública, Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O Aleitamento Materno é considerado pela OMS e UNICEF como uma ação importante para promover a melhoria das condições de saúde da população materno-infantil e para a prevenção de doenças na população em geral. É recomendado que as crianças sejam amamentadas com leite materno exclusivo até os seis meses de vida e até os dois anos associado a outros alimentos. Portugal tem índices de aleitamento materno exclusivo aos seis meses muito inferiores aos recomendados.
Os profissionais de saúde exercem um importante papel no estímulo e promoção do aleitamento materno. Diversos estudos demonstram deficiência nos conhecimentos dos médicos em relação ao tema e também na educação médica pré-graduada. A "Academy of Breastfeeding Medicine" recomenda que todos os estudantes de medicina recebam treinamento específico em aleitamento materno na pré-graduação.
A autora pesquisou os conhecimentos sobre aleitamento materno, a perceção sobre a formação recebida no curso sobre o tema, bem como a confiança em orientar mulheres a respeito do aleitamento materno entre estudantes do último ano do curso de medicina da FMUP e do ICBAS através de estudo exploratório transversal que teve como base a aplicação de um questionário. O trabalho foi realizado para elaboração de tese de mestrado em Educação Académica e Clínica pela FMUP.
Foi detetado que em geral, os estudantes da FMUP e do ICBAS terminam o curso de medicina com conhecimentos insuficientes em aleitamento materno, pouca confiança no aconselhamento das pacientes e consideram que não receberam formação suficiente sobre aleitamento materno durante o curso.
Trata-se de estudo pioneiro em Portugal sobre conhecimentos e atitudes dos estudantes de medicina a respeito de aleitamento materno, onde pode-se verificar a presença de uma lacuna na educação sobre o tema nas instituições de ensino pesquisadas e que enfatiza a importância da educação médica para melhorar os baixos índices de aleitamento materno no país.

Palavras-chave: Aleitamento Materno., Educação Médica ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: flaviavcabral@hotmail.com

Poster nº 6

dia 6 - 14h Moderador Madalena Tuna

European Standards of Care for Newborn Health

Elsa Silva - CHUAlgarve-Faro

Grupo de trabalho internacional da EFCNI

A EFCNI criou um grupo de trabalho a nível europeu para a criação de standrads para os cuidados ao recém-nascido na Europa. Este projeto teve início em 2013 e os standards foram concluídos em 2018 e apresentados/reiterados no/pelo Parlamento Europeu. A fase atual do projeto prevê a sua divulgação nos diferentes países através da campanha Call to Action for newborn health in Europe. É um projeto que surgiu ao identificar uma grande variabilidade na Europa na forma como os cuidados neonatais estão organizados, na educação, formação e treino dos profissionais e na estruturação e prestação de cuidados. Foram 11 os tópicos que basicamente cobrem o nascimento prematuro e a co-morbilidades neonatais. Os tópicos foram trabalhados por mais de 220 profissionais de diferentes disciplinas e de mais de 30 países, por sociedades de profissionais e organizações de pais bem como da indústria. Os 11 tópicos são: Nascimento e transporte; Procedimentos e cuidados; Colheita de dados e documentação; Formação e treino; decisões éticas; Follow-up e cuidados continuados; Cuidados centrados na família e na criança; Cuidados médicos e prática clínica; Design da UCIN; Nutrição e Segurança do paciente e práticas de higiene. O objetivo desta comunicação é divulgar o projeto e os standards a nível nacional e na comunidade médica na área da pediatria/neonatologia, e, a EFCNI pretende que sejam uma referência para a criação de protocolos ou normas de atuação adaptadas em cada país, região ou hospital. Em Portugal foi envolvida a Sociedade Portuguesa de Neonatologia, que apoiou o projeto, a associação XXS, no grupo de organizações de pais, e profissionais de saúde, como é o caso da proponente a esta comunicação.

Palavras-chave: Standards para os cuidados ao recém-nascido na Europa

Endereço de e-mail do primeiro autor: elsagsilva@gmail.com

Poster nº 7

dia 6 - 13h Moderador Olga Voutsen

Fenda lábio-palatina: apenas isto ou algo mais?

Luana Silva - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Catarina Rosas - Serviço de Genética Médica, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Lina Ramos - Serviço de Genética Médica, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Sofia Morais - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC

Introdução

A fenda lábio-palatina (FLP) é uma malformação congénita com uma prevalência estimada entre 1/2000 e 1/5000 recém-nascidos (RN), frequentemente identificada em diagnóstico pré-natal (DPN). Esta alteração ocorre isoladamente ou inserida num quadro sindromático, com um vasto leque de diagnósticos diferenciais. Alguns destes, associam-se a atraso do desenvolvimento psicomotor ou malformações major, podendo assim condicionar o seu prognóstico.

Caso clínico

Apresentamos o caso clínico de um RN do sexo masculino, segundo filho de um casal saudável e não consanguíneo. Gestação de termo, com DPN ecográfico de FLP bilateral, tendo sido o estudo cromossómico em Array Comparative Genomic Hybridization normal. Ao nascimento, para além da fenda, apresentava fossetas labiais inferiores paramedianas bilaterais, com drenagem de saliva, língua lobulada, hamartomas na mucosa jugal, sinéquias entre a pálpebra superior e inferior bilateralmente, sindactilia parcial do 3º e 4º dedos de ambas as mãos e sindactilia total do 2º e 3º dedos de ambos os pés.

Foram evocados dois possíveis diagnósticos, o Síndrome de Van der Woude (SVW) e o Síndrome Oro-Facio-Digital. Considerou-se o primeiro como o diagnóstico mais provável, optando-se por estudo molecular dirigido, com sequenciação de Sanger do gene IRF6, que identificou, em heterozigotia, a variante patogénica c.251G>A (p.Arg84His), de novo, compatível com este diagnóstico.

Comentários

Variantes no gene IRF6 podem estar associadas a um amplo espectro fenotípico, que pode apresentar-se desde uma fenda labial e/ou palatina isolada até ao Síndrome Pterígio Poplíteo, entre os quais se insere o SVW, geralmente com cognição normal. A avaliação do RN com fenda labial e/ou palatina carece de sensibilização para as possíveis formas sindrómicas. O diagnóstico etiológico específico é essencial para o estabelecimento do prognóstico, orientação precoce para uma equipa multidisciplinar adequada e para um correto aconselhamento genético à família.

Palavras-chave: Síndrome de Van Der Woude, IRF6, Fenda lábio-palatina

Endereço de e-mail do primeiro autor: luanamarisa@gmail.com

Poster nº 8

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Abordagem terapêutica a um recém-nascido, submetido a cirurgia abdominal internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: estudo de caso sobre a intervenção na ferida

Liliana Abreu, Hospital Santa Maria
Graça Roldão, Hospital Santa Maria

Introdução: O cuidado ao recém-nascido (RN) prematuro é um desafio na unidade de cuidados Intensivos neonatais. O aparecimento de novas tecnologias e terapêuticas, aumentou a sua sobrevivência. Apesar disso, continuam a existir complicações. A enterocolite necrosante é das mais frequentes e com taxa de mortalidade e morbilidade mais elevadas. A etiologia é desconhecida, ocorrendo sobretudo nos RN prematuros e só algumas têm indicação cirúrgica.

Descrição do caso: RN com idade gestacional 28s+2d, parto por cesariana por CTG não tranquilizador, peso nascença 635gr, IA 5/8/9 reanimado com neopuff.

A D46 tem uma sépsis tardia com quadro de distensão abdominal de agravamento progressivo e submetido a cirurgia a D48. A D53 sutura operatória apresenta sinais inflamatórios com exsudado verde, foi feita colheita que deu positivo para Klebsiella Pneumoniae. A D54 (ferida de grau IV) inicia novo tratamento à ferida com mel para feridas. A D64, por não melhorar a cicatrização da ferida, inicia novo tratamento com enzima alginogel forte. A resposta ao novo produto foi imediata com redução do tamanho e sinais inflamatórios. A D84 a ferida está sem tecido desvitilizado e inicia novo tratamento com penso fino de silicone. A D 90 faz encerramento das ostomias. Aplicado novo penso profilático, no pós-operatório.

Discussão/Conclusão: Os profissionais de saúde que cuidam do RN, necessitam de formação e atualização na manutenção da integridade cutânea e no cuidado à ferida cirúrgica. Na última década a evidência científica trouxe novos tratamentos e materiais terapêuticos, o que aumentou o interesse pelo estudo das feridas e a qualidade dos cuidados às mesmas. A tomada de

decisão clínica passou a ser suportada pela evidência, no que concerne à utilização de instrumentos de avaliação, de novos tratamento e formas diferentes de registo, como o fotográfico. Neste caso, a falta de um instrumento de avaliação, foi substituída pela fotografia, que funcionou como um meio auxiliar fundamental para avaliar a intervenção e continuidade de cuidados.

Palavras-chave: Prematuridade, Enterocolite Necrosante, Ferida Cirúrgica, Tratamento da Ferida,

Endereço de e-mail do primeiro autor: enf_liliana_abreu@hotmail.com

Poster nº 9

dia 5 - 14h Moderador Alberto Berenguer

QUILOTORAX CONGÉNITO – CASUÍSTICA

Sara Monteiro Cunha - Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
Ana Rita Baptista - Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
Gustavo Rocha - Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
Inês Azevedo - Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal e EpicUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal
Jorge Casanova - Departamento de Cirurgia Cardiotorácica, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
Conceição Souto-Moura - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
Hercília Guimarães - Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O quilotórax congénito (QC) é uma entidade clínica rara resultante do acúmulo de linfa na cavidade pleural e associa-se a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. Os autores apresentam a experiência de 22 anos do Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário São João com QC.
Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo de recém-nascidos com QC admitidos entre janeiro 1998 e agosto 2019. O diagnóstico de QC foi confirmado através da análise citoquímica do líquido pleural. Todos os doentes efetuaram estudo genético.
Resultados: Foram diagnosticados onze casos de QC, com diagnóstico pré-natal em nove (81,8%) e intervenção in utero em 4 (44,4%), nomeadamente toracocentese (75%) ou colocação de shunt toraco-amniótico (25%). Oito recém-nascidos (72,7%) necessitaram de entubação endotraqueal ao nascimento e em três casos (27,3%) foi necessária toracocentese evacuadora na sala de partos. Oito recém-nascidos (72,7%) apresentaram QC bilateral e seis (54,5%) apresentaram um derrame pleural de grande volume. O estudo genético identificou um caso de síndrome de Costello. O tratamento conservador englobou a nutrição parentérica total, dieta com triglicerídeos de cadeia média e perfusão contínua de octreótido (máximo 10mcg/kg/hora) com uma duração mediana de 21 dias, sem efeitos adversos associados. Dois recém-nascidos (18,1%) foram submetidos a laqueação cirúrgica do ducto torácico. A mediana da duração do internamento foi de 19 dias (5-195). Ocorreram quatro (36,3%) óbitos, cuja autópsia identificou anomalias linfáticas generalizadas em três casos. Dos sete (63,6%) sobreviventes, seis tiveram alta para o domicílio clinicamente bem e apenas o lactente com síndrome de Costello e linfangiectasias pulmonares necessitou de traqueostomia e oxigenoterapia domiciliária.
Discussão: Estes resultados vão ao encontro do que está descrito noutras séries e salientam a necessidade de internamentos prolongados, o sucesso do tratamento conservador na maioria dos casos sobreviventes e uma mortalidade importante sobretudo em casos associados a malformações linfáticas generalizadas.

Palavras-chave: malformação linfática, recém-nascido, quilotórax congénito

Endereço de e-mail do primeiro autor: saramonteirodacunha@gmail.com

Poster nº 10

dia 6 - 14h Moderador Monica Batista

Antenatal corticosteroids in late preterm infants

Augusta Arruda, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Mariana Ormonde, Serviço de Ginecologia- Obstetrícia do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Sarah Stokreef,Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Beatriz Fraga, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Catarina Franco, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Ana Lima, Serviço de Ginecologia- Obstetrícia do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Catarina Dâmaso, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER

Introduction: Late preterm infants (LPT) are at higher risk for acute morbi-mortality. The evidence regarding the use of antenatal corticosteroids (ACS) after 34 weeks of gestation is still debatable as studies show conflicting results.
Objective and methodology: This retrospective cohort study aimed to compare neonatal outcomes of LPT infants exposed and not exposed to ACS .Outcomes included neonatal morbidity at birth, neonatal respiratory morbidity and general neonatal morbidity. Maternal demographic and obstetric data were analyzed as possible confounders.
Results: The study included 390 infants. Almost half (n=189; 48,5%) received ACS for pulmonary maturation. Of the LPT exposed to ACS, 28,6% had an incomplete therapeutic course. Besides, in 59,3% of exposed LPT, the ACS were administered outside the time window in which they are most effective (when the first ACS dose is given one to seven days before birth). We observed that newborns in the exposed ACS group were more likely to present all the outcomes included, however the results was statistical significant only for: need for oxygen supplementation (OR 2,93; 95% CI 1,518-5,656), non-invasive respiratory support (OR 3,464; 95% CI 1,437-8,352;), RDS of newborn (OR 2,177; 95% CI 1,197-3,960), prolonged hospital staying for more than five days (OR 3,877; 95% CI 2,265-6,638;), need for nutrition through nasogastric tube (OR 4,132; 95% CI 2,139-7,982) and jaundice with need for phototherapy (OR 1,921; 95% CI 1,267-2,913).
Discussion: Overall, ACS exposed LPT presented worst neonatal outcomes. The results may be partially explained: first due to confounding by indication, that is, the LPT mothers received ACS based on the underlying risk profile, which can independently be accountable for worst outcomes; second, due to a suboptimal exposure to ACS. At last, the retrospective nature of our study warrants a careful interpretation of the results.

Palavras-chave: Antenatal corticosteroids, Late preterm infants, Neonatal morbidity

Endereço de e-mail do primeiro autor: gusta_arrud@hotmail.com

Poster nº 11

dia 6 - 14h Moderador Monica Batista

Antenatal corticosteroids in term infants before elective cesarean section

Augusta Arruda, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Mariana Ormonde, Serviço de Ginecologia- Obstetrícia do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Sarah Stokreef,Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Beatriz Fraga, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Catarina Franco, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER
Ana Lima, Serviço de Ginecologia- Obstetrícia do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Catarina Dâmaso, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espirito Santo de Ponta Delgada, EPER

Introduction: Cesarean section (CS) delivery is associated with worst neonatal respiratory outcomes. Some studies comparing neonatal outcomes between term infants exposed and not exposed to antenatal corticosteroids (ACS) before elective CS revealed that ACS appears to decrease the risk of respiratory distress syndrome (RDS), transient tachypnea of the neonate (TTN), admission to the neonatal intensive care unit (NICU) and the length of stay in NICU.
Objective and methodology: This retrospective cohort study aimed to compare neonatal outcomes between ACS exposed and not exposed term infants, born through elective CS. Outcomes included: neonatal morbidity at birth, neonatal respiratory morbidity and general neonatal morbidity. Maternal demographic and obstetric data were analyzed as possible confounders.
Results: The study included 334 newborns. One third of the population study (n=129; 38,6%) received ACS. Our study found that the likelihood for RDS (OR 1,250; 95% IC 0,454-3,442), TTN (OR 1,623; 95% IC 0,556-4,739) and NIUC admission (OR 2,155; 95% IC 0,474-9,788) was higher in the ACS exposed group, although with no statistical significance. When adjusting for gestational age and arterial hypertension, the likelihood for RDS (adjusted OR 0,732; 95% IC 0,240-2,232), TTN (adjusted OR 0,959; 95% IC 0,297-3,091) and NIUC admission (adjusted OR 0,852; 95% IC 0,161-4,520) became lower in the ACS exposed group. On the other hand, the ACS exposed group were less likely to present a prolonged hospital staying (5 or more extra days) even before adjusting for gestational age and arterial hypertension (OR 0,393 95%; IC 0,043-3,552), although with no statistical significance.
Discussion: ACS administration before elective CS at term, as compared to routine management without ACS, was not associated with a statistically significant reduction in neonatal outcomes, even when adjusting for confounding variables. Our findings support recent guidelines advocating to postpone elective cesarean section until 39 weeks of gestational age.

Palavras-chave: Antenatal corticosteroids elective Cesarean section neonatal morbidity

Endereço de e-mail do primeiro autor: gusta_arrud@hotmail.com

Poster nº 12

dia 6 - 14h Moderador Monica Batista

Sulfato de Magnésio Antenatal: Estudo Restrospectivo dos Outcomes Clinicamente Relevantes em Recém-nascidos Pre-termo

Ricardo Barreto Mota - Serviço de Pediatria, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João
Vicente Rey y Formoso - Serviço de Pediatria, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João
Paulo Soares - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário São João
Hercília Guimarães - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Pediátrico, Centro

INTRODUÇÃO
O sulfato de magnésio antenatal (MgSO4) demonstrou ser neuroprotector do recém-nascido pre-termo. No entanto, há pouca evidência acerca dos seus efeitos adversos no recém-nascido.
OBJETIVO
Analisar os efeitos adversos nos recém-nascidos pre-termo cujas mães receberam MgSO4 e correlacioná-los com os níveis séricos de magnésio (Mg-s) no recém-nascido.
MÉTODOS
Seleciodos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional nascidos no nosso hospital entre 2016-2018 e admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) nível 3, cujas mães receberam MgSO4 antenal. De seguida, realizado estudo retrospectivo com análise estatística.
RESULTADOS
Cinquenta lactentes foram incluídos. O Mg-s foi medido em 34% das mães, valor mediano de 3,09 mEq/L. A mediana do Mg-s neonatal aproximadamente às 24 horas de vida foi 2,5 mEq/L. Observou-se correlação positiva forte entre o Mg-s materno e do recém-nascido, com valor de Spearman de 0,837. Quatro lactentes apresentaram enterocolite necrosante (NEC) e sua mediana de Mg-s (2 mEq/L) foi significativamente menor do que em lactentes sem a patologia (2,54 mEq; p = 0,049). Quando corrigido para idade gestacional, um aumento de 0,01 mEq/L resultou numa redução de 5,3% nas odds de desenvolver EN (valor de Wald p = 0,023). Vinte e cinco lactentes nasceram com persistência do canal arterial (PCA). As mães desses lactentes apresentaram Mg-s significativamente maior (p=0,035). Isto não foi confirmado quando corrigido para idade gestacional (Wald p = 0,783). Sem diferenças ou correlações nos níveis de Mg-s do recém-nascido ou da mãe ao analisar outros efeitos adversos, dias de ventilação, dependência de nutricional parentérica, duração de internamento ou outros outcomes.
CONCLUSÃO
Este estudo sugere que o magnésio pode ser protetor contra NEC, mas não contra outras patologias. No entanto, o facto de ser retrospectivo e o pequeno tamanho da amostra (apenas quatro crianças desenvolveram a patologia) determinam a necessidade de um estudo prospectivo maior.

Palavras-chave: Magnésio, Enterocolite Necrotizante, Pre-termo

Endereço de e-mail do primeiro autor: rjdmota@gmail.com

Poster nº 13

dia 5 - 14h Moderador Ricardo Costa

Quando a icterícia começa na sala de partos

Andreia Lomba - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Ana Sofia Simões - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Muriel Ferreira - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE
Margarida Fonseca - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC-EPE

Introdução: A aloisoimunização AB0 é a causa mais frequente de Doença Hemolítica do recém-nascido (DHRN), contudo a doença grave é rara (1%). Apresentam-se dois casos de DHRN grave por aloisoimunização AB0 com apresentação na primeira hora de vida.
Descrição dos casos:
Caso 1: Primeira gesta de mãe com 34 anos, 0 Rh(D) positivo e teste de antiglobulina indireto (TAI) negativo, da qual nasceu um recém-nascido (RN) de termo, por parto eutócico, com 2660g, APGAR 10/10/10. Aos 30 minutos, notada palidez e icterícia. A avaliação analítica mostrou: hemoglobina (Hb) 13,4 g/dL, 27% de reticulócitos, teste de antiglobulina direto (TAD) positivo, bilirrubina sérica total (BrbT) 202 µmol/L, LDH 3027 UI/L e grupo sanguíneo (GS) B Rh(D) positivo. Iniciou fototerapia intensiva, fez imunoglobulina intravenosa (IVIG) e, em D3, fez transfusão de concentrado eritrocitário (CE). Manteve fototerapia até D5, tendo alta em D6 (BrBT 115 µmol/L; Hb 17,2 g/dL). No sangue do RN foram identificados aloanticorpos anti B e no da mãe um título elevado de isohemaglutininas IgG anti B.
Caso 2: Segunda gesta, mãe com 38 anos, 0 Rh (D) negativo e TAI negativo, nasceu por ventosa um RN de termo, com PN 2860g e APGAR 8/9/9. Na primeira hora, notada icterícia. A avaliação analítica mostrou: Hb 11 g/dL, 31% de reticulócitos, TAD positivo, BrbT 106 µmol/L, e GS A Rh(D) negativo. Iniciou fototerapia intensiva, IVIG e transfusão de CE. Manteve fototerapia até D6, tendo alta em D8 (BrBT 217 µmol/L; Hb 12,3 g/dL). O estudo no RN identificou aloanticorpos anti A.
Ambos os RN mantiveram seguimento em consulta de Imunohemoterapia com evolução clínica favorável.
Discussão/Conclusão: Em RN com icterícia muito precoce, com mães do grupo 0, deve-se considerar o diagnóstico de aloisoimunização AB0. O reconhecimento atempado de DHRN AB0 pode evitar complicações como anemia grave, encefalopatia, ou necessidade de exsanguíneo transfusão.

Palavras-chave: icterícia neonatal, incompatibilidade AB0, doença hemolítica

Endereço de e-mail do primeiro autor: andreiaflcorreia@gmail.com

Poster nº 14

dia 5 - 14h Moderador Ricardo Costa

Cianose central neonatal: um desafio diagnóstico

Ana Isabel Duarte. Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Carla Fernandes. Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Celeste Bento. Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Tabita Magalhães Maia. Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Muriel Ferreira. Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Margarida Fonseca. Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário

Introdução: A cianose central neonatal pode estar associada a patologias que condicionam uma diminuição da oxigenação da hemoglobina (Hb) ou a sua capacidade para libertar o oxigénio (O2) para os tecidos, nomeadamente malformações congénitas cardíacas ou pulmonares, variantes de Hb com baixa afinidade para o O2 e metahemoglobinémia (MHB).
Descrição de caso: Recém-nascida que, após gravidez vigiada sem intercorrências, nasceu por fórceps às 40 semanas, com boa adaptação à vida extrauterina. Ao 3º dia de vida realizou rastreio de cardiopatia congénita crítica, tendo-se constatado SpO2 pré e pós ductal de 86%, sem resposta à oxigenoterapia. Não apresentava dificuldade respiratória ou alterações ao exame objectivo. O ecocardiograma e a radiografia torácica foram normais e o rastreio séptico foi negativo. Na gasimetria capilar foram constatados níveis elevados de MetaHb (9,5%) pelo que foi colocada a hipótese de MHB. O estudo de hemoglobinopatia por HPLC mostrou ser portadora de uma variante de Hb (Perfil FA (HbF 61.1; HbA 0.2)). A sequenciação genética do gene HBG (cadeias gama) identificou a variante c.85C>A;p.Leu29Met, em heterozigotia, compatível com a variante Hb F-M Viseu. Teve alta em D8, clinicamente bem. Manteve seguimento em Consulta de Hematologia, tendo-se verificado redução progressiva da MetaHb até normalização.
Conclusão: A MHB é uma causa rara de cianose neonatal e ocorre devido à presença de quantidades aumentadas de uma forma oxidada da Hb que não consegue ligar o O2. A Hb F-M é uma causa major de MHB congénita em que a mutação afeta as cadeias globínicas gama, manifestando-se assim, de forma transitória, no período neonatal, resolvendo com a transição da Hb fetal para a Hb adulta. A MHB deve ser considerada no diagnóstico diferencial do recém-nascido cianótico, quando causas mais comuns foram excluídas. Estão descritos na literatura 3 casos de Hb F-M de Viseu.

Palavras-chave: Cianose central neonatal, Metahemoglobinémia, Hemoglobina F-M

Endereço de e-mail do primeiro autor: ana_isad21@hotmail.com

Poster nº 15

dia 5 - 14h Moderador Alberto Berenguer

Evolução do encerramento de canal arterial patente: perspectiva de uma maternidade de um centro hospitalar central

Diogo Faim - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
Joaquim Tiago - Serviço de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
Rui Castelo - Serviço de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
Andreia Francisco - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
Rosa Ramalho - Serviço de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
António Pires - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Nos recém-nascidos prematuros, a persistência de canal arterial, se hemodinamicamente significativo, associa-se a maiores taxas de comorbilidades e de mortalidade. O encerramento do canal arterial pode ser realizado através dos métodos farmacológico, cirúrgico ou percutâneo. O objectivo desta análise foi caracterizar o número e os métodos dos encerramentos de canal arterial durante um período de 16 anos numa maternidade nível três.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo de recém-nascidos nascidos numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciada, entre 01/01/2003 a 31/12/2018, submetidos a encerramento do canal arterial por métodos farmacológico, cirúrgico e/ou percutâneo. Resultados considerados estatisticamente significativos se $p < 0,05$.
Resultados: Foram elegíveis para encerramento do canal arterial 106 doentes, todos prematuros. Verificou-se diminuição do número de encerramentos ao longo dos anos, mais marcada a partir de 2010. A taxa de sucesso com método farmacológico foi de 62% após o primeiro ciclo e 77% após o segundo. Após primeira tentativa com fármaco, 12 prosseguiram para laqueação cirúrgica e dois para encerramento percutâneo. A laqueação cirúrgica exclusiva foi realizada em quatro. O ibuprofeno substituiu a indometacina a partir de 2010. Foi usado o paracetamol em três doentes. A mortalidade nesta população foi de 12%, todos em prematuros com peso ao nascimento < 1000 gramas ($p < 0,001$).
Conclusão: Verificou-se uma tendência para a diminuição do número de encerramentos de canal arterial, mais evidente a partir de 2010, ano em que foi publicado um consenso nacional para diagnóstico e tratamento do canal arterial nos recém-nascidos pré-termo. O encerramento farmacológico foi o método mais utilizado, seguido da laqueação cirúrgica.

Palavras-chave: Canal arterial patente, Recém-nascido prematuro, Ibuprofeno, Paracetamol, Laqueação

Endereço de e-mail do primeiro autor: diogofaim92@gmail.com

Poster nº 16

dia 5 - 13h Moderador Edmundo Santos

Bradicardia Neonatal: casuística de 10 anos de uma Unidade de Cuidados Especiais ao Recém Nascido

Susana Cláudia Teixeira, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
André Almeida, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Juan Calviño, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Joana Carvalho, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Isabel Soares, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A bradicardia neonatal é uma arritmia frequente neste período, raramente causando compromisso hemodinâmico. Pode ser a única manifestação de uma variedade de patologias cardíacas ou não cardíacas, algumas potencialmente fatais, pelo que a sua presença geralmente necessita de investigação. Objetivo: determinar a etiologia, investigação realizada e evolução clínica dos internamentos por bradicardia na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém Nascido do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Para tal procedeu-se à revisão dos processos clínicos entre Junho de 2009 e Junho de 2019. Resultados: foram identificados 33 recém-nascidos (RN), provenientes do berçário, todos assintomáticos, a maioria diagnosticada no primeiro dia de vida. Vinte e nove apresentavam bradicardia sinusal, 2 QT longo, 1 teve o diagnóstico de asfixia aguda e outro de encefalopatia hipoxico isquémica. Vinte e nove dos RN eram de termo, com uma mediana de idade gestacional de 39 semanas. Foi realizado eletrocardiograma em 31, ecocardiograma em 20 com achados em 4, e 27 realizaram radiografia torácica (sem alterações). Em 27 foi realizada avaliação analítica que apenas demonstrou alterações em um (hipoglicemia). A maioria das altas ocorreu 2 dias após a admissão. O prognóstico foi favorável com resolução espontânea da bradicardia em todos, com exceção para um dos RN com QT longo que ainda mantem seguimento. Conclusão: na nossa amostra apenas um RN apresentou doença cardíaca a necessitar de orientação. O eletrocardiograma foi o meio auxiliar de diagnóstico mais importante para o esclarecimento da bradicardia. Os restantes exames auxiliares realizados não mostraram alterações significativas pelo que, apesar da amostra reduzida não nos permitir retirar conclusões consistentes, a sua realização deve ser ponderada individualmente tendo em conta o estado geral, sintomatologia e história pregressa de cada RN.

Palavras-chave: bradicardia recém-nascidos eletrocardiograma

Endereço de e-mail do primeiro autor: susctx@gmail.com

Poster nº 17

dia 5 - 14h Moderador Alberto Berenguer

Quilotórax congénito: um desafio na abordagem intra e extrauterina

Joana Brandão Silva, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho
Mariana Capela, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho;
Cristina Godinho, Unidade de Diagnóstico Pré-Natal, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho;
Andreia Teles, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho;
António Vinhas da Silva, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: O quilotórax congénito (QC) é raro, apresentando risco de complicações cardiopulmonares decorrentes da hipoplasia pulmonar. Pode ser uma manifestação isolada ou estar associado a condições genéticas, pelo que a investigação diagnóstica pré-natal representa um desafio.
Descrição do caso: Recém-nascido do sexo masculino com diagnóstico pré-natal de lábio leporino e derrame pleural (DP) direito às 20 semanas de gestação. Serologias maternas e estudo infeccioso e genético extensos no líquido amniótico sem alterações; ecocardiograma fetal normal; RMN fetal confirmou volumoso DP, com colapso do pulmão direito. Submetido a toracocentese in utero às 28 semanas e no anteparto, com caraterísticas citoquímicas compatíveis com quilotórax. Parto por cesariana às 36 semanas. Por dificuldade respiratória de agravamento progressivo, hipoxémia e DP de médio volume à direita na radiografia, foi ventilado e colocado dreno torácico. Em D6, por manter drenagem >10ml/kg/dia, iniciou octreotido. Evolução favorável, retirado dreno em D12 e suspensão do octreotido em D20. Em D15 fez TC torácica e ecografia toraco-abdominal que mostraram formação nodular com múltiplos quistos, não vascularizada, sugestiva de linfangioma, no mediastino anterior e lateralizado à direita. Em D22 iniciou alimentação com fórmula polimérica de baixo teor lipídico, com agravamento imagiológico quase imediato. Pausa alimentar até D31, com totalidade do aporte desde D39 e transição para leite materno em D44. Após a alta realizou ecografias seriadas que não mostraram alteração previamente descrita e mantém-se assintomático, atualmente com 11 meses.
Discussão: Os linfangiomas são proliferações focais de capilares linfáticos que crescem lentamente, originando quilotórax pela drenagem linfática mais lenta ou pela formação de massa que impede a drenagem. Apesar de raramente resolverem espontaneamente, no nosso caso não se verificou recidiva clínica nem manutenção das alterações imagiológicas após reintrodução da alimentação. A abordagem diagnóstica e terapêutica do QC é complexa e pode variar entre Unidades, tendo-se verificado na nossa experiência uma resolução de 100% dos casos com este protocolo.

Palavras-chave: Quilotórax congénito, Derrame pleural, Recém-nascido, Octeotrido, Drenagem pleural

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanarbsilva0@gmail.com

Poster nº 18

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Distrofia miotónica tipo 1 neonatal (Doença de Steinert): um assunto de família

Ana Castelbranco Silva, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
João Carvalho, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
José Paulo Monteiro, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Deolinda Matos, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Introdução: A distrofia miotónica do tipo 1 (DM1) caracteriza-se por fraqueza muscular de intensidade variável e envolvimento multissistémico (olhos, coração, sistema endócrino e sistema nervoso central). Deve suspeitar-se do diagnóstico perante indivíduos com fraqueza muscular característica e fenómeno miotónico. A confirmação implica detetar um alelo expandido no gene DMPK. A transmissão é autossómica dominante e ocorre fenómeno de antecipação, quase sempre materno, com mutações mais graves nos filhos de portadores de mutações/ pré-mutações que se correlacionam com início mais precoce e doença mais grave.

Descrição do caso: Recém-nascida de 35 semanas/ 2075g, transferida para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais após o nascimento por suspeita de sofrimento perinatal agudo com hipotonia, necessidade de suporte ventilatório e dificuldade alimentar. Gravidez mal vigiada, parto distócico (ventosa), índice de Apgar 2/5. Na observação movimentos espontâneos pobres, choro fraco, sucção ineficaz, boca "em tenda", hipotonia axial, postura em extensão dos 4 membros, reflexos osteotendinosos fracos e neonatais difíceis de despertar. Contexto social precário, com poucas visitas dos pais, sendo apenas observados 16 dias depois da admissão. Negada história familiar de doenças neurológicas. Mãe com história de sonolência e com alterações no exame objetivo: fraqueza distal simétrica dos 4 membros com discreta atrofia distal das mãos, diparésia facial ligeira, fenómeno miotónico das mãos e miotonia de percussão da língua. Avô materno com história de calvície e cataratas precoces. Pai sem alterações no exame neurológico. Estudo genético DMPK positivo na recém-nascida, confirmando diagnóstico de DM1.

Conclusão: Quando a DM1 se manifesta na infância, quase sempre um dos pais terá também manifestações. A clínica nos pais pode ser ligeira devido ao fenómeno de antecipação, mas a observação é útil para o diagnóstico diferencial do recém-nascido hipotónico. Aquando do diagnóstico de DM1 numa criança é importante fornecer aconselhamento genético e orientar os familiares afetados e não diagnosticados previamente para acompanhamento em consulta de especialidade.

Palavras-chave: Distrofia miotónica, Recém-nascido hipotónico, Genética, Diagnóstico familiar,

Endereço de e-mail do primeiro autor: anacastelbrancosilva@gmail.com

Poster nº 19

dia 5 - 13h Moderador Paulo Soares

CRANIOTABES NO RECÉM-NASCIDO: UM PROBLEMA ATUAL?

Mariana Capela, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E
Joana Silva, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E
Maria Gaia, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E
Joana Pires Borges, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E
Rui Pinto, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E
Manuela Mateus, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E

Introdução

A craniotabes no recém-nascido (RN) pode estar associada a várias doenças sistémicas, estando, no entanto descrito como fisiológica em cerca de 30% dos recém-nascidos. Estudos recentes demonstram a associação com défice de Vitamina D in útero e reforçam a importância da suplementação durante a gravidez e nos primeiros anos de vida.

Casos Clínicos

Apresentamos três casos clínicos de craniotabes. No primeiro caso um RN, sexo feminino, 38 semanas de idade gestacional, serologias e ecografias normais, parto eutócico, índice de Apgar 9/10/10. Peso ao nascimento 2730g. Ao exame físico constatada craniotabes temporoparietal e no estudo analítico baixos níveis de vitamina D (40 nmol/L), com valores normais de cálcio e fósforo. A mãe apresentava diminuição da vitamina D (35 nmol/L). No segundo caso um RN, sexo masculino, 38 semanas de idade gestacional, serologias e ecografias normais, parto eutócico, índice de Apgar 9/10/10. Peso ao nascimento 2500g. Apresentava craniotabes parietal e no estudo analítico baixos níveis de vitamina D (25 nmol/L), com valores normais de cálcio e fósforo. A mãe apresentava diminuição da vitamina D (31 nmol/L). No terceiro caso um RN do sexo masculino, 40 semanas de idade gestacional, serologias e ecografias normais, parto eutócico, índice de Apgar 9/10/10. Peso ao nascimento 3490g. Apresentava craniotabes parietal e no estudo analítico baixos níveis de vitamina D (31 nmol/L), com valores normais de cálcio e fósforo. Todos os casos iniciaram tratamento com colecalciferol com resolução da craniotabes.

Conclusão

Apesar de descrito como fisiológico, nos três casos descritos verificou-se associação da craniotabes com défice de vitamina D no período neonatal e na gravidez. É importante fazer o diagnóstico e tratamento atempados, pelas complicações preveníveis associadas ao défice de vitamina D. Reforçamos a importância do

Palavras-chave: Craniotabes, Vitamina D, Recém-nascido, Gravidez,

Endereço de e-mail do primeiro autor: marianacarvalhocapela@gmail.com

Poster nº 20

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

Promover assertivamente Desenvolvimento em neonatologia: humanização ou integralidade da intervenção dos Enfermeiros?

Andrea Raquel Melo Oliveira; CHEDV

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são unidades de grande complexidade onde a tecnologia e o tecnicismo são uma constante. Ao longo dos anos houve uma preocupação constante por parte dos Enfermeiros que trabalham nas UCIN´s de desenvolver intervenções promotoras de um desenvolvimento adequado do recém-nascido (RN) na sua globalidade, tendo presente a parceria de cuidados a estabelecer com os pais.

Com a reemergência do construto da Humanização na agenda da Política de Saúde em Portugal, volta-se a repensar as intervenções desenvolvidas e aparentemente emerge uma nova categoria dimensional no paradigma vigente nos cuidados neonatais.

Neste sentido, com o objetivo de identificar intervenções autónomas dos Enfermeiros descritas na literatura como promotoras de humanização em neonatologia, foi efetuada uma revisão integrativa da literatura. Numa segunda fase, foi efetuada uma discussão crítica e reflexiva das intervenções identificadas por forma à sua categorização e enquadramento paradigmático.

Do estudo efetuado emergiram três categorias: (1) Intervenções relativas ao Espaço físico, (2) Intervenções relativas à intervenção técnica e (3) Intervenções nas relações interpessoais.

Trabalhar numa UCIN pressupõe um trabalho em equipa real e efetivo dos vários profissionais de saúde.

As intervenções identificadas podem efectivamente ser conotadas como promotoras de humanização se forem perspectivadas de forma simplista mas, face ao paradigma vigente nos cuidados neonatais amplamente difundido na literatura, entende-se que trabalhar em Neonatologia pressupõe uma intervenção integral sustentada implicitamente numa abordagem humanista e promotora de desenvolvimento multidimensional; pelo que se conceptualiza como basilar esta premissa não se reconhecendo como uma dimensão emergente mas antes como uma condição basilar no cuidar em neonatologia em pleno século XXI.

Palavras-chave: humanização, enfermagem, intervenções, neonatologia,

Endereço de e-mail do primeiro autor: dr.andrea.oliveira@gmail.com

Poster nº 21

dia 6 - 13h Moderador Olga Voutsen

Febre no recém-nascido: os suspeitos do costume?

Margarida Roquette. Unidade Funcional de Pediatra, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Rita Antão. Unidade Funcional de Pediatra, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Tavares. Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Manuel Cunha. Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A sépsis tardia é responsável por morbilidade e mortalidade expressivas no recém-nascido (RN) prematuro. A melhoria dos cuidados neonatais permitiu a sobrevivência de RN mais imaturos mas simultaneamente levou a um maior risco de sépsis. Os agentes bacterianos são a sua principal etiologia, correspondendo o Staphylococcus (coagulase negativo/ aureus) a 70% dos casos. Os agentes virais são frequentemente esquecidos. O enterovirus é um dos agentes que pode estar envolvido.

Descrição de caso: RN prematuro (29 semanas, maturação pulmonar completa) em respiração espontânea e ar ambiente, sem antibioticoterapia até aos 34 dias de vida. Em D34 quadro clínico de bradicardia e apneias com temperatura subfebril, pálido, mal perfundido e com secreções claras na orofaringe. Realizou avaliação analítica que revelou parâmetros infeciosos positivos, foi iniciada antibioterapia empírica com cefotaxime e gentamicina. Por manutenção da febre com redução dos parâmetros de infecção foram pedidas serologias virais sendo o anticorpo anti enterovírus da classe IgM positivo. Assumiu-se o diagnóstico de sépsis tardia a enterovírus e suspendeu antibioterapia. Alta aos 49 dias de vida, clinicamente bem.

Discussão: Na etiologia de sépsis tardia no recém-nascido devem ser lembrar os agentes virais, nomeadamente o enterovírus, como no caso descrito. A Infecção por enterovírus no recém-nascido tem uma incidência descrita até 10-12% e apresenta-se com uma grande variabilidade de sintomas, desde uma síndrome febril inespecífica até uma doença multissistémica (Enteroviral sepsis syndrome). A sépsis por enterovírus tem uma elevada taxa de mortalidade (10%) e também elevadas taxas de morbilidade, sendo que tratamento é de suporte e em casos selecionados com imunoglobulina. Salientamos a necessidade de pensar em infecções virais, no sentido de evitar terapêutica antibiótica inapropriada.

Palavras-chave: prematuridade, sépsis tardia, enterovírus

Endereço de e-mail do primeiro autor: margarida.roquette1@gmail.com

Poster nº 22

dia 6 - 14h Moderador Raquel Gouveia

Eventos isquémicos e hemorrágicos cerebrais: 3 casos com diferentes apresentações clínicas

Rita Gomes - Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Joana Machado - Interna de Formação Específica de Pediatria, Hospital Pedro Hispano - Unidade de Saúde Local Matosinhos
Sara Peixoto - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade de Saúde Local Matosinhos
Ana Cristina Barros - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade de Saúde Local Matosinhos
Teresa Martins - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade de Saúde Local Matosinhos
Alexandrina Portela - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade de Saúde Local Matosinhos

Introdução: A incidência de eventos isquémicos e hemorrágicos cerebrais neonatais é subestimada, visto que a clínica inicial é frequentemente subtil e a investigação imagiológica precoce pode ser normal, tornando-se um desafio diagnóstico. Apresentamos 3 casos clínicos, com diferentes etiologias e formas de apresentação.

Caso 1: Recém-nascido (RN) de termo, sexo feminino, parto por cesariana, Índice de Apgar (IA) 7/9/9, reanimação com ventilação com pressão positiva. Às 40h iniciou movimentos clónicos do hemicorpo esquerdo e movimentos de pestanejo, que cessaram com fenobarbital e fenitoína. Analiticamente sem evidência de infeção, alterações metabólicas ou hidroeletrolíticas. A Ressonância Magnética (RM) cerebral revelou lesões isquémicas na coroa radiada direita e região cortico-subcortical occipital esquerda. Diagnosticada comunicação interventricular e foramen oval patente com shunt esquerdo-direito.

Caso 2: RN de termo, sexo feminino, parto eutócico, IA 8/9/10. Internamento em D1 por suspeita de sépsis (risco infecioso, irritabilidade, hipoglicemia e elevação da PCR), iniciando antibioterapia. Às 72h apresentou movimentos clónicos do hemicorpo esquerdo, que cederam com fenobarbital. O estudo imagiológico revelou trombose do seio sagital, veias internas bilateralmente e veia de galeno, hematoma intraparenquimatoso subagudo talâmico direito e hemorragia intraventricular. Em D7 avaliada por neurocirurgia, iniciando enoxaparina.

Caso 3: RN de termo, sexo masculino, parto por ventosa, IA 9/10/10. Às 10h iniciou dificuldade respiratória moderada, estridor e hipotonia, seguido de movimentos tónicos dos membros superiores. Iniciou fenobarbital e foi ventilado invasivamente por bradipneia persistente. Analiticamente apresentava anemia, sem evidência de infeção ou outras alterações e estudo da coagulação normal. A RM cerebral revelou hematoma subdural na fossa posterior e supratentorial, temporal bilateral e na cisterna supra-selar com alargamento ventricular.

Discussão: Deve manter-se um elevado índice de suspeição para o diagnóstico destes eventos, mesmo na ausência de fatores de risco. A mortalidade é baixa, mas a morbilidade pode ser substancial, sendo a

Palavras-chave: AVC Neonatal, Hemorragia Neonatal ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: anagomes_02@hotmail.com

Poster nº 23

dia 5 - 13h Moderador Paulo Soares

ALBINISMO OCULOCUTÂNEO: UM CASO CLÍNICO

Joana Pires Borges, Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Reis, Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Lira, Serviço de Pediatria e Neonatologia- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Joana Grenha, Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Rui Pinto, Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
Manuela Mateus, Serviço de Pediatria e Neonatologia - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Albinismo oculocutâneo (AOC) define-se como um grupo de patologias herdadas da biossíntese da melanina, caracterizado pela redução generalizada na pigmentação do cabelo, pele e olhos.
Conhecem-se sete tipos de AOC causados por mutações em diferentes genes, havendo uma grande variabilidade de fenótipos clínicos. A prevalência global do AOC estima-se que seja de 1/ 17.000 até 1/20.000 mas com um ampla variação dentro de alguns grupos étnicos e regiões geográficas. No continente africano estima-se uma prevalência que, em alguns grupos, vai até 1/1.000, sendo neste continente, o AOC tipo 2, o subtipo mais comum.
Socialmente, especialmente em certas regiões do continente Africano, existem preconceitos sociais relacionados com crenças religiosas que levam que estas crianças sejam estigmatizadas, abandonadas ou mesmo maltratadas. Torna-se assim essencial o seu acompanhamento para uma integração positiva na sociedade.
Relata-se o caso clínico de um recém-nascido do sexo feminino, filho de pais de nacionalidade angolana, fruto de gravidez vigiada de 41 semanas sem intercorrências. Parto por ventosa/fórceps com somatometria adequada à idade gestacional e Indicie de Apgar de 9, 10, 10. Apresentava despigmentação da pele, cabelo e pelos e ao exame ocular observou-se redução da pigmentação da iris, fazendo o diagnóstico clínico de AOC.
Foi fornecida informação sobre os cuidados básicos nomeadamente fotoproteção e, à data de alta, orientada para consultas de dermatologia, oftalmologia e neonatologia.
Os autores pretendem alertar para uma patologia rara em Portugal e que exige um estreito acompanhamento por múltiplas especialidades para deteção precoce de complicações próprias.
Salientam igualmente como de muito importante o acompanhamento social e familiar das crianças com AOC a fim de evitar situações de marginalização e maus tratos.

Palavras-chave: Albinismo, Marginalização, Maus tratos

Endereço de e-mail do primeiro autor: joana.pires.borges@gmail.com

Poster nº 24

dia 5 - 13h Moderador Paulo Soares

INCONTINÊNCIA PIGMENTAR: UM CASO RARO

Ana Luisa Correia - Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – ULSM
Catarina Freitas - Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – ULSM
Joana Rocha - Serviço de Dermatologia do Hospital Hispano - ULSM
Maria José Costa - Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano – ULSM

INTRODUÇÃO: A Incontinência pigmentar (IP) é uma doença rara de transmissão dominante ligada ao cromossoma X, causada por um defeito no gene IKBKG. Na maioria das vezes é letal in-utero no sexo masculino. Caracteriza-se essencialmente por lesões cutâneas, mas é uma doença multissistémica que afeta tecidos e órgãos com origem na ecto e mesoderme.

CASO CLÍNICO: Primeira filha de mãe de 33 anos, saudável, com antecedentes de dois abortamentos espontâneos no primeiro trimestre. Gestação vigiada, sem intercorrências, com serologias negativas e ecografias normais. Parto por cesariana, I. Apgar 9, 10 e somatometria adequada. Exame objetivo ao nascimento sem alterações.
No segundo dia de vida foram observadas de novo várias lesões cutâneas vesiculares, com base eritematosa, na região posterior do membro inferior direito, com distribuição linear segundo as linhas de Blaschko. Estas distribuíam-se entre a região do calcâneo e o grande lábio vaginal direito. Restante exame objetivo sem alterações. Sem outra sintomatologia associada.
Realizou estudo analítico sumário que foi normal e dadas as características clínicas das lesões apresentadas efetuou biópsia cutânea. No exame histológico foram observadas vesículas intraepidérmicas contendo eosinófilos e ligeira espongiose – compatível com IP. Foi orientada para consulta de Neonatologia, Dermatologia, Oftalmologia e Neuropediatria.
Atualmente com 7 meses verificou-se resolução completa das lesões cutâneas, sem novos achados a nível oftalmológico ou neurológico.

CONCLUSÃO: Este caso documenta a forma mais comum de apresentação da IP, nomeadamente as lesões cutâneas típicas que constituem a primeira fase da doença (vesicular).
A monitorização a longo prazo das manifestações extra-cutâneas é fundamental, pois apesar de ocorrerem numa minoria de doentes vão ditar a sua qualidade de vida, podendo incluir desde anomalias dentárias e das faneras até alterações neurológicas e oculares, variando na sua gravidade.
Os autores pretendem reforçar a importância da identificação precoce desta doença e do seguimento multidisciplinar adequado, para prevenir eventuais complicações.

Palavras-chave: Recém nascido, Incontinência Pigmentar, Lesões vesiculares

Endereço de e-mail do primeiro autor: ana_cat_f@hotmail.com

Poster nº 25

dia 5 - 14h Moderador Ricardo Costa

AMAMENTAÇÃO: BENEFÍCIOS RECONHECIDOS E FORMAÇÃO MATERNA

Ana Raquel Henriques - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Marina Mota - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Catarina Marques Duarte - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Raquel Gouveia - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Mariana Ferreira - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Fátima Horta - Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Graça Oliveira - Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro

O aleitamento materno (AM) é uma importante estratégia de saúde pública, diminuindo a morbimortalidade infantil, morbilidade materna e custos em saúde. O nível de conhecimento sobre o AM pode influenciar a decisão de amamentar e a sua duração.

Identificar principais benefícios do AM para o bebé, mãe e comunidade reconhecidos pelas mães; conhecer a prevalência de mães que frequentaram cursos de aconselhamento pré-natal.

Estudo retrospetivo descritivo através de questionário telefónico (12 questões, 6 demográficas, 6 exploratórias) a mães cujos filhos nasceram num hospital terciário, Amigo dos Bebés, no último trimestre de 2018. Realizada análise estatística (IBM SPSS, Vs 20.0).

Dos 138 questionários: 30,4% (42) idade >35 anos; 49,3% (68) com formação superior, 29% (40) ensino secundário e 21,7% (30) ensino básico; 43,5% (60) multíparas, destas 95% (57) com experiência prévia de amamentação. Relativamente ao parto: 93,5% (129) partos de termo; 49,3% (68) eutócico, 26,1% (36) distócico por ventosa/fórceps e 24,6% (34) cesariana. Mantido AM exclusivo (AME) até aos seis meses de idade em 20,9% (28). 37% (51) frequentaram cursos de aconselhamento pré-natal, 47,1% (24) em Centros de Preparação Pré-parto, 31,4% (16) em Centro de Saúde; sem relação estatisticamente significativa ($p>0,05$) com AME aos seis meses. Principais vantagens reconhecidas para o bebé: imunitárias (53,9%; 69) e nutricionais (34,4%; 44); para a mãe o vínculo mãe-filho (52,9%; 73) e involução uterina mais precoce (21,0%; 29); para a comunidade o impacto económico (60,5%; 75) e ambiental (18,5%; 23). Não foram reconhecidas vantagens do AM para a mãe em 8,7% (12).

A maioria das mães conhece os principais benefícios do AM, contudo a prevalência do AME mantém-se abaixo das recomendações internacionais. As estratégias de intervenção devem incrementar o acesso à formação pré-natal, contribuindo para o aumento do AME durante os primeiros seis meses de vida. Deverá ser garantido igualmente o acompanhamento no período pós-natal.

Palavras-chave: aleitamento materno, benefícios, formação materna

Endereço de e-mail do primeiro autor: anaraqueelhenriques@gmail.com

Poster nº 26

dia 5 - 14h Moderador Vitor Hugo Neves

Osteodistrofia Hereditária de Albright: um caso clínico

Sara Fonseca1, Sara Monteiro Cunha2, Ana Grangeia3, Gustavo Rocha1, Hercília Guimarães1,4
1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto
2 Serviço de Pediatria do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
3 Serviço de Genética, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto
4 Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

O Pseudohipoparatiroidismo (PHP) é um grupo heterogéneo de patologias endócrinas raras, caracterizado por função renal normal e resistência à ação da hormona paratiroideia. A Osteodistrofia Hereditária de Albright consiste numa entidade clínica com PHP e caracteriza-se por um fenótipo típico, com braquidactilia, ossificações subcutâneas, face redonda, baixa estatura, obesidade e comprometimento cognitivo. Apresentamos um caso de um recém-nascido com Osteodistrofia Hereditária de Albright.
Recém-nascido do sexo masculino admitido na Unidade de Neonatologia no primeiro dia de vida devido a síndrome de dificuldade respiratória e hipoxémia. Fruto de gestação vigiada e sem intercorrências com duração de 37 semanas e 3 dias; parto distócico (ventosa). Apgar 1º/5º min: 9/10. Peso ao nascimento: 2360 g (leve para a idade gestacional). Apresentava sindactilia dos 2º e 3º dedos dos pés bilateralmente e mancha pigmentada na íris. História familiar de Osteodistrofia de Albright no avô materno, mãe e irmã com confirmação molecular. A investigação adicional mostrou elevação de PTH (226,3 pg/ml, N:10-65 pg/ml) e hipotiroidismo (TSH 13.02 UI/ml (N:0.50-10); T4 livre 0.67 ng/dl (N:1.50-2.51)). Não se documentou hipocalcémia ou hiperfosfatémia. Iniciou levotiroxina. Após a alta mantem seguimento multidisciplinar. O estudo genético confirmou o diagnóstico de Osteodistrofia Hereditária de Albright pela identificação da variante patogénica familiar c.1174G>A [p.(E392K)] no exão 13 do gene GNAS. Atualmente, com nove meses de idade, apresenta obesidade (IMC > P99, WHO Child Growth Standards), estatura inferior ao P3 (WHO Child Growth Standards), pescoço curto, ausência de dentes, calcificações subcutâneas (figura 1) e sindactilia dos dedos dos pés. Do ponto de vista psicomotor salienta-se o facto de não se sentar.
Os autores realçam a importância do reconhecimento desta patologia rara. As características fenotípicas podem não estar presentes ao nascimento, o que pode tornar o diagnóstico desafiante. É fundamental investigar e monitorizar as alterações endócrinas e metabólicas que podem ser graves.

Palavras-chave: Osteodistrofia Hereditária de Albright, Pseudohipoparatiroidismo ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: sara_fonseca7@hotmail.com

Poster nº 27

dia 5 - 14h Moderador Vitor Hugo Neves

MENINGITE NEONATAL A CANDIDA ALBICANS COM MICROABCESSOS CEREBRAIS: A PROPÓSITO DE UM CASO

António Bento Guerra - Unidade de Neonatologia, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
M. Inês Nunes Marques - Unidade de Neonatologia, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
Sónia Antunes - Unidade de Neonatologia, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
Ana Serrano - Unidade de Neonatologia, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Introdução:
Candida spp. é um importante agente de infeção no período neonatal particularmente nos recém-nascidos (RN) de muito baixo peso ao nascer (MBPN) com significativa morbimortalidade associada. As infeções do SNC resultam da disseminação hematogénica, geralmente sob a forma de meningite. Abcessos cerebrais são complicações menos comuns.

Descrição do caso:
RN género masculino, 27 semanas e 5 dias, transferido para a nossa unidade após o nascimento. Gestação não vigiada, mãe VIH 1 positivo não tendo realizado terapêutica antirretroviral. Cesariana urgente por dilatação completa, rotura bolsa intra-operatória, Apgar 7/8/8 com necessidade de intubação endotraqueal. Peso ao nascer 1195g. Ao décimo primeiro dia, sépsis a St. Epidermidis medicado com cefotaxime e vancomicina. Em dia 26, ainda sob antibioterapia, agravamento clínico com necessidade de ventilação invasiva. Hemocultura (HC) e exame cultural do líquido cefalorraquidiano (LCR) positivo para Candida albicans. Iniciou anfotericina B que cumpriu durante 6 semanas. Ecografia transfontanelar (TF) com imagens ecogénicas arredondadas sugestivas de microabcessos, caracterizados posteriormente por RM-CE e que evoluíram para calcificações. HC e exame de LCR de controlo negativos. Realizou EEG, ecocardiograma, ecografia renal e abdominal sem alterações. Cumpriu profilaxia do VIH. PCR para DNA proviral primeira e segunda colheitas negativas. Verificou-se melhoria clínica e imagiológica progressiva após início de terapêutica antifúngica. Mantém internamento por motivos sociais e seguimento em equipa multidisciplinar.

Comentários/ Conclusões:
No contexto de sépsis neonatal tardia a hipótese de infeção fúngica invasiva deve ser colocada sobretudo em prematuros de MBPN pelos fatores de risco associados com o objetivo de iniciar precocemente terapêutica dirigida. Este RN tinha o risco acrescido da transmissão vertical por VIH, que não se veio a confirmar. Reforça-se a importância de realização de ecografias TF seriadas e a necessidade, aquando de complicações, da realização de RM-CE.

Palavras-chave: Meningite neonatal , Candida albicans, Candidíase invasiva , microabcessos cerebrais,

Endereço de e-mail do primeiro autor: a.bentoguerra@gmail.com

Poster nº 28

dia 5 - 14h Moderador Alberto Berenguer

Tamponamento Cardíaco – como causa de morte súbita

Inês Marques - Unidade de Neonatologia, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Espirito Santo Évora

Ana Catarina Araújo - Setor Fetopatologia, Serviço Anatomia Patológica, Hospital Egas Moniz Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

António Bento Guerra - Unidade de Neonatologia, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Espirito Santo Évora

Sonia Antunes - Unidade de Neonatologia, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Espirito Santo Évora

Laura Martins - Unidade de Neonatologia, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Espirito Santo Évora

Lucilia Carvalho - Setor Fetopatologia, Serviço Anatomia Patológica, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar

Caso Clinico

Neonato do sexo masculino, nascido de 30 semanas, com muito baixo peso ao nascer (MBPN), IA: 5/8/9, com necessidade de reanimação com recuperação após entubação endotraqueal, extubação aos 3 minutos de vida. Internado ao nascimento na unidade de neonatologia, sob CPAPn e cateterização venosa central através da veia umbilical (CVU). A posição correcta do CVU foi confirmada por radiografia toraco-abdominal.

Em D3 de vida, paragem cardio-respiratória súbita, tendo realizado manobras de reanimação com entubação endotraqueal, massagem cardíaca e administração de adrenalina, sem resposta, culminando na morte do prematuro.

A autópsia revelou volumoso derrame pericárdico, de líquido leitoso com depósitos amarelados na parede da aurícula direita, em possível relação com nutrição parentérica. Microscopicamente revelou veia umbilical com lesão do revestimento endotelial e inflamação da parede. Coração com ligeiro edema do epicárdio, sem lesão ou alterações da parede da aurícula direita.

Discussão/conclusão

Tamponamento cardíaco é uma complicação rara, mas potencialmente fatal da CVU e pode ocorrer mesmo com posicionamento apropriado deste.

A nutrição parentérica total é necessária para fornecer nutrição adequada a recém-nascidos com MBPN. O conteúdo hiperosmóstico desta pode permear através da parede da aurícula direita sem lesões macro- ou microscópicas do miocárdio, causando efusão pericárdica e eventual tamponamento cardíaco. Em recém-nascidos com cateterização central perante uma paragem cardio-respiratória súbita é importante pensar em tamponamento cardíaco como causa desta.

Palavras-chave: caterer venoso umbilical, tamponamento cardiaco, prematuridade, nutrição parentética,

Endereço de e-mail do primeiro autor: inesnmarques@gmail.com

Poster nº 29

dia 6 - 14h Moderador Madalena Tuna

Twin Anemia Polycythemia Sequence – duplo desafio para o Neonatologista

Raquel Penteado; Serviço de Neonatologia A, Maternidade Dr. Daniel de Matos , CHUC
Jorge Rodrigues; Serviço de Neonatologia A, Maternidade Dr. Daniel de Matos , CHUC
Inês Melo; Serviço de Neonatologia A, Maternidade Dr. Daniel de Matos , CHUC
Lígia Basto; Serviço de Neonatologia A, Maternidade Dr. Daniel de Matos , CHUC
Rosa Ramalho; Serviço de Neonatologia A, Maternidade Dr. Daniel de Matos , CHUC

Introdução: A Twin Anemia Polycythemia Sequence (TAPS) é uma forma rara de transfusão feto-fetal crónica. Caracteriza-se por grande diferença entre os valores da hemoglobina de gémeos monocoriónicos, na ausência de oligoâmnios/polidrâmnios. A forma espontânea é rara, complicando 3-5% das gestações monocoriónicas.

Descrição de caso: Mãe saudável, gravidez gemelar espontânea monocoriónica/biamniótica, sem intercorrências até às 29s, quando é internada por ameaça de parto pré-termo e colestase. Ecografias normais e doseamentos de ácidos biliares com perfil descendente. Às 33s5d, ecografia: F1 com cardiomegalia, derrame pleural bilateral, lâmina ascítica; e F2 com alteração do doppler da artéria cerebral média (IP<P5), pelo que é decidida cesariana. Para 2, 1.ºG IA 6/7/7, palidez cutânea, intubação aos 5 minutos e peso de nascimento (PN) 1790g; 2.ªG IA 9/10/10 aspeto pletórico, PN 1995g. No hemograma D0, verificou-se hemoglobina 4 g/dL na 1.ªG, tendo realizado transfusão de glóbulos vermelhos, e 24 g/dL HTC 69% na 2.ªG (sem critério de permuta); ratio reticulocitose de 2,2.

A 1.ªG ficou sob ventilação invasiva até D3, a D0 foi drenado derrame pleural compatível com transudato. Necessidade de transfusão de plaquetas n.º 2 (mínimo 21000/uL).

A 2.ªG fez transfusão de plaquetas n.º 6 D4-D7 (mínimo 5000/uL); sob fototerapia até D7. A D5 sepsis a Klebsiella oxytoca, medicada com vancomicina, gentamicina e cefotaxime. Identificada colestase com citólise hepática melhorando após início de ácido ursodesoxicólico, n-acetilcisteína e suplementação vitamínica.

Ambas foram vigiadas por Cardiologia não tendo alterações; ecografias transfontanelar seriadas até D30 normais.

Alta para domicílio a D33. Atualmente com 3 meses, re-avaliadas em consulta com crescimento e desenvolvimento adequado.

Estudo anatomo-patologico placentar compatível com TAPS.

Discussão/Conclusão: Na ausência de diagnóstico pré-natal, a apresentação clinica foi essencial para a suspeita e vigilância de complicações/sequelas. A diferença de hemoglobinas permitiu estadiar o TAPS em estadio 4-5. Este caso raro representa um duplo desafio pela gravidade de apresentação de ambos os recém-nascidos.

Palavras-chave: Twin Anemia Polycythemia Sequence, gémeos monocoriónicos ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: rtcpenteado@gmail.com

Poster nº 30

dia 6 - 14h Moderador Madalena Tuna

BURNOUT EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: UM DIA NUM HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

Joana Fortuna, HDES
Eulália Viveiros, HDES
Catarina Dâmaso, HDES
Isabel Monteiro, HDES
Maria Fernanda Gomes, HDES

São indicadores de burnout a exaustão emocional, despersonalização dos doentes e diminuição da realização profissional. Médicos e enfermeiros que trabalham numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) lidam com crianças gravemente doentes, morte, luto, pais ansiosos e outros eventos emocionalmente difíceis pelo que a probabilidade desta condição é elevada. Cerca de 70% dos médicos e 25-33% dos enfermeiros de UCINs têm sintomas de burnout pelo que esta realidade torna-se uma preocupação crescente. Descrevemos o dia 18 de Julho de 2019 numa UCIN de apoio perinatal diferenciado que recebe doentes Intensivos Pediátricos. Neste dia o serviço encontrava-se com um médico, três enfermeiras e dois auxiliares.
Encontravam-se internados em cuidados intermédios: prematuro de 28 semanas(s) com idade corrigida de 36s com neutropénia e anemia; recém nascido de 16 dias(d) com isoimunização Rh; prematuro de 36s com idade corrigida (IC) de 27d com síndrome polimalformativo e episódios de paragem respiratória frequentes; prematuro de 36s e IC de 37s em processo de aquisição de autonomia alimentar; prematuro de 31s e 36s de IC sob ventilação não invasiva. Em cuidados intensivos pediátricos encontrava-se uma criança de três anos com paralisia cerebral discinética e status pós encefalopatia hipóxico esquémica grau III em estado de mal convulsivo em contexto de intercorrência infecciosa que faleceu no próprio dia por paragem cardiorrespiratória. Foram realizadas duas admissões para cuidados intensivos neonatais, provenientes de transferências interhospitalares in útero, de prematuro de 25s nascido por início de trabalho de parto espontâneo e prematuro de 27s nascido por pré-eclâmpsia grave.
Pretende-se alertar para a realidade das circunstâncias desafiantes que profissionais de saúde enfrentam numa UCIN com rácio médico-doente desfavorável à prestação de cuidados de excelência. Pelo dever médico de prevenir o dano e maximizar o benefício ao doente, torna-se urgente a implementação de medidas organizacionais tendo em vista a prevenção do burnout.

Palavras-chave: burnout, UCIN ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: fortuna_joana@hotmail.com

Poster nº 31

dia 5 - 14h Moderador Ricardo Costa

O RECÉM-NASCIDO COM MÚLTIPLAS MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS: RELATO DE CASO

Joana Fortuna, HDES
Eulália Viveiros (HDES)
Ana Lúcia Maia (HDES)
Isabel Monteiro (HDES)
Fernanda Gomes (HDES)

Em recém nascidos (RN) com múltiplas anomalias congénitas e comorbilidades associadas surgem conflitos e incertezas no processo de tomada de decisão. A origem deste dilema baseia-se na ausência de diagnóstico, no prognóstico mal definido e na imprevisibilidade do impacto da doença sobre o crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida.

Descrevemos o caso de um RN primeiro filho de pais saudáveis. Gravidez vigiada e serologias sem significado patológico. Ecografias nos três trimestres da gravidez sem alterações. Parto por cesariana eletiva às 36 semanas de gestação por polihidrâmnios desde as 32 semanas. Índice apgar 1/6/8/8, foi entubado, ventilado e transportado para a Unidade de Neonatologia. Foi realizada ecografia cardíaca que demonstrou canal arterial sem repercussão hemodinâmica e ecografia transfontanelar com hemorragia peri-intraventricular grau II bilateral. Apresentava assimetria facial, baixa implantação das orelhas, assimetria da fenda palpebral, clindactilia do 5º dedo bilateral, malformação dos pavilhões auriculares e micropénis. Associadamente com nistagmo espontâneo horizontal, hipotonia, hiporreflexia e queda frequente da língua. Desde o início do internamento apresentou episódios frequentes de apneia, cianose e dessaturação, por vezes com bradicárdia extrema com necessidade de reanimação. A fibrolaringoscopia demonstrou estase salivar, colapso de tecidos moles e artrésia da coana direita. Foi precocemente oferecido aos pais apoio psicológico e discutido com os mesmos a situação clínica da criança. A D63 de vida verificou-se agravamento clínico em contexto de infeção respiratória, sem melhoria após sete dias de antibioterapia. Optou-se por medidas de conforto acabando por falecer a D72 de vida. Foi sugerida realização de autopsia que os pais recusaram. Após o óbito foi obtido resultado do array com deleção no braço curto do cromossoma X (arr(hg19)Xp22.11(22944987_23070265)x0). Foi fornecido resultado genético aos pais e pedida consulta de aconselhamento genético.

A abordagem terapêutica em RN com malformações múltiplas depende de uma combinação vasta de fatores pelo que deverá ser individualizada.

Palavras-chave: síndrome polimalformativo, recém-nascido, UCIN

Endereço de e-mail do primeiro autor: fortuna_joana@hotmail.com

Poster nº 32

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

Tremores no recém-nascido: a importância da díade

Diana Silva - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
Denise Banganho - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
Inês Oliveira - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
Elsa Lima Teixeira - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
Susana Parente - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.

Introdução:
A presença de tremores das extremidades em recém-nascidos (RN) é um achado frequente e com múltiplas etiologias, sendo a hipocalcémia uma das causas metabólicas mais comuns. Maioritariamente assintomática, pode apresentar-se sob forma de apneias, tremores ou convulsões e manifestar-se precoce ou tardiamente.

Caso clínico:
RN de termo, AIG, género masculino, fruto de gestação vigiada. Mãe com antecedentes de coartação da aorta, hipertensão induzida pela gravidez e síndrome depressivo, tendo permanecido no leito e evitando a exposição solar até ao parto. Parto por cesariana, IA 10/10. O RN iniciou leite adaptado exclusivo desde o 1º dia de vida, com boa evolução ponderal.
Ao 16º dia de vida, recorreu ao Serviço de Urgência por episódios breves e recorrentes de tremores finos das extremidades, que cessavam após contenção, sem relação com o sono e sem outros sinais ou sintomas associados. O exame objectivo não apresentava outras alterações.
Analiticamente a destacar hipocalcémia, hiperfosfatémia e albuminemia normal. A investigação complementar revelou défice de vitamina D com doseamento de hormona paratiroideia (PTH) normal no RN e défice de vitamina D com PTH normal e normocalcémia na mãe.
Perante o diagnóstico de hipocalcémia neonatal tardia sintomática, por défice de Vitamina D, iniciou-se terapêutica com gluconato de cálcio a 10% per os e suplementação com vitamina D.
Durante internamento apresentou evolução favorável, com normalização da calcémia e resolução dos tremores.

Comentários:
A dieta materna pobre em vitamina D e a baixa exposição solar são factores de risco para o défice de vitamina D na díade mãe-RN, com consequente hipocalcémia no RN. Sendo uma causa tratável e reversível, a suspeita clínica e diagnóstico atempado são importantes para melhoria do prognóstico.

Palavras-chave: hipocalcémia, vitamina D, tremores

Endereço de e-mail do primeiro autor: dianahdasilva@gmail.com

Poster nº 33

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Hematoma escrotal neonatal – uma etiologia rara

Mariana Bastos Gomes, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Ana Isabel Sequeira, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Andreia Marinhas, Hospital Pediátrico de Coimbra
Beatriz Sousa, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Angélica Osório, Hospital de Braga
Licínia Lima, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O aumento de volume e coloração azulada do escroto em recém-nascidos podem dever-se a várias entidades, tais como torção testicular, orquite, hidrocelo, hérnia inguinal, peritonite meconial, hematocelo, tumor testicular e hematoma traumático.
Os autores descrevem um caso clínico com o objetivo de alertar para uma entidade rara.
Trata-se de uma gestação vigiada; o parto, na ULSAM, foi eutócico, não traumático, às 37 semanas e 1 dia e o RN, do sexo masculino, nasceu com índice de Apgar 7/7/10, respetivamente aos 1º,5º e 10º minutos, leve para a idade gestacional. No primeiro exame do RN foi observado aumento do volume escrotal e coloração azulada à esquerda. Foi realizada ecografia escrotal onde foi identificado hematoma intra-escrotal, não tendo sido possível excluir lesão ou torção do cordão espermático, pelo que foi transferido para o hospital de referência para observação e esclarecimento diagnóstico por Cirurgia Pediátrica. Foi excluída patologia testicular tendo-se confirmado hematoma intra-escrotal à esquerda pelo que efetuou ecografia abdominal e das suprarrenais que demonstrou hematoma da suprarrenal direita. Regressou à ULSAM para vigilância e continuação de cuidados, onde se manteve hemodinamicamente estável. Realizou estudo da coagulação que não mostrou alterações, e vigilância ecográfica que constatou resolução do hematoma da glândula suprarrenal. Teve alta da maternidade em D6 de vida, orientado para consulta externa de Pediatria.
A hemorragia da glândula suprarrenal neonatal é uma situação pouco frequente (0.2-0.55%) e são reconhecidos vários fatores de risco, nomeadamente, asfixia peri/intraparto, sépsis, alterações da coagulação, parto traumático e lesões perinatais. A hemorragia da suprarrenal afeta mais frequentemente a glândula direita, mas pode também ser bilateral em 10% dos casos. Na maioria dos casos é assintomática e resolve espontaneamente, no entanto, pode determinar a morte por choque hipovolémico ou insuficiência suprarrenal, pelo que os autores pretendem com este caso sensibilizar para a necessidade de suspeição diagnóstica.

Palavras-chave: Hematoma escrotal neonatal, Hematoma da suprarrenal, Escroto

Endereço de e-mail do primeiro autor: m.b.gomes510@gmail.com

Poster nº 34

dia 5 - 14h Moderador Vitor Hugo Neves

Luxação congénita do joelho: a propósito de um caso clínico

Ana Luísa Santos, Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos
Catarina Viveiros, Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos
Sara Leite, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Sara Soares, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
Sandra Pereira, Unidade de Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Miguel Fonte, Unidade de Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Ângelo Encarnação, Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Luísa Neiva Araújo, Unidade de Neonatologia, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A luxação congénita do joelho (LCJ) é uma anomalia rara que se integra no grupo das deformidades de hiperextensão do joelho, com uma incidência de 1:100000 nados-vivos. Um terço dos casos é bilateral, com os restantes casos com igual atingimento à esquerda e direita. Associa-se com frequência a outras anomalias esqueléticas (60%), sendo as mais comuns a displasia do desenvolvimento da anca e o pé equino-varo. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, de acordo com a gravidade, idade e presença de outras anomalias associadas.

Descrição do caso: Recém-nascida do sexo feminino, com antecedentes obstétricos e pré-natais irrelevantes à exceção de ecografias pré-natais com suspeita de LCJ bilateral. Gestação de 33 semanas e 5 dias. Parto hospitalar, eutócico. Índice de Apgar 9/10/10 com somatometria adequada à idade gestacional. Ao exame objetivo ao nascimento apresentava LCJ bilateral grau II segundo a classificação de Leveuf, sem outras deformidades. Observada por Ortopedia no segundo dia de vida, com colocação de tala gessada em flexão. Durante o internamento sucessivamente reavaliada por Ortopedia e sob tratamento fisiátrico diário. À data da alta (36 dias de vida), removida tala gessada com joelho reduzido, estável. Aos três meses de vida, reavaliada em consulta de Ortopedia, com evolução favorável.

Discussão/Conclusão: A LCJ é uma patologia rara, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a outras malformações congénitas. Em geral o diagnóstico é estabelecido através do exame objetivo detalhado, com observação do deslocamento anterior da extremidade proximal da tíbia em relação aos côndilos femorais. A sua etiologia é desconhecida, sugerindo-se possíveis causas intrínsecas (genéticas ou displásicas) e extrínsecas (mecânicas). O tratamento permanece um desafio, devendo ser iniciado o mais precocemente possível de forma a melhorar o prognóstico. Com este caso os autores pretendem alertar para o reconhecimento e referenciação atempada, fundamentais para o sucesso do tratamento conservador precoce.

Palavras-chave: luxação congénita, joelho ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: analuisa_127@hotmail.com

Poster nº 35

dia 6 - 14h Moderador Raquel Gouveia

Hipertireoidismo Neonatal - A Chave Oculta nos Ancestrais Maternos

Inês Rosinha - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Laura Correia - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Sónia Regina Silva - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Daniela Pio - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Luís Damas - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Adelaide Bicho - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução:
O hipertireoidismo neonatal ocorre em 5 a 12,5% dos filhos de mães com hipertireoidismo, resultando, habitualmente, da passagem transplacentar de anticorpos estimulantes anti-recetor da tireotropina (TRAbs). A monitorização da função tiroideia e o doseamento dos TRAbs na gravidez permitem identificar os RN com maior risco de hipertireoidismo neonatal, permitindo um diagnóstico e terapêutica atempadas.

Descrição de Caso:
Grávida admitida no hospital em período expulsivo. Gesta I, parto eutócico às 33 semanas e 6 dias, com rotura de membranas 1 hora antes. RN nasceu impregnada de mecónio, em apneia, hipotónica, com necessidade de reanimação. Índice de Apgar: 4/8/9. Iniciou sinais de dificuldade respiratória precoce e taquicardia mantida.
Antecedentes conhecidos após o parto: mãe com Síndrome de DiGeorge, défice intelectual, obesidade e hipotireoidismo pós-tireoidectomia por bócio, medicada com levotiroxina. Gravidez vigiada tardiamente, serologias e ecografia obstétrica do terceiro trimestre sem alterações, infeção urinária medicada no dia anterior.
Internada na UCIN com antibioterapia endovenosa e iniciou ventilação assistida-controlada pelas 5 horas de vida. Transferida para o hospital de referência.
Em D1 de vida, por conhecimento de antecedentes de Doença de Graves materna, realizou doseamento de TSH <0,004 mUI/mL (1,9 - 11,5); T3 livre: 5,3 pmol/L (1,7- 2,3), T4 livre: 3,5 ng/mL (1,0 - 1,8) e TRAbs> 40U/L (<1,6). Tiróide com dimensões aumentadas ecograficamente, globosa, textura hipoecogénica, 2 imagens nodulares hiperrefletivas milimétricas no lobo direito. Iniciada terapêutica com tiamazol. Estudo genético para síndrome DiGeorge: negativo.
Evolução clínica favorável. Em D12 de vida, retorna ao hospital de origem para continuação de cuidados.

Conclusão:
O hipertireoidismo neonatal constitui um desafio diagnóstico, pela sua raridade e pela possibilidade de sobreposição com outros diagnósticos. Este caso clínico ilustra a importância de uma anamnese rigorosa por

Palavras-chave: Hipertireoidismo Neonatal, Anticorpos estimulantes anti-recetor da tireotropina (TRAbs),

Endereço de e-mail do primeiro autor: inesmendrosinha@gmail.com

Poster nº 36

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Um caso de necrose dos dedos em RN prematuro

Sarah Stokreef, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER
Beatriz Fraga, Serviço de Pediatria do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Catarina Dâmaso, Serviço de Pediatria do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER
Paula Moniz, Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER Fernanda Gomes, Serviço de Pediatria do Hospital Divino Espirito Santo, de Ponta Delgada EPER

Introdução: A necrose de dedos em RN prematuros trata-se de um sinal clinico raramente observado na UCIN. O conhecimento das possíveis causas subjacentes torna-se um desafio.
Caso Clinico: Prematuro de 27 semanas, gravidez vigiada complicada por HTA. Fez maturação pulmonar completa. Cesariana urgente por pré-eclâmpsia materna. RN sexo feminino, sem malformações. IA 6/8/9. PN: 755g. Necessidade de ventilação invasiva e administração de surfactante na primeira hora de vida. Colocado cateter venoso umbilical sem intercorrências que ficou em posição baixa. Com 5 horas de vida aparecimento de sinais inflamatórios nos 3 primeiros dedos do pé esquerdo, cianose fixa e flictena na face plantar, coincidente com local de colocação do oxímetro de pulso. Mobilidade e sensibilidade do membro mantidas. Pulsos femorais palpáveis. Iniciou antibioterapia endovenosa. Avaliação analítica sem parâmetros de infeção e hemocultura negativa. Doppler impossibilitado pela dimensão do pé. Realizados pensos diários com Ulcerase® e aplicação de cloranfenicol tópico (orientado por cirurgia plástica). Em D10 com necrose completa do 1º dedo e das porções proximais do 2º e 3º dedos. Cicatrização posterior progressiva com perda de substância. Alta com 91 dias de vida, clinicamente bem.
Discussão: Diversas hipóteses foram colocadas como causa da necrose: embolização distal dos dedos após cateterização umbilical, sépsis com coagulopatia, complicação após picada de glicémia capilar ou complicação da oximetria de pulso. Admitiu-se como hipótese mais provável a compressão pela célula de oximetria de pulso. Apesar de raras, complicações associadas ao seu uso, como incompatibilidades dos componentes, pressão prolongada num local único ou sobreaquecimento da célula podem ocorrer. Com o presente caso pretendemos alertar para a necessidade de uma vigilância apertada das possíveis complicações inerentes à utilização deste método de monitorização.

Palavras-chave: Necrose, Prematuro, Oximetria de pulso

Endereço de e-mail do primeiro autor: sarahccs@hotmail.com

Poster nº 37

dia 6 - 13h Moderador Sandra Valente

Reflexo Pupilar Vermelho e Catarata Congénita Bilateral: da execução emerge a suspeita

Inês Rosinha - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Laura Correia - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Lea Santos - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Sofia Figueiredo - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Luís Damas - Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Adelaide Bicho - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução:
A catarata congénita (CC) constitui uma importante causa de amaurose prevenível e défice visual, principalmente por ambliopia. A prevalência de CC é maior em crianças com síndrome de Down (13%), comparativamente à população Europeia (2,2-4/10000). O rastreio neonatal precoce é crucial, sendo o reflexo pupilar vermelho (RPV) um teste acessível, de fácil execução, sem contraindicações e útil na deteção de anomalias do segmento posterior do olho e opacidades no eixo visual.

Descrição de Caso:
Recém-nascido fruto de VI Gestação, vigiada, complicada por idade materna avançada (45 anos) e hipertensão arterial crónica. Serologias maternas negativas; amniocentese: cariótipo 47, XY (+21); ecografia cardíaca pré-natal (25 + 4 Semanas Gestação (SG)) com suspeita de comunicação interventricular. V Parto, eutócico, apresentação pélvica, às 37 + 6 SG. Índice de Apgar: 5/8/9, com necessidade de ventilação com pressão positiva nos 3 primeiros minutos de vida, seguida de oxigenoterapia suplementar. Decidido internamento na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.
Ao exame objetivo: hipotonia axial, baixa implantação dos pavilhões auriculares, fendas palpebrais oblíquas, petéquias na face, cefalohematoma direito e equimose na bolsa escrotal. RPV ausente bilateralmente. Auscultação cardiopulmonar: sopro sistólico grau I-II/VI, sem irradiações; crepitações bilateralmente. Reflexo de Moro assimétrico e hemiparesia do membro superior esquerdo.
Radiografia de tórax sem imagens de fratura ou condensação pulmonar; índice cardio-torácico: 0,58. Ecocardiograma sem alterações.
Foi observado por Oftalmologia, tendo sido feito o diagnóstico de CC bilateral, com encaminhamento para cirurgia muito urgente.

Conclusão:
Sendo a amaurose um importante problema de Saúde Pública, este caso clínico ilustra não apenas a associação entre CC e síndrome de Down, como reflete a importância do RPV no diagnóstico precoce da CC, cuja abordagem terapêutica atempada, durante o período de plasticidade neuronal, é essencial para a

Palavras-chave: Amaurose, Catarata Congénita, Reflexo Pupilar Vermelho, Rastreio, Síndrome de Down

Endereço de e-mail do primeiro autor: inesmendrosinha@gmail.com

Poster nº 38

dia 6 - 14h Moderador Monica Batista

Sépsis com focalização cutânea por K. oxytoca em prematura

Jorge Rodrigues (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC
Raquel Penteado (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC; Hospital Pediátrico, CHUC)
Lígia Basto (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC)
Raquel Henriques (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC)
Patrícia Lapa (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC)
Rosa Crespo Ramalho (Serviço de Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, CHUC)

Introdução: As infeções cutâneas são raras no período neonatal, predominando no grande prematuro de extremo baixo peso ao nascimento. São habitualmente descritas como focalização cutânea em contexto de bacteriémia ou sépsis. Apesar de normalmente associada à infeção por estreptococos do grupo B, outros patógenos menos frequentes podem surgir.
Relato de caso: Os autores descrevem o caso de uma recém-nascida prematura, sexo feminino, fruto de gestação gemelar monocoriónica biamniótica, vigiada, sem intercorrências até ao internamento às 29 semanas por ameaça de parto pré-termo e colestase gravídica. Evolução favorável sob tocolítico e ácido ursodesoxicólico. Cumpriu ciclo completo de maturação fetal com dexametasona. Serologias e ecografias pré-natais sem alterações. Às 33 semanas e 5 dias decidido parto por cesariana por cardiomegalia e derrame pleural bilateral significativo da gémea 1. Nasceu com boa adaptação extrauterina, pesando 1995g. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em respiração espontânea, sem sinais de dificuldade respiratória. Por sépsis em D4 vida, iniciou antibioterapia com vancomicina e gentamicina e, no dia seguinte, por choque séptico, adicionado cefotaxime. Hemocultura positiva a Klebsiella oxytoca sensível aos aminoglicosídeos e cefalosporinas. Em D14, surge eritema e edema localizados no 1/3 distal do membro superior direito com foco central necrótico e afundamento, sem adenopatia associada. Cultura de exsudado positiva para Klebsiella oxytoca. Evolução clínica favorável sob antibioterapia, desbridamento da lesão e cuidados de penso com Bactigras®.
Discussão / Conclusões: Embora muito excecional, o caso descrito mostra que K. oxytoca pode ser um agente causal de infeção cutânea neonatal, pelo que a antibioterapia instituída nestes casos deverá abranger cobertura para Gram positivos e negativos.

Palavras-chave: infeção cutânea sépsis prematuridade Klebsiella oxytoca

Endereço de e-mail do primeiro autor: jorgefcrodrigues@gmail.com

Poster nº 39

dia 6 - 13h Moderador Sandra Valente

Uma causa rara de taquipneia

André Almeida, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Susana Cláudia Teixeira, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Marisa Sousa, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Susana Sousa, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Juan Calviño, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Gustavo Rocha, Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de S. João
Paulo Eden Santos, Serviço de Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de S. João
Hercília Guimarães, Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de S. João
Eurico Gaspar, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Introdução: A dificuldade respiratória no recém-nascido (RN) é uma das principais causas de internamento no período neonatal. Etiologicamente predominam as causas pulmonares, no entanto deve-se ter sempre em consideração as causas extra-pulmonares.

Caso clínico: RN com 12 dias, sexo masculino, fruto de gestação de risco (5G1P4A). Parto distócico por cesariana às 37 semanas. Pesquisa de Streptococcus do grupo B positivo com profilaxia adequada. Sob aleitamento materno exclusivo, com boa evolução ponderal mas com cansaço nas mamadas nas últimas 48 horas. Referenciado ao serviço de urgência por dificuldade respiratória e icterícia. Ao exame apresentava-se taquipneico, com tiragem global, saturação periférica de O2 de 88%, sem sopro. Analiticamente com bilirrubina total de 21,4 mg/dL (Bilirrubina direta 0,9 mg/dL), gasometria venosa com pH 7.33, HCO3-27.9mmol/L e rastreio séptico negativo. Radiografia de tórax com infiltrado nodular bilateral. Iniciou oxigenoterapia, ampicilina e gentamicina, e fototerapia. Por agravamento da dificuldade respiratória, aparecimento de sopro e agravamento radiológico, com imagem sugestiva de edema pulmonar, foi transferido para hospital de nível III por suspeita de cardiopatia congénita. Realizou ecocardiograma que evidenciou provável estenose de veias pulmonares com hipertensão pulmonar (HTP), confirmado por Angio-TC, tendo iniciado terapêutica com furosemida. Alta aos 24 dias de vida, sob diurético. Mantem seguimento em consulta, tendo realizado ecocardiogramas seriados sobreponíveis. Aguarda cateterismo cardíaco. Atualmente, com 7 meses, mantém sinais de dificuldade respiratória e má progressão ponderal.

Discussão: Tal como neste caso, a estenose congénita das veias pulmonares pode apresentar-se nos primeiros meses de vida, ou mais tardiamente, com sintomas respiratórios significativos, dependendo a gravidade do número de vasos envolvidos e do grau de obstrução. Os autores apresentam este caso por se tratar de uma patologia rara com uma forma de apresentação comum.

Palavras-chave: Taquipneia , Estenose , Veias , Pulmonares , HTP

Endereço de e-mail do primeiro autor: andrec_almeida@hotmail.com

Poster nº 40

dia 5 - 14h Moderador Vitor Hugo Neves

Celulite e miosite a Estreptococo do grupo B

Susana Cláudia Teixeira, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro
Rita Russo Belo, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
António Pereira, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Marisa Carvalho, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Marisa Sousa, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO: As infeções focalizadas são formas de apresentação rara de infeção tardia por Streptococcus do grupo B (SGB). Surgem geralmente entre os 7 e 90 dias de vida, podendo corresponder a uma infeção por colonização intrapartum ou ser adquirida posteriormente.
DESCRIÇÃO DO CASO: Recém-nascido (RN) internado aos 17 dias de vida por irritabilidade, recusa alimentar e febre. Ao exame objetivo constatado edema e dor na região cervical esquerda, associado a limitação na mobilidade cervical. Gestação vigiada, sem fatores de risco. Pesquisa de SGB no exsudados vaginal e anal maternos negativa. Parto eutócico às 39 semanas com rotura de membranas inferior a 18 horas. Realizou avaliação analítica que revelou uma leucopenia (1800/uL) com neutropenia (670/uL), um esfregaço com neutrófilos em banda e elevação da procalcitonina (21,0 ng/ml). Todo o restante estudo foi negativo. Iniciou antibioterapia com cefotaxima, gentamicina e vancomicina, por sepsis neonatal tardia. A ecografia cervical revelou inflamação do tecido subcutâneo com atingimento muscular o que permitiu fazer o diagnóstico de celulite e miosite cervicais. No terceiro dia de internamento isolamento de SGB na hemocultura, bacteriológico de urina e de liquido cefalorraquidiano negativos, tendo sido ajustada antibioterapia de acordo com antibiograma. Manteve-se em apirexia desde o primeiro dia de internamento com melhoria progressiva do edema e da mobilidade cervical. Cumpriu um total de 10 dias de antibioterapia.
DISCUSSÃO: A sepsis neonatal tardia por SGB permanece uma doença grave com alta taxa de mortalidade e morbilidade. As infeções focais no RN, podem ser a primeira manifestação de uma bacteriemia por este agente. Este caso evidência uma forma rara de infeção por SGB, alertando que este agente deve ser tido em consideração, mesmo que a pesquisa na mãe seja negativa, uma vez que a sua eliminação pode ser intermitente.

Palavras-chave: Estreptococo do grupo B recém-nascido celulite miosite

Endereço de e-mail do primeiro autor: susctx@gmail.com

Poster nº 41

dia 5 - 14h Moderador Vitor Hugo Neves

Hematoma subgaleal e síndrome de Air leak em contexto de parto traumático

Susana Almeida, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Joana Antunes, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Vaz, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Tavares, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

INTRODUÇÃO

O número de traumatismos neonatais relacionados com o parto tem diminuído nas últimas décadas com o avanço nos cuidados e diagnóstico pré-natais. Contudo, continuam a representar uma importante causa de morbimortalidade neonatal. O recurso à ventosa tem vindo a ultrapassar a utilização dos fórceps, associando-se a uma maior incidência de traumatismos neonatais graves.

DESCRIÇÃO DE CASO

Recém-nascido de termo, primípara. Apresentação cefálica, peso ao nascer 3830g. Parto instrumentalizado com ventosa, complicado de distócia de ombros, com necessidade de manobras obstétricas de resolução. Índice de Apgar 5/8/8, necessidade de reanimação com máscara com Neopuff (pressão controlada), com resposta favorável. Detetada parésia braquial de Erb à direita, com início de gemido e sinais de dificuldade respiratória às 8 horas de vida. Notado enfisema subcutâneo cervical direito com extensão à calote e hematoma subgaleal (HSG) evolutivo, com aumento máximo de perímetro cefálico de 7cm no 4º dia de vida. Radiografias sem evidência de fratura de crânio e clavícula. Radiografia de tórax com pneumotórax esquerdo não hipertensivo drenado no 1º dia de vida, pneumomediastino e atelectasia direita. Internamento até D8 de vida, mantendo-se hemodinamicamente estável, com valor mínimo de hemoglobina 12,2g/dL. Apresentou progressiva melhoria clínica com diminuição do perímetro cefálico e resolução do ar ectópico.

DISCUSSÃO

O HSG é uma complicação neonatal rara (1,5/10.000 nados-vivos) potencialmente fatal. 49% dos casos ocorrem após um parto instrumentalizado com ventosa. Pode associar-se a complicações neurológicas, hemorragia maciça e choque hipovolémico, com mortalidade entre 20-25%.

O síndrome de air leak ocorre em 1-2% dos recém-nascidos, incluindo mais frequentemente o pneumotórax e pneumomediastino, associando-se a enfisema subcutâneo em 10% dos casos. O enfisema subgaleal é uma condição rara de air leak, associada habitualmente a extrações difíceis ou com ventosa.

Pela natureza insidiosa e potencial gravidade destas entidades clínicas, é importante o reconhecimento e intervenção precoces, para melhoria da sobrevivência e redução da morbilidade.

Palavras-chave: Síndrome de Air Leak, Hematoma Subgaleal, Enfisema Subgaleal, Enfisema Subcutâneo,

Endereço de e-mail do primeiro autor: susana.assuncao.almeida@gmail.com

Poster nº 42

dia 6 - 14h Moderador Raquel Gouveia

Infecção por Citomegalovírus num recém-nascido prematuro – desafios no diagnóstico.

Joana Machado Morais - Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano
Rita Gomes - Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte
Ana Luísa Correia - Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano
Cláudia Ferraz - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano
Alexandrina Portela - Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano

Introdução

A infeção por CMV (Citomegalovírus) é uma reconhecida causa de morbimortalidade perinatal. Pode ser congénita ou adquirida, nomeadamente através de secreções cervicais e leite de mães imunes. O recém-nascido (RN) prematuro está particularmente vulnerável à infeção e a sequelas neurológicas, tornando imperativo o desenvolvimento de estratégias para prevenção da transmissão e diagnóstico precoce.

Caso Clínico

RN fruto de gestação de 25 semanas + 4 dias, com ecografias normais. Mãe com 30 anos, IIIG0PIIA (tardios por corioamnionite a SGB). Incompetência cervico-ístmica tendo realizado 2 cerclages. A destacar das serologias imunidade para CMV (1º trimestre e peri-parto). Parto eutócico, RBA intra-parto, com febre materna periparto. Índice de Apgar 5/7/7, tendo necessitado de reanimação pelo que foi transferida para a UCIN. Pela presença de marcadores clínicos e analíticos de infeção foi iniciada antibioterapia e, em D2, efetuada pesquisa por biologia molecular/PCR de CMV na urina cujo resultado foi positivo. Ausência de alterações analíticas sugestivas de infeção por CMV. A ecografia transfontanelar revelou hemorragia na matriz germinativa esquerda. Em D5 foram realizadas serologias CMV cujo resultado foi IgM negativa/ IgG positiva. Perante o resultado da serologia materna periparto e RN e ausência de alterações compatíveis com infeção congénita foi adotada atitude expectante e iniciado congelamento do leite materno. Pesquisada PCR no sangue (D16) e repetida PCR na urina (D16 e 22), todas negativas. Após 6 semanas foi repetida serologia CMV cujo resultado foi negativo.

Discussão e Conclusão

O diagnóstico de infeção congénita por CMV permanece um desafio, mantendo-se a deteção do DNA viral por PCR um método de referência. Descrito caso de prematuridade extrema com PCR CMV positiva, prévia à introdução da alimentação entérica, associado a contexto favorecedor de reativação da infeção materna. A realização de estudos seriados que excluíram infeção congénita e pós-natal permitiram assumir positividade por transferência placentar.

Palavras-chave: Prematuridade, Citamegalovírus, Biologia molecular, Infeção congénita, Transferência

Endereço de e-mail do primeiro autor: machado_joanaf@hotmail.com

Poster nº 43

dia 6 - 13h Moderador Sandra Valente

Quando o ECMO salva o dia

Miguel Fogaça da Mata - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa
Mariana Lemos - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa
Rita Ataíde Silva - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa
Joana Borges - Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa
Francisco Abecasis - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa
José Pedro Neves - Serviço de Cirurgia Cardíaca, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa
Rui Anjos - Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental,

Introdução:
O retorno venoso pulmonar anómalo total (RVPAT) é uma cardiopatia cianótica que cursa com hipertensão pulmonar (HTP) refractária, requerendo correção cirúrgica urgente. A oxigenação por membrana extracorporal (ECMO) tem sido usada como ponte-para-cirurgia e suporte pós-operatório.
Apresentamos o caso de uma recém-nascida com RVPAT obstrutivo em que o ECMO foi utilizado com excelente resultado.
Caso clínico:
Recém-nascida de termo, filha de primigesta saudável. Gestação sem intercorrências, ecografias pré-natais sem alterações. Sem ecocardiograma fetal. Parto por cesariana eletiva, IA 10/10/10, peso ao nascer 3145g. Às 6h de vida apresentou cianose grave refratária à oxigenoterapia e dificuldade respiratória progressiva com necessidade de ventilação invasiva. O ecocardiograma revelou HTP grave. Às 24h iniciou suporte aminérgico, sem melhoria. Parâmetros de infecção e hemoculturas negativos.
Pela instabilidade hemodinâmica e hipoxemia grave às 36h colocou-se em ECMO veno-arterial, com estabilização hemodinâmica e gasimétrica.
Às 48h foi diagnosticado RVPAT infracardíaco obstrutivo, com veia coletora infracardíaca drenando na veia porta. Foi transferida para uma UCI cardíaca pediátrica e realizada correção cirúrgica no dia seguinte. O sistema de ECMO foi utilizado como parte do circuito de circulação-extracorporal e no final reverteu-se para ECMO. Em D5 de pós-operatório suspendeu-se ECMO sem hemorragia significativa ou outras intercorrências. Teve alta em D23 de vida.
Atualmente com 5 meses apresenta-se assintomática com desenvolvimento estaturo-ponderal e neurodesenvolvimento normais.
Discussão:
O RVPAT apresenta-se frequentemente no período neonatal. No RN gravemente doente com dificuldade respiratória refratária a oxigenoterapia, assim como com HTP refratária, o RVPAT deve ser excluído, ainda que o diagnóstico possa ser difícil sobretudo nas formas mais raras.
Apesar de concebido como suporte para insuficiência respiratória grave, o ECMO tem-se demonstrado como excelente técnica de suporte pré e pós-operatório em cardiopatias congénitas com HTP refratária. No presente caso ofereceu suporte life saving, ponte-para-cirurgia e suporte pós-operatório até resolução da HTP, com excelentes resultados

Palavras-chave: ECMO, Hipertensão pulmonar , Retorno venoso pulmonar anómalo total, Cirurgia cardíaca,

Endereço de e-mail do primeiro autor: mgmfdamata@gmail.com

Poster nº 44

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

Sequelas precoces e tardias de Infeção Congénita por Citomegalovírus (CMV)

Teresa Botelho, Serviço de Neonatologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Raquel Gonçalves, Serviço de Neonatologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Ana Rodrigues Silva, Serviço de Neonatologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Joaquim Tiago, Serviço de Neonatologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Eulália Afonso, Serviço de Neonatologia A – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A infeção congénita por CMV é a principal causa infeciosa de malformações congénitas, atraso psicomotor e surdez na criança. A apresentação é variável, desde assintomática até doença grave e disseminada. A pesquisa de infeção na grávida não está atualmente recomendada por rotina. Pretendemos avaliar o status CMV de filhos de mãe com seroconversão CMV na gestação, no que respeita à apresentação clínica e comorbilidades.

Métodos: Análise retrospetiva dos filhos de mãe com seroconversão CMV na gravidez, acompanhados em consulta de janeiro 2009 a outubro de 2019. Avaliaram-se variáveis demográficas, clínicas, dados laboratoriais e comorbilidades.
Infeção congénita por CMV - virúria positiva (cultura celular pelo método de shell vial), PCR positiva na urina/sangue ou serologia CMV compatível com infeção recente.
Avaliaram-se sequelas através de ecografia transfontanelar (eco-TF), avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e do neurodesenvolvimento (escala de Griffiths).

Resultados: Nos últimos 10 anos identificaram-se 27 casos de seroconversão CMV na gravidez: 37,5% (n=9) no 1º trimestre, 25% (n=6) no 2º trimestre e 37,5% (n=9) no 3º trimestre.
Em 11,1% (n=3) a investigação efetuou-se após alterações na ecografia pré-natal (restrição do crescimento fetal (n=1), calcificações hepáticas e intestinais (n=1) ou cerebrais (n=1)).
A idade gestacional mediana ao nascimento foi 39S (33-41), 54% género feminino, 100% dos casos apresentavam-se assintomáticos em D1.
Em 18,5% (n=5) foi confirmada a infeção congénita: 4/5 virúria positiva (máx 50921017 cópias) e 1/5 serologia.
No follow-up aos 12 meses não se verificaram alterações na Eco-TF, no neurodesenvolvimento, oftalmológicas ou otorrinolaringológicas.

Conclusão: A infeção congénita por CMV mantém-se como uma realidade perinatal, de frequência não desprezível. Não se verificaram comorbilidades no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: citomegalovírus, infeção congénita, seroconversão, comorbilidades, surdez

Endereço de e-mail do primeiro autor: teresaabotelho@gmail.com

Poster nº 45

dia 5 - 13h Moderador Edmundo Santos

Monitorização contínua da glicose em tempo real no prematuro – um desafio

Carla Fernandes, Serviço Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Ana Isabel Duarte, Serviço Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Muriel Ferreira, Serviço Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
Cristina Gomes, Serviço Endocrinologia, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Isabel Dinis, Serviço Endocrinologia, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Alice Mirante, Serviço Endocrinologia, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC
Adelaide Taborda, Serviço Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, CHUC

Introdução
A Diabetes neonatal é uma entidade rara que ocorre habitualmente nos primeiros 6 meses de vida e requer tratamento com insulina. A monitorização da glicémia é por vezes complexa como se verificou no caso descrito.

Descrição do Caso clínico:
Apresentamos o caso de um recém-nascido, resultado de gravidez gemelar, vigiada, com serologias e ecografias pré-natais normais, nascido por cesariana às 25semanas com 765gr, após ciclo completo de dexametasona. Foi entubado e ventilado ao nascimento, mantendo estabilidade cardiorrespiratória e metabólica nas primeiras horas de vida. Em D2, sob alimentação parentérica com aporte 3,1-5,9mg/kg/min de glicose, surgiu hiperglicemia persistente >300mg/dL, que não corrigiu após 5 bólus de insulina endovenosa (0,05U/kg/dose), pelo que iniciou perfusão (0,01U/kg/h) com ajuste da dose de acordo com glicemia capilar, com redução gradual até suspensão em D16. Em D4 realizou ecografia transfontanelar (EcoTF) que revelou hemorragia peri-intraventricular (HPIV) grau III e enfarte frontoparietal. Foi extubado em D7 e reintubado 48h após por sépsis. Foi extubado em D29, após corticoterapia, e surge de novo hiperglicemia >400mg/dL. Reiniciou perfusão endovenosa de insulina (0,009U/kg/h), com dificuldade no ajuste da dose, tendo iniciado monitorização contínua da glicose em tempo real (MCG-tr). A MCG-tr apresentou boa correlação com a glicemia capilar permitindo ajuste da perfusão de insulina. Em D95 suspendeu a insulina, mantendo-se desde então euglicémico. Foi diagnosticada ROP grau III bilateral que justificou fotocoagulação a laser. As ecoTFs seriadas mostraram reabsorção progressiva da HPIV, sem dilatação ventricular. Teve alta aos 117 dias de vida com somatometria no P10. Na Consulta de Endocrinologia, aos 2 meses de idade corrigida mantinha euglicémia sem terapêutica. Aguarda estudo genético.

Discussão/Conclusão
Este caso clínico demonstra a complexidade do tratamento da diabetes na extrema prematuridade com comorbilidades associadas. A MCG-tr foi crucial para obter a euglicémia, e permitiu reduzir procedimentos dolorosos.

Palavras-chave: Diabetes Neonatal, Monitorização contínua da glicose, Hiperglicémia, Prematuridade,

Endereço de e-mail do primeiro autor: carla.ae.fernandes@gmail.com

Poster nº 46

dia 6 - 13h Moderador Olga Voutsen

Hidrocefalia pós hemorragia peri-intraventricular

Fábia Mota - Serviço de Neonatologia B, Maternidade de Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Muriel Ferreira - Serviço de Neonatologia B, Maternidade de Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Margarida Fonseca - Serviço de Neonatologia B, Maternidade de Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
José Augusto Costa - Serviço de Neurocirurgia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Adelaide Taborda - Serviço de Neonatologia B, Maternidade de Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO
A hemorragia peri-intraventricular (HPIV) é mais frequente em recém-nascidos (RN) prematuros, podendo evoluir para hidrocefalia, o que agrava o prognóstico neurológico.
O objetivo deste trabalho foi caracterizar o tratamento e evolução neurológica dos RN com hidrocefalia pós-HPIV.

MÉTODOS
Estudo retrospetivo, descritivo realizado através da análise do processo clínico de RN admitidos numa unidade de cuidados intensivos neonatais de Janeiro/2006 a Dezembro/2017 com diagnóstico de hidrocefalia pós-HPIV. Considerou-se hidrocefalia quando o índice de Levene era superior ao p97+4mm. Avaliaram-se dados relativos ao período pré e perinatal e neurodesenvolvimento aos 24meses.

RESULTADOS
Foram registados 15 casos de hidrocefalia pós-HPIV, com idade gestacional mediana de 29 semanas (25-38) e mediana de peso ao nascimento de 1380g (800-2920g).
O diagnóstico de HPIV foi feito em mediana ao 3ºdia de vida e o de hidrocefalia ao 8ºdia. Em dois casos o diagnóstico foi pré-natal. Registaram-se 8 casos de HPIV grau III, 4 grau IV e 3 grau II.
Doze realizaram estudo complementar por imagem. Foi necessária intervenção neurocirúrgica em 13/15: 3 realizaram apenas punção ventricular; 9 colocaram reservatório subcutâneo (7 necessitaram de derivação ventrículo-peritoneal (DVP)) e 1 colocou DVP (RN termo).
Ocorreram complicações em 4/15: obstrução do reservatório (2), infeção (1), deiscência da sutura (1). Não se registaram óbitos.
Aos 24 meses, foram avaliados 13/15: 6 com desenvolvimento psicomotor (DPM) adequado, 4 com atraso DPM e 3 paralisias cerebrais (1 com epilepsia?).

DISCUSSÃO
O reservatório subcutâneo foi a intervenção mais utilizada, evitando nalguns casos a colocação de uma DVP,

Palavras-chave: Hidrocefalia, Hemorragia peri-intraventricular, Outcome

Endereço de e-mail do primeiro autor: fabia.pmota@gmail.com

Poster nº 47

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

Um Caso Raro de Trissomia 21

Sara Completo, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE
Benvinda Morais, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE
Rosalina Barroso, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução: Trissomia 21 (T21) é a cromossomopatia mais comum1; caracteriza-se por várias dismorfias, malformações congénitas, podendo associar-se a outras patologias2. Em 5% dos casos ocorrem malformações gastrointestinais, sendo a imperfuração anal das menos frequentes2,3,4. Podem existir alterações oftalmológicas, maioritariamente erros refrativos, estrabismo ou nistagmo. Apenas 1-2% tem catarata congénita2,5,6,7.

Descrição do caso: Criança do sexo masculino, gravidez vigiada, mãe 38 anos, sem consanguinidade, sem antecedentes familiares relevantes. Ecografia do 1º trimestre com úmero e fémur curtos, mão esquerda fechada, translucência da nuca normal; hidronefrose bilateral (9mm) na ecografia do 2º e 3º trimestres. Foi proposta amniocentese no início da gravidez pela idade materna, tendo optado apenas pela realização do rastreio bioquímico, que foi negativo (T21 1:17000).
Parto eutócico às 37 semanas e 5 dias. Somatometria (peso, comprimento e perímetro cefálico) no percentil 3.
Ao nascer fenótipo sugestivo de T21 e imperfuração anal.
Por ausência do reflexo do olho vermelho (ROV), solicitou-se avaliação oftalmológica, com evidência de catarata congénita bilateral.
No 2º dia de vida submetido a cirurgia intestinal tendo sido efetuada colostomia ascendente com restabelecimento do trânsito gastrointestinal. Foi ainda submetido a facoaspiração de catarata bilateral com 1 mês e meio.
O cariotipo confirmou o diagnóstico inicial de T21.
Para exclusão de outras malformações realizaram-se os seguintes exames: ecocardiograma (foramen oval patente e estenose fisiológica dos ramos da artéria pulmonar); ecografia renal (ureterohidronefrose bilateral), ecografia transfontanelar (vasculopatia tálamo-estriada bilateral discreta e aumento da ecogenicidade da substância branca).
Mantém acompanhamento multidisciplinar. Aos 3 meses apresenta discreto atraso do desenvolvimento psicomotor, mas fixa e segue objetos grandes, sem nistagmo.

Palavras-chave: Trissomia 21, Síndrome de Down, Imperfuração anal, Catarata congénita, Reflexo do olho

Endereço de e-mail do primeiro autor: completo.sara@gmail.com

Poster nº 48

dia 6 - 13h Moderador Sandra Valente

Experiência com enoxaparina no tratamento da trombose do recém-nascido

Sara Fonseca1, Mariana Ferreira2, Gustavo Rocha1, Hercília Guimarães1,3
1 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto
2 Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
3 Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

Introdução: O recém-nascido apresenta risco acrescido de desenvolvimento de trombose, a qual se associa a significativa morbilidade. A terapêutica antitrombótica é habitualmente continuada até se documentar resolução do trombo, sendo escassos os estudos em idade pediátrica que orientem a terapêutica antitrombótica. Os autores propuseram-se rever os casos de trombose neonatal com necessidade de tratamento prolongado com enoxaparina. Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo dos casos de trombose neonatal diagnosticados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais num hospital terciário português. Revistos os processos clínicos, com análise de variáveis demográficas, clínicas, imagiológicas e relacionadas com a terapêutica antitrombótica realizada. Resultados: Identificaram-se 7 crianças, 4 das quais do sexo masculino. Quatro (75%) eram prematuros. A trombose foi detetada na aurícula direita ou ventrículo direito em 2 casos, veia cava superior (1), veia cava inferior (1), veia femoral direita (1), ambas as aurículas (1) e artéria aorta (1). Sobre os fatores de risco presentes, salienta-se: doença cardíaca congénita em 5 casos, associação clara com catéter vascular num caso e doença materna autoimune (Lúpus) num caso. O diagnóstico de trombose foi confirmado por método de imagem em todos os casos. Em todos os casos foi realizada terapêutica antitrombótica endovenosa (heparina não fracionada) e posteriormente utilizada enoxaparina (heparina de baixo peso molecular), via subcutânea, continuada em ambulatório por período variável em 6 dos casos (85.7%). A duração da terapêutica enoxaparina foi mínimo: 23 dias e máximo: 12 meses. Duas crianças mantêm atualmente tratamento com enoxaparina. Como complicação ocorreram hematomas subdurais num caso. Nesta série verificou-se um óbito, não relacionado com trombose ou com complicação da terapêutica anticoagulante. Não se verificaram complicações associadas ao uso prolongado de enoxaparina. Conclusão: A trombose representa uma complicação relevante e são vários os fatores de risco associados a trombose, sobretudo no recém-nascido gravemente doente. A terapêutica antitrombótica tem como objetivo primário a prevenção da extensão do trombo e suas complicações; contudo, os seus potenciais efeitos adversos não são desprezíveis. A abordagem terapêutica e o seguimento nos casos de trombose neonatal não estão atualmente completamente definidos e são necessários mais estudos.

Palavras-chave: Trombose, Recém-nascido, Anticoagulação

Endereço de e-mail do primeiro autor: sara_fonseca7@hotmail.com

Poster nº 49

dia 6 - 14h Moderador Madalena Tuna

Protocolo e plataforma de rastreio auditivo neonatal universal – 5 anos de experiência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Bárbara Leal Couceiro - Interna de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Ana Cristina Lopes - Audiologista do Serviço de ORL, CHBV
Daniela Peixoto - Interna de Pediatria do Serviço de Pediatria, CHBV
Laura Correia - Interna de Pediatria do Serviço de Pediatria, CHBV
Maria Miguel Almiro - Pediatra do Serviço de Pediatria, CHBV
João Vilar - Técnico de Informática do Serviço de Informática, CHBV
Maria Luísa Azevedo - Diretora do Serviço de ORL, CHBV
Maria Adelaide Bicho - Pediatra do Serviço de Pediatria, CHBV

Introdução: A surdez congénita é uma das principais patologias neonatais. Trata-se de uma condição cujo diagnóstico e intervenção precoces são decisivos na otimização do prognóstico a longo prazo. Neste âmbito, surgiu o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) que se tornou numa avaliação essencial em idade pediátrica. Com este estudo, pretende-se analisar a implementação do protocolo de RANU do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) bem como caracterizar os casos de surdez diagnosticados.
Desenho do estudo: Estudo retrospectivo.
Material e métodos: Utilização de plataforma informática criada no hospital para análise retrospetiva do processo clínico das crianças nascidas entre 1 de Janeiro de 2014 e 31 de Dezembro de 2018 no CHBV, bem como daquelas nascidas no exterior e referenciadas ao CHBV para realização de rastreio, no mesmo período.
Resultados: Foram incluídas 8.727 crianças (97.55% provenientes do CHBV e 2,45% referenciadas do exterior). A efetividade do programa foi de 99,85% do total de nascimentos no hospital. Da totalidade das crianças, 7931 (90.88%) não apresentavam fatores de risco. O diagnóstico de surdez neurossensorial atingiu 2.4 em cada 1000 crianças sem fatores de risco e 27.6 em cada 1000 crianças com fatores de risco. Verificou-se um valor de falsos positivos de 0.34%.
Conclusão: A incidência de surdez congénita na população estudada com e sem fatores de risco está de acordo com a descrita na literatura. O protocolo criado e implementado no CHBV por uma equipa multidisciplinar permitiu o cumprimento das diretrizes do Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI). De salientar ainda que a plataforma criada constitui uma mais valia que permite não só economizar recursos humanos e materiais mas também garantir uma estreita verificação de cada processo reduzindo significativamente as taxas de erro e de absentismo.

Palavras-chave: Surdez, Rastreio auditivo neonatal universal, Protocolo, Plataforma,

Endereço de e-mail do primeiro autor: barbara.leal.c.p@gmail.com

Poster nº 50

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Restrição de crescimento fetal e dismorfismos faciais - Um diagnóstico a relembrar

Laura Correia, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Inês Rosinha, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Sofia Figueiredo, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Adelaide Bicho, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O Síndrome de Silver-Russel (SSR) afeta 1 em cada 30.000-100.000 crianças. Geralmente os recém-nascidos (RN) com esta patologia apresentam uma restrição de crescimento fetal (RCF) desproporcionada na qual o perímetro cefálico (PC) é preservado, e o comprimento (Comp) e o peso (P) estão afectados, o que leva a uma macrocefalia relativa. Outras alterações características são face pequena triangular com fronte proeminente, micrognatia, clinodactilia do 5º dedo e assimetria corporal. As dificuldades alimentares e a má progressão estaturo-ponderal são frequentes.
Descrição do caso: RN do sexo feminino, fruto de uma gravidez mal vigiada, complicada com diabetes gestacional desde o 1º trimestre não controlada. RCF constatada na ecografia do 3º trimestre. Parto por cesariana às 36 semanas de gestação por alteração dos fluxos e apresentação pélvica. APGAR 5/10/10 com necessidade de reanimação com ventilação de pressão positiva. Antropometria ao nascimento: P 1350g (<<P3), Comp 35 cm (<<P3), PC 33 cm (P50-90). Ao exame objetivo apresentava macrocefalia relativa, alargamento das fontanelas com diástase das suturas, hipertelorismo, retrognatismo, membros curtos e braquiclinodactilia dos 5ºs dedos de ambas as mãos. Internada na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais para vigilância clínica. Durante o internamento apresentou dificuldades alimentares com melhoria progressiva, tendo alta em D34 de vida, encaminhada para a consulta de Genética Médica do Hospital de Referência. Manteve crescimento sem se aproximar da curva de percentil 5. Realizou radiografia óssea sem sugestão de displasia óssea, e estudo genético, com resultado positivo para a suspeita clínica, com uma hipometilação da região DMR1 do cromossoma 11p15, compatível com o diagnóstico de Síndrome de Silver-Russel.
Conclusão: O diagnostico do SSR é essencialmente clínico, sendo portanto o papel do geneticista de extrema importância. Um teste molecular positivo confirma o SSR, sendo a hipometilação do cromossoma 11p15 a alteração mais frequentemente identificada. Está recomendado um acompanhamento multidisciplinar destes doentes.

Palavras-chave: Síndrome de Silver-Russel, Dismorfismos faciais, Estudo genético

Endereço de e-mail do primeiro autor: laurasilvacorreia2@gmail.com

Poster nº 51

dia 6 - 13h Moderador Sandra Valente

Pneumotórax numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: experiência de 13 anos de uma Maternidade nível III

Crisbety Pinho - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Ana Ratola - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Rui Castelo - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Joaquim Tiago -Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro

Introdução: O pneumotórax consiste na presença de ar na cavidade pleural e, apesar de pouco frequente, a incidência é superior no período neonatal.
Objetivos: Caracterização dos recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com pneumotórax.
Métodos: Revisão retrospetiva dos RN com pneumotórax internados numa UCIN de 2006 a 2018. Avaliados os antecedentes, características do pneumotórax, tratamento e evolução.
Resultados: Apresentaram pneumotórax 54 RN, 35 (65%) do sexo masculino. A incidência de pneumotórax na UCIN foi de 1,8%. A mediana de idade gestacional (IG) foi 31 (25-40) semanas (15 de termo) e do peso de nascimento (PN) 1695 (550-4525) gramas. Tinham PN <2500g 34 RN (63%). Necessitaram de reanimação 23 RN (43%), dos quais 15 (65%) com PN<2500g. Nove RN necessitaram de ventilação invasiva.
Em 44 RN (81%) o pneumotórax foi espontâneo: em 7 (16%) primário (todos com PN ≥2500g) e em 37 (84%) secundário, maioritariamente por doença de membrana hialina (n= 28, 76%) e síndrome de aspiração meconial (n= 4, 11%). Dos 44, 34 (77%) encontravam-se com suporte ventilatório, 22 (65%) com ventilação invasiva. Em 10 RN (19%) o pneumotórax foi iatrogénico e em 15 RN (28%) foi hipertensivo. Três RN melhoraram apenas com toracocentese e em 46 (85%) foi necessária a colocação de dreno torácico.
A mortalidade foi 13% (n=7), dos quais 6 (86%) prematuros (IG mediana 27 semanas). As comorbilidades mais frequentes foram sépsis (n=17, 31%), persistência do canal arterial (n=11, 20%) e hemorragia intraventricular (n=5, 9%).
Conclusão: a incidência obtida é semelhante à descrita na literatura. O reconhecimento dos fatores de risco (baixo PN, reanimação, patologia pulmonar subjacente e/ou suporte ventilatório) permite um diagnóstico e tratamento atempados.

Palavras-chave: Recém-nascidos, UCIN, Pneumotórax

Endereço de e-mail do primeiro autor: crisbetypinho@gmail.com

Poster nº 52

dia 5 - 13h Moderador Paulo Soares

Infeção congénita por CMV em gravidez gemelar – um caso clínico

Ana Araújo Carvalho - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
Claudia B Silva - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
Gonçalo Cassiano Santos - Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
Maria Luísa Martins - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
Teresa Tomé - Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO: A infeção congénita pelo citomegalovírus (CMV) é a mais comum nos países desenvolvidos. Apesar de reconhecida a sua potencial morbilidade, é limitado o conhecimento sobre a transmissão vertical, diagnóstico e tratamento.
CASO CLÍNICO: Gravidez gemelar bicoriónica com diagnóstico pré-natal de restrição de crescimento fetal (RCF) e intestino hiperecogénico do feto 1 (F1). Rastreio combinado negativo e serologia materna CMV IgG positiva/IgM negativa. Amniocentese revelou PCR CMV positiva no F1 e negativa no feto 2 (F2). A grávida iniciou valaciclovir 8g/dia às 24 semanas até ao final da gravidez. Ecografia (F1) com "RCF grave com maior repercussão no polo cefálico" e RMN-CE com "diâmetros biparietais e frontoccipitais inferiores ao P10". Por agravamento da fluxometria e perfil biofísico do F1, cesariana urgente às 34 semanas. F1 com IA 8/9/10, 880g, 36.5cm e perímetro cefálico (PC) 21.8cm (<P3). Avaliação analítica inicial com leucopénia (5,28x10^9/L), trombocitopenia (82x10^9/L), virúria CMV positiva com carga viral sanguínea 776UI/ml (2.9log). F2 com IA 10/10, 2125g, 42.5cm e PC 31.5cm, virúria CMV negativa. Considerada infeção sintomática no 1ºgémeo, iniciou valganciclovir 32mg/kg/dia em D4 (até 6 meses), com controlo analítico periódico revelando leucopénia (mínimo 3,87x10^9) e neutropenia (mínima 0.64x10^9) em D21 de tratamento, com normalização em 1 semana. Ecografia transfontanelar (D2), avaliação oftalmológica (D14) e ecografia abdominal (D16) sem alterações; rastreio auditivo "pass bilateral". Teve alta às 40semanas+6dias idade corrigida (IC) com 1815g. RMN-CE (3M) com "ligeira dilatação e aspecto dismórfico dos cornos temporais". Última avaliação com 7,5 meses de IC, 5060g, avaliação ORL sem alterações e adequado desenvolvimento psicomotor.
DISCUSSÃO: No caso apresentado, a infeção CMV na grávida não foi transmitida de igual forma aos dois fetos, comprovando que há múltiplos factores a influenciar a transmissão e clínica da infeção. Uma elevada suspeição diagnóstica, possibilitando o tratamento pré-natal e antecipação do pós-natal, pode melhorar o prognóstico da criança.

Palavras-chave: CMV, Transmissão vertical, Gravidez gemelar, Diagnóstico pré-natal, Valaciclovir

Endereço de e-mail do primeiro autor: anacarvalho.fcm@gmail.com

Poster nº 53

dia 5 - 13h Moderador Edmundo Santos

Um caso de taquicardia supraventricular no período neonatal

Laura Correia, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Inês Rosinha, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Telma Luís, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Joana Amorim, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga
Sofia Figueiredo, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: As arritmias não são raras no período neonatal (incidência 1-5%) sendo geralmente benignas. A taquicardia supraventricular (TSV) é a arritmia neonatal mais comum, podendo ser identificada no período fetal. Pode ser assintomática, ou apresentar desde sintomas e sinais inespecíficos (semelhante a quadro de sépsis) a quadros de insuficiência cardíaca.
Descrição do caso: RN do sexo feminino, fruto de gravidez vigiada, sem intercorrências, até as 36+5 semanas de gestação (SG), altura em foi detetada frequência cardíaca (FC) fetal de 240 batimentos por minuto (bpm). Parto por cesariana (apresentação pélvica) às 36+6 SG, APGAR 9/10/10, PN 3080g. Nos primeiros minutos de vida iniciou episódios de taquicardia com FC entre os 220-240 bpm, assintomáticos, com traçado com complexos QRS estreitos e ondas p difíceis de visualizar, de início e término súbitos e de resolução espontânea. Ao exame objetivo de realçar sopro sistólico grau I/VI à auscultação cardíaca. Realizou eletrocardiogramas seriados, com ritmo sinusal mas com um deles sugestivo de S.Wolff-Parkinson-White. Realizou em D1 ionograma (normal) e ecocardiograma com canal arterial patente e aneurisma do septo interauricular. Em D3 de vida os episódios de TSV aumentaram, iniciando em D5 propranolol em doses crescentes. Em D10 novo agravamento dos episódios de TSV (mais frequentes e prolongados, alguns com necessidade manobras vagais para reverterem). Transferida para a UCI do Hospital de Referência, onde por manutenção dos episódios, foi administrada adenosina e perfusão de amiodarona, aumentada a dose de propranolol e iniciada terapêutica com flecainida. Desde então seguimento em consulta cardiologia pediátrica sem registo de novos eventos arrítmicos, mantendo terapêutica (propranolol e flecainida).
Conclusões: A recorrência da TSV após o tratamento agudo é comum, cerca de 80% dos casos. Perante situações refratárias à terapêutica de primeira linha (beta-bloqueantes), a flecainida demonstrou ser segura e eficaz. A profilaxia antiarrítmica é recomendada no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Taquicardia supraventricular, Arritmias neonatais, Propranolol, Flecainida, Profilaxia

Endereço de e-mail do primeiro autor: laurasilvacorreia2@gmail.com

Poster nº 54

dia 6 - 13h Moderador Maria José Mendes

Nódulos cutâneos congénitos num recém-nascido – qual o diagnóstico?

Daniela Figueiredo Ramos, Serviço de Neonatologia - Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Sónia Silva - Serviço de Oncologia - Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Leonor Ramos - Serviço de Dermatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Sofia Morais, Serviço de Neonatologia - Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As histiocitoses caracterizam-se pela proliferação e infiltração dos tecidos por histiócitos, classificando-se em histiocitose de células de Langerhans (HCL), não células de Langerhans (HNCL) e de células indeterminadas (HCI). Apresentam um grande espectro de gravidade, de benignas e auto-limitadas a doença maligna com mau prognóstico.

Descrição do caso:
Recém-nascido de termo, sexo masculino, sem história familiar de patologia cutânea e sem intercorrências durante a gravidez, com serologias e ecografias sem alterações.
Ao nascimento constatado uma lesão papulo-nodular, centimétrica, de tonalidade eritemato-violácea e com erosão superficial, localizada na face anterior da transição toraco-abdominal esquerda. Na mucosa nasal da narina esquerda apresentava uma lesão papuloso com superfície crustosa com 0,5 cm de diâmetro. O restante exame objetivo era normal, nomeadamente sem atingimento de outras mucosas, adenopatias ou hepatoesplenomegalia. Manteve-se sempre assintomático, com involução espontânea da lesão da mucosa ainda durante o internamento.
Perante as lesões cutâneas descritas colocaram-se as hipóteses de infeção, histiocitose, miofibromatose infantil, infiltração/metástases cutâneas e hemangioma congénito.
O exame cultural do exsudado cutâneo foi negativo, excluindo causa infeciosa.
Realizada biópsia excisional da lesão toraco-abdominal cuja histopatologia revelou uma lesão ulcerada com infiltrado dérmico, superficial e profundo de células do tipo histiocitário. A imunohistoquímica revelou expressão difusa de CD68/CD163/S100 e de CD1a apenas em células dispersas, enquadrando-se numa histiocitose de células indeterminadas.
Para exclusão de envolvimento sistémico realizou ecografia abdominal e investigação laboratorial, incluindo hemograma, função renal, ionograma e transaminases, que não revelaram alterações.
Tem mantido vigilância clínica e analítica regular em consulta de Oncologia, mantendo-se assintomático e sem sinais de recorrência aos 8 meses.

Discussão/comentários:

Palavras-chave: Histiocitose, Células de Langerhans , Nódulo cutâneo

Endereço de e-mail do primeiro autor: danielaframos88@gmail.com

Poster nº 55

dia 6 - 13h Moderador Olga Voutsen

Um caso de adenite pelo Staphylococcus aureus

Crisbety Pinho - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Nuno Almeida - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Ana Ratola - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Joaquim Tiago - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro

Introdução: A linfadenite aguda unilateral em recém-nascidos (RN) é maioritariamente causada pelo Streptococcus do grupo B podendo, nesta idade, fazer parte de uma entidade denominada síndrome celulite-adenite, rara, mas bem documentada quando associada a esta bactéria.
Caso clínico: Apresentamos o caso de um recém-nascido (RN) com prematuridade induzida às 33 semanas por alterações fluxométricas. Apresentou uma boa adaptação à vida extra-uterina, com Índice de Apgar 9-10 aos 1º e 5º minutos, respetivamente. Não teve necessidade de suporte ventilatório, mas por dificuldades alimentares encontrava-se com sonda nasogástrica (SNG).
Ao 12º dia de vida notada uma tumefação mole, submandibular, com 1,5 cm de diâmetro, sem outros sinais inflamatórios. Nas 24 horas subsequentes constatado aumento da mesma (3 x 1,5 cm), com surgimento de eritema, calor, consistência duro-elástica e flutuação central. A região parotídea não estava afetada e o ducto Stensen não tinha conteúdo purulento. Manteve-se apirético, restantes sinais vitais adequados.
A investigação laboratorial revelou neutrofilia (64%), proteína C reativa 0,67mg/dL e procalcitonina 0,13ng/mL. Os achados ecográficos foram sugestivos de uma adenite abcedada com celulite. Foi iniciada antibioterapia empírica com gentamicina e vancomicina e realizada drenagem do abcesso. O exame cultural do pus foi positivo para Staphylococcus aureus multisensível. O RN teve alta ao 30º dia de vida, assintomático.
Conclusão / discussão: Este caso partilha algumas características clínicas com a síndrome celulite-adenite: sexo masculino, existência de SNG e a região afetada submandibular. O Staphylococcus aureus é a segunda bactéria mais frequente nas infeções neonatais de início tardio, associando-se também a infeções da pele e tecidos moles.

Palavras-chave: Recém-nascido, Adenite, Staphylococcus aureus

Endereço de e-mail do primeiro autor: crisbetypinho@gmail.com

Poster nº 56

dia 6 - 14h Moderador Raquel Gouveia

Icterícia Neonatal – até onde deve ir a investigação?

Joana Jonet, Unidade Funcional de Pediatria, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Sofia Ferreira, Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Tavares, Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A hiperbilirrubinémia é uma alteração comum e, na maioria das vezes, benigna do recém-nascido (RN), atingindo 60% e 80% dos recém-nascidos de termo e pré-termo, respetivamente. De entre as causas de hiperbilirrubinémia não conjugada, destaca-se o défice de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), uma enzimopatia eritrocitária hereditária ligada ao X que atinge preferencialmente RN do sexo masculino. Portugal é um país de baixa prevalência do gene mutado mas com um número elevado de puérperas oriundas de países de prevalência elevada.

Descrição do caso: RN de termo, sexo feminino, peso ao nascimento 2805g, filho de mãe ARh+ com antecedentes de anemia normocítica normocrómica. Icterícia em D2 de vida (>36 horas), com critérios de fototerapia (bilirrubina transcutânea >P95 do gráfico de Maisels) após três ciclos de fototerapia de alta intensidade (FAI). Em D4 fez avaliação laboratorial: grupo de sangue B Rh+; hemoglobina 18,1 g/dL, bilirrubina total (BT) 21,3 mg/dL, direta de 0,54 mg/dL, Teste Coombs Direto negativo, reticulócitos 3.9%. Ainda em D4, após ciclo de FAI, repetiu avaliação analítica de onde destacamos hemoglobina 16,5 g/dL, BT 16,94 mg/dL e G6PD 2,9 UI/gHb. Teve alta em D7 de vida orientado para a consulta por défice de G6PD que se confirmou em ambos os progenitores

Discussão: O défice de G6PD é pouco prevalente em Portugal e ocorre de forma menos frequente em indivíduos do sexo feminino. Os autores apresentam este caso por se tratar de uma icterícia patológica, com valor de BT>P95 no normograma de Bhutani, aumento da BT>5 mg/dL/24h e refractoriedade à fototerapia, levantando questões em relação aos casos em que a pesquisa de défice de G6PD se torna pertinente.

Palavras-chave: Icterícia Neonatal, Défice de G6PD ,

Endereço de e-mail do primeiro autor: joanajonet@gmail.com

Poster nº 57

dia 5 - 13h Moderador Edmundo Santos

Qual o impacto da utilização da calculadora de risco de sépsis?

Cristina Gago - Unidade Funcional de Pediatria, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Sofia Ferreira - Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Carlos Castanheda - Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Tavares - Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Francisco Curate - Centro de Investigação em Antropologia e Saúde, Universidade de Coimbra
Manuel Cunha - Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução:
O excesso de investigação e antibioticoterapia (ATB) são uma preocupação na abordagem da sépsis neonatal precoce (SNP). A calculadora de risco de sépsis neonatal precoce de kaiser (CRSNPK) é um modelo preditivo baseado no risco para orientação da atuação na SNP, testado e aparentemente seguro.
Objetivo: comparar a utilização do protocolo institucional com a CRSNPK para perceber a diferença de atuação bem como a segurança da CRSNPK.

Métodos: Análise retrospetiva dos processos clínicos das díades mãe/recém-nascido (RN) de termo com indicação para rastreio séptico de acordo com o protocolo institucional durante os primeiros 6 meses de 2018. Análise estatística em SPSS®.

Discussão: Foram avaliados parâmetros de infecção em 272 RN: 122 excluídos (78 prematuros, 44 sem indicação para rastreio séptico), incluíram-se 150 RN. A idade gestacional média foi 39,4 semanas (DP= 1,2).
Na maioria dos casos (n=104; 70%) o rastreio séptico foi pedido por rotura prolongada de membranas (≥ 18 horas), critério único em 64% (67/104) das situações. Iniciaram antibióticos 21 RN, 11 com clínica. Aplicando a calculadora, apenas 15 RN (10%) teriam indicação para estudo e ou início de ATB. Dos 135 RN excluídos pela CRSNPK, 8 iniciaram ATB, sem clinica, hemocultura negativa (2 corioamnionite, 8 PCR ≥5 mg/dL nas primeiras 24 horas). Nos RN (21/150) com ATB a calculadora identificou todos os que tinham clínica de sépsis, excluindo todos os que estavam clinicamente bem.

Conclusão:
Os RN sem clínica fazem frequentemente análises e ATB, sem confirmação inequívoca de sépsis. A CRSNPK parece um instrumento promissor na identificação dos RN com risco efectivo de SNP por aliar a clínica do RN à probabilidade de SNP resultante da situação materna. Na nossa instituição o impacto máximo estaria na redução dos procedimentos invasivos ao RN verificando-se também uma redução no uso de ATB. O estudo é limitado por ser retrospectivo.

Palavras-chave: Sépsis , Precoce, Calculadora

Endereço de e-mail do primeiro autor: cristinapgago@gmail.com

Poster nº 58

dia 6 - 13h Moderador Olga Voutsen

Retinopatia da Prematuridade: prevalência e fatores de risco nos últimos 8 anos na Maternidade Doutor Daniel de Matos

Inês de Melo - Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Raquel Penteado - Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Jorge Rodrigues - Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Lígia Basto - Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Mário Alfaiate - Serviço de Oftalmologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Rosa Ramalho - Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Objetivo: A retinopatia da prematuridade (ROP) consiste numa alteração vasoproliferativa da retina em recém-nascidos pré-termo, sendo uma importante e evitável causa de baixa visão na infância. Com este trabalho pretendeu-se avaliar a incidência e os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da ROP, na Maternidade Doutor Daniel de Matos (MDM) – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), nos últimos 8 anos.

Métodos: Estudo descritivo retrospetivo realizado entre 2011 e 2018, na MDM – CHUC, que incluiu os recém–nascidos com idade gestacional <32 semanas e peso <1500g. Foram analisados fatores pré-natais e neonatais, associados ao desenvolvimento da ROP.

Resultados: Dos 477 prematuros com idade <32 semanas e <1500g, 6,1% (29/477) desenvolveram ROP, 20,7% (6/29) com necessidade de tratamento. Foram analisados os fatores de risco para ROP: mediana do peso de nascimento de 850 gramas (mín 585, máx 1325); mediana da idade gestacional de 27 semanas (min 23, máx 30); moda do índice de Apgar ao 5º minuto de 9 (min 4, máx 10); síndrome de dificuldade respiratória em 93,1% (27/29), necessidade de oxigenoterapia suplementar nos primeiros 28 dias em 93,1% (27/29), uso de surfactante em 48,3% (14/29), infeção neonatal em 37,9% (11/29), persistência do canal arterial hemodinamicamente significativo em 24,1% (7/29), transfusão de glóbulos vermelhos em 75,9% (22/29) e presença de hemorragia peri-intraventricular em 20,7% (6/29).

Conclusões: Taxa de incidência de 6,1% da ROP, fatores de risco semelhantes a outros estudos, em menor percentagem para a presença de hemorragia intraventricular e infeção neonatal.

Palavras-chave: Fatores de risco, Prevalência , Retinopatia da prematuridade

Endereço de e-mail do primeiro autor: inesdemelosa@gmail.com

Poster nº 59

dia 6 - 14h Moderador Madalena Tuna

Recém-nascidos de muito baixo peso num hospital de apoio perinatal –casuística de 5 anos

Susana Almeida, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Joana Antunes, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Ana Vaz, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Sofia Gomes Ferreira, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Manuel Cunha, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

INTRODUÇÃO
Os hospitais de apoio perinatal (HAP) têm um papel preponderante no nascimento de recém-nascidos com muito baixo peso (RNMBP) e/ou idade gestacional (IG) inferior a 32 semanas. Apesar do risco de complicações, o avanço nos cuidados neonatais tem diminuído a morbimortalidade destes recém-nascidos (RN).
OBJETIVOS/MÉTODOS
Conhecer o perfil dos RNMBP admitidos num HAP, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018, pela análise do Registo Nacional de Muito Baixo Peso, consultado em www.meliora.pt.
RESULTADOS
Registaram-se 140 recém-nascidos, com um máximo de 43 registos em 2018. 89.3% das grávidas admitidas diretamente na urgência, taxa de cesarianas de 75,7%. Idade gestacional mediana de 31 semanas, peso mediano de 1380g. 90% das grávidas realizaram uma ou mais doses de corticoterapia pré-natal. 38% dos RN sem necessidade de reanimação na sala de partos. Administrado surfactante em 54,9% dos casos, primeira administração em média às 13 horas de vida. Necessidade de oxigenoterapia em 79,2% dos RN, 11% dependente de O2 ao 28º dia de vida e 3.7% às 36 semanas de idade pós-menstrual, nenhum com necessidade de corticoterapia pós-natal. Persistência de canal arterial significativa em 5,7% dos casos, 50% submetidos a tratamento médico e nenhum cirúrgico. Sépsis precoce em 10% dos RN, com agente isolado em 1,4% dos casos, 50% a Escherichia coli. 36% desenvolveram sépsis tardia, 28.8% com agente isolado, destacando-se o Staphylococcus epidermidis com 17 casos. 3,6% apresentaram NEC, 20% tratados cirurgicamente. 99.3% realizaram ecografia transfontanelar, 94.2% exame oftalmológico. Taxa de mortalidade de 3.6%, com principais causas a insuficiência respiratória e sépsis.
CONCLUSÃO
Verificou-se um aumento de nascimentos de RNMP na nossa unidade, com aumento significativo no ano de 2018, superior à média nacional. Apesar dos avanços na terapia intensiva, as consequências da prematuridade e do baixo peso constituem um desafio, sendo as complicações respiratórias e infeciosas as mais frequentemente observadas.

Palavras-chave: Muito Baixo Peso, Prematuridade, Hospital de Apoio Perinatal

Endereço de e-mail do primeiro autor: susana.assuncao.almeida@gmail.com

Monitorização não-invasiva de hemoglobina: o papel no rastreio neonatal

Ana Lachado, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
Inês Pires Duro, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
Cristina Godinho, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
Ana Guedes, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP Luísa Carreira, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
José Pombeiro, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
Carmen Carvalho, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP
Elisa Proença, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - Unidade de Neonatologia, CMIN, CHUP

Introdução
A anemia constitui uma das alterações hematológicas mais frequentes no período neonatal, havendo poucos dados quanto à incidência nos recém-nascidos (RN) saudáveis.
A espectrofotometria é uma tecnologia não invasiva que permite a quantificação de hemoglobina normal e disfuncional, validada para o período neonatal e que poderia ser utilizada como método de rastreio. Objetivos Determinar a hemoglobina de RN de termo e pré-termo tardios (PTT) à data de alta através de sensor de pulsoxímetria e identificar os fatores de risco para anemia.
Métodos
Estudo observacional descritivo no período de 1 mês. Determinado o valor de hemoglobina (SpHb) com sensor de oximetria de pulso (Masimo®) aquando da monitorização da saturação periférica de oxigénio. Excluídos RN com sépsis e gemelaridade.
Resultados
Amostra de 307 RN (15.3% PTT), com idade gestacional média 38.9 semanas (35.0-41.0) e peso médio 3219 g (2055-4455). Fizeram suplementação com ferro 66.1% das grávidas e 36.8% apresentava anemia prévia ao parto. A SpHb média foi de 15.3 g/dL (10.0-19.5) medida maioritariamente no segundo dia de vida. Identificou-se anemia em 19.9% dos RN. Realizaram hemograma 45 RN cujo valor de hemoglobina sérica era normal, 7 dos quais apresentavam anemia pela determinação com sensor. A diferença mediana entre os resultados dos dois métodos foi de 3.5 g/dL [1.2-4.8].
O valor do teste de Cronbach's Alpha (0.1) revelou baixa consistência interna, pelo que a concordância entre os dois métodos é muito reduzida.
Conclusões
Não podemos inferir conclusões definitivas acerca da fiabilidade do método estudado para rastreio de anemia no RN. Destacam-se limitações como dimensão da amostra, tipo de amostra de controle e particularidades técnicas.

Palavras-chave: Anemia, Recém-nascido, Hemoglobina

Endereço de e-mail do primeiro autor: analachado@hotmail.com

Poster nº 61

dia 5 - 13h Moderador Paulo Soares

Síndrome de Aspiração Meconial em Cuidados Intensivos Neonatais –experiência de um centro terciário

José Alarcão, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Ana Rodrigues Silva, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Eulália Afonso, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objetivos

Síndrome de Aspiração Meconial (SAM) corresponde à dificuldade respiratória em recém-nascidos (RN) com Líquido Meconial, sem outra causa atribuível. Apresenta gravidade variável, desde quadros ligeiros até necessidade de ventilação invasiva (VMI), com comorbilidades respiratórias e neurológicas. Pretendemos avaliar casos de SAM, visando otimizar a atuação nestes RN.

Metodologia

Análise retrospetiva dos casos de SAM internados em Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com confirmação radiológica, 2012-2018. Avaliámos variáveis clínicas, comorbilidades neurológicas e respiratórias.

Resultados

Houve 20 internamentos por SAM, 1,3% das admissões em UCIN (20/1552), 65% género masculino.
Em 65% (n=13) houve bradicardia fetal. A frequência de cesariana nos RN com SAM foi de 45% (n=9), superior à média global ($p<0,05$).
A Idade Gestacional mediana foi 40S (37-41). Apresentaram moda de Índice de Apgar de 4 (2-8) e 8 (5-10) ao 1º(90% ≤ 6) e 5º minuto.
Visualizou-se mecónio endotraqueal em 60% (n=12), foram entubados 95% (n=19). Aos 15min, 100% apresentavam SDR e 90% (n=18) acidose respiratória/metabólica (pH mínimo 6,88; lactato médio 11,5mmol/L (dp±5,1)).
Necessitaram de VMI 90% (n=18), mediana 2dias (1-13) e oxigenoterapia 95% (n=19). Como complicações destacam-se: hipertensão pulmonar (n=3), sépsis (n=4), pneumonia (n=4), pneumotórax (n=3), encefalopatia hipóxico-isquémica (n=6), convulsões (n=4), Ecografia TF alterada (n=4).
A duração mediana do internamento foi 7dias (0-29), 5 realizaram ventilação de alta frequência e/ou hipotermia induzida.
Após 2012 verificou-se redução do número de casos/ano.
Persiste morbilidade tardia em 8 crianças: paralisia cerebral (n=1), atraso global de desenvolvimento (n=1),

Palavras-chave: Mecónio, Sindrome de Aspiração Meconial, Ventilação Invasiva, Comorbilidade,

Endereço de e-mail do primeiro autor: josecunhaalarcao@gmail.com

Poster nº 62

dia 5 - 13h Moderador Gonçalo Cassiano Santos

Doença Óssea Metabólica da Prematuridade e Hiperparatiroidismo Secundário

Catarina Viveiros, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Vânia Lopes, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Ana Margarida Alexandrin, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Carmen Carvalh, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Elisa Proença, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Marta Nascimento, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Joana Freita, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
Maria João Oliveira, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
Teresa Borges, Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil

Introdução:
A doença óssea metabólica (DOM) é uma complicação frequente da prematuridade e apresenta uma etiologia multifatorial. É difícil estimar a incidência atual, sendo o risco de osteopenia inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso ao nascimento.
Caso clínico:
Recém-nascido, do género masculino, 26 semanas, 485 gramas e leve para a idadegestacional. Como complicações destaca-se a displasia broncopulmonar medicada com corticoesteróide endovenoso e diurético de ansa e a nutrição parentérica prolongada. Realça- se o diagnóstico de hipotiroidismo congénito. Constatadas alterações do metabolismo fosfo- cálcico compatíveis com DOM (fósforo sérico diminuído, fosfatase alcalina máxima de 631 U/L (D 37) com valores de cálcio normais), pelo que iniciou suplementos de cálcio e fósforo que manteve até D57. Em D71 diagnosticada fratura espontânea do fémur direito que foi tratada de forma conservadora. Na investigação verificou-se um aumento da hormona paratiroideia (máximo de 315 pg/mL em D92), com restantes parâmetros normais. Neste contexto reiniciou suplementos de cálcio e fósforo e calcitriol. Referenciado para a consulta de Endocrinologia Pediátrica, onde mantém seguimento, tendo a terapêutica instituída sido suspensa após a normalização das alterações do metabolismo fosfo-cálcico.
Discussão e Conclusão:
Tratou-se de um recém-nascido pré-termo com múltiplos fatores de risco para DOMem associação com hiperparatiroidismo secundário. A fosfatase alcalina e o fósforo são osmarcadores mais frequentemente utilizados para rastrear e diagnosticar esta entidade.Contudo, a hormona paratiroideia destaca-se como potencial marcador mais precoce dadoença, pelo que o seu doseamento em conjunto com outros marcadores pode ser utilizada

Palavras-chave:

Endereço de e-mail do primeiro autor: catarinanetoviveiros@gmail.com

Patrocínios

NUTRICIA
Early Life Nutrition

Nestlé
Começar Saudável
Viver Saudável™

RADIOMETER

SpaceInsp
Grupo Space

Humana
for mommy and me

RECORDATI RARE DISEASES GROUP
Focused on the Few™

abbvie

Baxter

Pantone coll gray 7 U
Pantone 1625 U
Dermoteca

Dräger

PULMOCOR

MAP BOOKS

URIAGE
EAU THERMALE

Especialistas em alimentação infantil | Nutribén®

GENGIGEL®

SANO-TÉCNICA MEDICAL

Edição

Simão Frutuoso, Webmaster
Sociedade Portuguesa de Neonatologia
site: www.spneonatologia.pt
email: admin@spneonatologia.pt