

### **Medidas de segurança no transporte de crianças em ambulâncias terrestres**

Lurdes Lomba, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
Sílvia Faria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Introdução:** O transporte de crianças em ambulâncias terrestres é um tema pouco estudado em todo o mundo. A ambulância apresenta um ambiente singular com problemas únicos e complexos, como por exemplo a protecção dos ocupantes transportados em diferentes posições. Ao contrário das directrizes bem desenvolvidas e divulgadas acerca do transporte seguro da criança em veículos automóveis, faltam especificações consistentes para o transporte de crianças em ambulâncias. Os enfermeiros são chamados diariamente para fazerem transferências de crianças para hospitais ou outros centros de atendimento, por isso, a gestão da segurança durante este transporte deve ser motivo de preocupação.

**Objetivos:** Conhecer as medidas de segurança utilizadas no transporte de crianças em ambulâncias terrestres por enfermeiros e bombeiros/tripulantes e identificar o conhecimento que estes têm acerca das medidas de segurança ideais para este tipo de transporte.

**Metodologia:** Estudo exploratório descritivo e de análise quantitativa que teve por base as recomendações de transporte de crianças em ambulâncias da NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration). Foi aplicado um questionário a 135 enfermeiros e bombeiros/tripulantes da área de influência do Centro Hospitalar Baixo Vouga, baseado em 4 possíveis situações de transporte e abrangendo 5 diferentes faixas etárias de crianças.

**Resultados:** Verificou-se uma grande variedade de medidas de segurança utilizadas na prática dos inquiridos e uma diferença significativa entre a forma como transportam as crianças e a forma que consideram ser a ideal. Além disso, as formas de transporte avaliadas situam-se mais próximas dos níveis aceitáveis de transporte do que dos níveis recomendados como ideais pela NHTSA. Variáveis como o género, habilitações literárias, profissão e serviço dos profissionais parecem influenciar opções de transporte. Assim, pessoas do sexo feminino, profissionais com formação académica superior e enfermeiros de serviços de pediatria parecem transportar com mais segurança as crianças em ambulâncias.

**Discussão/conclusão:** Apesar de demonstrados riscos neste tipo de transporte continua a haver escassos requisitos, directrizes e regulamentos de segurança no transporte de crianças nas ambulâncias. De facto muitos profissionais referiram não saber qual a possibilidade de transporte mais seguro para as crianças nem conhecer recomendações para este tipo de transporte. A própria dispersão apurada na forma como o transporte é efetuado e os indicadores de resultados obtidos sugerem a necessidade de regulamentação deste tipo de transporte, de investimento na formação dos profissionais e de sensibilização das instituições de saúde para a importância do uso de Sistemas de Retenção para Crianças durante o transporte de crianças.

**Palavras-chave:** Transporte de Crianças, Ambulâncias Terrestres, Acidentes, Sistemas de Retenção para Ambulâncias

### **Apendicites agudas – balanço de 3 anos no Hospital D. Estefânia (HDE).**

Sara Cordeiro Pereira, Pedro Reino Pires

Instituição: Hospital D. Estefânia – CHLC.

**Introdução:** A apendicite aguda é a urgência cirúrgica mais comum da Cirurgia Pediátrica. Um aparente aumento recente do número de complicações pós-operatórias nas apendicites complicadas no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HDE levou a questionar o motivo e a adequação dos protocolos antibióticos.

**Objectivo:** Avaliar o número de apendicites agudas operadas no serviço de urgência de Cirurgia Pediátrica do HDE nos últimos 3 anos (2012-2014).

**Metodologia:** Consulta da lista reduzida de episódio de internamento com os códigos GDH relativos a apendicite aguda, complicada e não complicada e consulta dos processos clínicos no sistema de registo informático clínico – SAM. Registo dos dados (número do processo, sexo, idade à data da cirurgia, local de residência, diagnóstico, abordagem cirúrgica, terapêutica antibiótica, tempo de terapêutica antibiótica, tempo de internamento, complicações no pós-operatório, terapêutica da complicação, microbiologia e TSA, resultado do estudo anátomo-patológico) em folha excel. No total dos 863 doentes operados foram analisados dados como idade à data de cirurgia, sexo, área de residência, diagnóstico, abordagem cirúrgica, terapêutica antibiótica, tempo de antibioterapia, tempo de internamento, complicações no pós-operatório, terapêutica da complicação, tempo de internamento, microbiologia, TSA e resultado histológico.

**Resultados:** Foram analisados os processos clínicos correspondentes a 863 doentes. Dos processos consultados a média de idade foi de 10 anos. O sexo masculino representou 59% dos doentes e o sexo feminino 41%. Do total dos doentes, 576 foram provenientes da área da grande Lisboa. Os meses com maior incidência de casos de apendicite foram Abril e Setembro. Em termos de gravidade de infecção no momento de apresentação, 498 dos casos eram apendicites fleimonosas (58%), 143 eram apendicites gangrenadas/perfuradas e 167 eram apendicites complicadas. A taxa de perfuração no momento de apresentação foi de 35% e a taxa de falsos positivos de 6,3%. Foram identificados 2 casos de tumor neuroendócrino no estudo anátomo-patológico da peça. 21,5% das apendicites agudas foram abordadas por via laparoscópica. De entre as 167 apendicites complicadas, 18% evoluíram com complicação, sendo que a complicação mais frequente (em 90% dos casos) foi o abscesso residual. Neste grupo o tempo médio de internamento foi de 14 dias. 13% das complicações ocorreram em apendicites abordadas por laparoscopia. No grupo das apendicites complicadas 22% tinham estudo microbiológico de líquido intra-abdominal. Em 35% dos casos foi identificada a E.colli, em 51% dos casos a cultura foi microbiana ou negativa e em 2014 foram identificados 2 casos de P.aeruginosa. 46% das E.colli mostraram ser resistentes à ampicilina mas sensíveis a uma cefalosporina de 2ª geração.

**Discussão/conclusão:** A apendicite aguda representa a urgência cirúrgica mais comum no serviço de urgência de Cirurgia do HDE. A taxa de complicações foi de 18% sendo o abscesso residual a mais comum e motivo de internamento mais prolongado. A via de abordagem não foi factor de risco para a ocorrência de complicação. Com base nas microbiologias do líquido peritoneal colhido nas apendicites complicadas foi possível concluir a resistência frequente do agente microbiano envolvido à ampicilina, antibiótico a fazer parte do esquema antibiótico triplo, aprovado pelo serviço de Cirurgia, nestas formas de apendicite. Os resultados obtidos permitiram uma análise retrospectiva e consequente aferição fundamentada do esquema de antibioterapia na apendicite complicada no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital D. Estefânia.

### ***Farfugium japonicum* – caso clínico de intoxicação acidental**

Ana Lúcia Cardoso<sup>1</sup>, Catarina Liz<sup>1</sup>, Sara Soares<sup>1</sup>, Cláudia Monteiro<sup>1</sup>, Eunice Moreira<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Serviço de Pediatria

#### **Introdução:**

A ingestão acidental de plantas, frequente em crianças, sobretudo em idade pré-escolar, é um motivo comum de contacto com os centros de informações anti-venenos (CIAV). A *Farfugium japonicum* é uma planta de jardim vulgarmente conhecida por "pata-de-cavalo" ou "planta-leopardo".

#### **Descrição:**

Criança do sexo masculino, 26 meses, trazida ao serviço de urgência (SU) por sialorreia e dor na cavidade oral após ter mastigado uma folha de "pata-de-cavalo"; segundo a mãe, não teria havido ingestão, apenas contacto com a mucosa oral e pele. Sem queixas respiratórias. À admissão, apresentava bom estado geral, discreto edema da mucosa jugal, sem alterações cutâneas, respiratórias, ou outras alterações relevantes ao exame objetivo. Foi contactado o CIAV, tendo sido transmitida a informação de se tratar de planta com níveis elevados de oxalatos, motivo pelo qual foi recomendada analgesia, ingestão de alimentos frios e vigilância durante cerca de duas horas no SU. Findo esse período, encontrava-se assintomático e teve alta medicado com paracetamol em SOS, com vigilância de sinais de alarme.

#### **Discussão:**

Os cristais insolúveis de oxalato de cálcio estão presentes em quantidade variável nas folhas, caules e raízes de algumas plantas. Quando em contacto com a pele, lábios, língua, mucosa oral e conjuntiva, estes cristais punctiformes podem provocar microtraumatismos, causando dor e edema. Habitualmente, as manifestações clínicas são auto-limitadas, embora existam alguns casos descritos de obstrução grave da via aérea com morbilidade ou mesmo mortalidade associadas.

**Palavras chave:** *Farfugium japonicum*; Oxalatos; Intoxicação por plantas.

## **Dor abdominal em adolescente – a importância da inspeção**

Ana Lúcia Cardoso<sup>1</sup>, Ana Catarina Carvalho<sup>1</sup>, Teresa Pena<sup>1</sup>, Sara Domingues<sup>1</sup>, Cláudia Monteiro<sup>1</sup>, Eunice Moreira<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Serviço de Pediatria

### **Introdução:**

A dor abdominal é um dos sintomas mais comuns em Pediatria e é um motivo frequente de procura de cuidados de saúde urgentes. Na maioria dos casos, deve-se a causas autolimitadas e benignas e uma história clínica e exame físico detalhados permitem habitualmente suspeitar/diagnosticar as situações potencialmente graves.

### **Descrição:**

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, que veio ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal difusa com 3 dias de evolução associada a dejeções menos frequentes que o habitual e a um episódio de vômito; sem febre. Ao exame objetivo (EO) apresentava abdómen mole, doloroso à palpação profunda do hipocôndrio direito (HD) e dos quadrantes esquerdos (QE), com cordão de fezes palpável nessa localização. Assumindo a obstipação como causa mais provável das queixas, fez um enema com dioctilsulfossuccinatosódico e teve uma dejeção, com resolução posterior das queixas algícas espontâneas. Ao repetir o EO, já não apresentava dor nos QE, mantendo dor à palpação profunda do HD. Nessa altura, é constatada à inspeção lesão ungueal sugestiva de onicomiose, a partir da qual se conhece a realização de terbinafina 125 mg/dia PO desde há 2 meses, que manteve até ao dia anterior à vinda ao SU. Perante isto, na suspeita de toxicidade hepática, foi colhido estudo analítico que revelou: TGP 1091 UI/L, TGO 447 UI/L, GGT 155 UI/L, FA 330 UI/L, bilirrubina total 2,5 mg/dL (com bilirrubina direta 1,5 mg/dL), PCR 23,7 mg/L, com um restante estudo (hemoleucograma, amilase, lipase, albumina, estudo da coagulação) sem alterações. A ecografia abdominal era normal e as serologias para HBV, HCV, EBV e CMV eram negativas. Repetiu estudo analítico 6 dias mais tarde, com redução em cerca de três vezes dos valores de TGO e TGP.

### **Discussão:**

A hepatite induzida por fármacos (sendo os antimicóticos fármacos frequentemente implicados) é uma causa rara de dor abdominal, sobretudo em Pediatria. Assim, o seu diagnóstico exige um elevado grau de suspeição. Com a apresentação deste caso clínico, os autores pretendem reforçar a importância da realização de uma história clínica detalhada e de um exame objetivo atento, com destaque para a importância da inspeção.

**Palavras-chave:** Hepatite; hepatite induzida por fármacos; terbinafina; dor abdominal

### **Gravidez adolescente no serviço de urgência**

Sofia Carneiro<sup>1</sup>, Catarina Diamantino<sup>1</sup>, Miguel Correia<sup>1</sup>, António Marques<sup>1</sup>

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

Os Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) são locais aos quais os adolescentes frequentemente recorrem para resolução dos seus problemas de saúde. É sabido que aqueles que recorrem com maior frequência aos SUP, são os que apresentam maior risco no âmbito da sexualidade. Um diagnóstico de gravidez é uma situação de crise para a adolescente e família, o que faz com que seja imperativo o desenvolvimento de competências específicas para a sua abordagem, minimizando o impacto individual e familiar.

**Objectivos:** Caracterizar o motivo de vinda à urgência das grávidas adolescentes diagnosticadas em SUP; caracterizar a abordagem clínica.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo descritivo entre Janeiro 2011 e Dezembro de 2014 através da consulta dos registos informáticos do SUP relativos a adolescentes (10 - 19 anos) que efetuaram teste de gravidez durante o episódio de urgência.

**Resultados:** Realizados 586 testes de gravidez, possibilitando a análise da amostra final de 577 episódios. A taxa de testes positivos foi 6,59% (n=38), correspondendo a adolescentes com média de idades de 16,29 anos. As queixas mais frequentes foram do foro gastrointestinal (68,42%, n=26), ginecológico (57,89%, n=22) e urinário (13,16%, n=5). Seis adolescentes grávidas (15,8%) referiram de início a possibilidade de estarem grávidas. Em 63,16% dos casos (n=24), a anamnese englobou a colheita de história sexual. Em 52,63% dos casos (n=20), optaram pelo prosseguimento da gravidez, em 31,57% (n=12) pela interrupção e em 15,8% (n=6) a decisão tomada foi desconhecida. Foram encaminhadas para obstetrícia 71% das adolescentes (n=27) e 15% (n=6) delas foram exclusivamente encaminhadas para medicina geral e familiar. Das que optaram por prosseguir a gravidez, 5% (n=2) foram medicadas com ácido fólico.

**Discussão/Conclusão:** Neste estudo as queixas mais frequentes foram do foro gastrointestinal e genitourinário, o que está de acordo com a literatura. De realçar que em mais de um terço dos casos não foi efectuada colheita de história sexual, o que é um factor de risco descrito para falha no diagnóstico de gravidez em SUP. A maioria das grávidas optou por prosseguir a gravidez, sendo que a grande maioria delas foi encaminhada para obstetrícia. Constatou-se a reduzida referência para apoio em saúde mental, medicina de adolescentes, medicina geral e familiar e serviço social. Realça-se também a reduzida prescrição de ácido fólico o que vai contra as orientações existentes.

Este estudo contribuiu para maior conhecimento da realidade do nosso serviço o que permitirá melhorar a abordagem, o diagnóstico e orientação clínica das situações de gravidez na adolescência.

### **Uma causa rara de odinofagia**

Joana Cachão, Rita Mateus, Cristina Figueiredo, Isabel Raminhos

Serviço de Pediatria, Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal

**Introdução:** O pneumomediastino e o enfisema subcutâneo constituem uma complicação rara de asma brônquica. São causados pela saída de ar através de pequenas roturas de alvéolos sobredistendidos por hiperinsuflação e pela difusão do ar nos tecidos moles adjacentes, com extensão para o tecido subcutâneo torácico e região cervical.

**Descrição do caso:** Criança do género masculino, 5 anos de idade, asmático. Recorreu ao serviço de urgência pediátrica por início súbito de odinofagia e cervicalgia. Apresentava desde há dois dias quadro de tosse produtiva e dispneia com agravamento progressivo. À observação salientava-se: polipneia, tiragem global, saturação transcutânea de oxigénio de 94% (ar ambiente) e ligeira hiperémia orofaríngea. A auscultação pulmonar revelava aumento do tempo expiratório com sibilos e ferveores subcrepitantes dispersos. Constatou-se crepitação subcutânea na palpação da região antero-superior do tórax e cervical. Realizou radiografia torácica que revelou imagem compatível com pneumomediastino e enfisema subcutâneo com extensão à face anterior do tórax e região cervical. Permaneceu em repouso, com oxigenioterapia em alto débito, terapêutica com broncodilatadores e corticóide, e iniciou fluidoterapia endovenosa.

**Conclusões:** Este caso clínico pretende relembrar o pneumomediastino e enfisema subcutâneo, como possíveis complicações durante a exacerbação de asma brônquica. Constitui uma entidade rara e auto-limitada, podendo, no entanto, em alguns casos evoluir para uma situação de importante compromisso respiratório e/ou hemodinâmico. O exame físico é determinante para a sua suspeição no serviço de urgência. A radiografia torácica é o exame diagnóstico de eleição. O tratamento é geralmente apenas de suporte e o prognóstico favorável.

### **Traumatismo renal – Casuística do Hospital Dona Estefânia 2008-2014**

Maria Luís Sacras<sup>1</sup>, Sara Cordeiro Pereira<sup>1</sup>, Fátima Alves<sup>1</sup>, João Pascoal<sup>1</sup>

1. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia (HDE), Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), E.P.E.

**Introdução:** O traumatismo abdominal é uma importante causa de morbi-mortalidade em idade pediátrica, sendo frequente o atingimento renal.

**Objectivo:** Caracterização de internamentos por traumatismo renal num hospital terciário, HDE, CHLC, entre 2008 e 2014.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos doentes internados no Hospital Dona Estefânia, com pesquisa dos diagnósticos ICD-9 863 a 868 (traumatismo do tracto gastrointestinal, fígado, baço, rim, órgãos pélvicos e órgãos intra-abdominais NCOP) e consulta do processo clínico.

**Resultados:** No período considerado foram internados no Hospital Dona Estefânia 26 doentes com o diagnóstico de traumatismo renal, com média de idade de 11,1 anos, sendo 73,1% do sexo masculino. Foram transferidos de outro hospital 80,8% dos doentes. Em 100% dos casos, o traumatismo renal resultou de um traumatismo abdominal fechado, por lesão desportiva (34,6%), acidente de viação (26,9%) e queda (20,8%). Hematúria macroscópica foi detectada em 57,7 % dos doentes. Em 92,3% foi feita avaliação analítica (hemograma + bioquímica) e análise sumária de urina em 61,5%. A avaliação imagiológica foi feita por Ecografia em 84,6% dos doentes e por Tomografia Axial Computorizada em 61,5%. Em 50,0% dos casos verificou-se atingimento do rim direito, com apenas 1 caso de traumatismo bilateral. Em 80,8% dos casos coexistiam lesões de outros órgãos intra-abdominais, fracturas ou lesões cutâneas. 38,5% dos doentes foram internados em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. O tempo médio de internamento foi de 9,7 dias. O tratamento foi conservador na maioria dos casos (92,3%) e 26,9% dos doentes necessitaram de transfusão sanguínea. O controlo ecográfico da lesão durante o internamento foi feito em 80,8% e no seguimento em ambulatório (46,2%).

**Discussão:** As particularidades anatómicas em idade pediátrica condicionam uma maior incidência de traumatismos renais, sendo o rim afectado em 10% dos casos de traumatismo abdominal. São em geral de baixo grau, sendo a abordagem conservadora possível em 98% dos casos. Ainda que as últimas *guidelines* internacionais sugiram a avaliação imagiológica por TAC em casos de suspeita de lesão renal, este pressuposto tem vindo a ser questionado, sendo a avaliação ecográfica favorecida em situações de traumatismo ligeiro a moderado.

**Conclusão:** Os traumatismos renais em idade pediátrica são maioritariamente de baixo grau, sendo a avaliação por ecografia suficiente para o diagnóstico e seguimento da maior parte dos casos.

### **Traumatismo renal – a propósito de um caso clínico**

Maria Luís Sacras<sup>1</sup>, Rui Alves<sup>1</sup>, António Sousa Santos<sup>1</sup>, João Pascoal<sup>1</sup>

1. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.

Instituição: Hospital de Dona Estefânia, CHLC, E.P.E.

**Introdução:** O traumatismo renal é mais comum em idades pediátricas pelas particularidades anatómicas deste grupo etário. Ocorre mais frequentemente na sequência de traumatismos abdominais fechados e a maioria dos casos pode ser tratada conservadoramente, ficando a abordagem cirúrgica reservada para os casos de instabilidade hemodinâmica.

**Descrição:** Adolescente de 15 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de apendicectomia aos 14 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por traumatismo abdominal fechado na sequência de queda. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, com queixas de dor abdominal nos quadrantes esquerdos. Ao exame objectivo destacava-se abdómen sem equimoses visíveis, mole, depressível, apenas doloroso à palpação dos quadrantes esquerdos, com Murphy renal positivo homolateralmente. Realizou avaliação analítica que revelou hemoglobina 12,5 g/dL, sem outras alterações de relevo. Avaliação imagiológica com ecografia abdominal demonstrou a presença de extenso hematoma peri-renal esquerdo. A doente foi admitida em Serviço de Observação para vigilância. Durante esse período verificou-se agravamento hemodinâmico analítico (hemoglobina 11,5 g/dL), com necessidade de expansão de volume e presença de hematúria. Após estabilização, foi feita Tomografia Axial Computorizada abdominal, que confirmou a presença de volumoso hematoma peri-renal esquerdo, com fractura renal. Por deterioração clínica e analítica (hemoglobina 8,2 g/dL) persistente e necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário, a doente foi submetida a laparotomia exploradora. No intra-operatório constatou-se a presença de extenso hematoma retro-peritoneal, com fractura renal esquerda total elaceração da cápsula esplénica. Foi realizada nefrectomia esquerda e esplenectomia por impossibilidade de contenção da hemorragia esplénica. A evolução no pós-operatório foi favorável, com alta clínica ao 8º dia.

#### **Discussão:**

Os traumatismos renais em idade pediátrica são maioritariamente traumatismos de baixo grau. A abordagem conservadora, englobando a vigilância hemodinâmica, repouso e analgesia é eficaz, sendo mesmo aconselhada em traumatismos de alto grau. A única indicação inequívoca para a abordagem cirúrgica é a presença de instabilidade hemodinâmica.



#### **4 anos de queimaduras: um estudo epidemiológico no Hospital Dona Estefânia**

Joana Roque<sup>1</sup>, Maria Luís Sacras<sup>1</sup>, Maria Knoblich<sup>1</sup>, Regina Duarte<sup>1</sup>, João Pascoal<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Serviço de cirurgia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia (HDE) – Centro Hospitalar Lisboa Central EPE

**Introdução:** As queimaduras são causas frequentes de ida ao Serviço de Urgência em idade pediátrica. Correspondem à 4ª causa de lesão mais frequente, a seguir aos acidentes de viação, quedas e violência interpessoal; são também a 5ª causa mais comum de lesões não fatais da infância. Podem condicionar um impacto a longo prazo na vida da criança devido à disfuncionalidade das áreas afectadas e às alterações estéticas resultantes.

**Objectivos e Métodos:** Pesquisa retrospectiva na base de dados informática (SAM e HCIS) de todos os doentes internados no HDE por queimadura, de 2011 a 2014.

**Resultados:** Um total de 450 doentes foi incluído no estudo. Cerca de 78% dos doentes foram referenciados por outras instituições de saúde. A maioria dos doentes internados eram do sexo masculino (60%). A média de idades foi de 3,4 anos de idade. As queimaduras térmicas foram as mais frequentemente observadas e, dentro destas, as queimaduras por líquidos quentes – água, sopa, chá, café e leite – corresponderam ao mecanismo de lesão predominante (74%), seguidas pelas queimaduras por fogo (11%) e por contacto (10%). A maioria das queimaduras atingiram uma superfície de área corporal (SC) estimada em 0 a 10%, sendo grande parte de 2º grau. Queimaduras muito graves, atingindo mais de 40% da SC observaram-se em apenas 0,7% dos doentes. Contudo, 5 % dos doentes necessitaram de internamento temporário na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A taxa de infecção local foi de cerca de 7%, sendo o *S. aureus meticilino sensível* e a *Pseudomonas aeruginosa* os microorganismos mais frequentemente isolados. A maioria dos doentes recuperou apenas com a realização de pensos e cuidados fisiátricos. O enxerto cutâneo foi necessário em 19% dos doentes e a escarotomia em menos de 1%. As principais sequelas foram: cicatrizes hipertróficas (26%), bridas cutâneas (6%) e quelóides (6%).

**Discussão e Conclusões:** Os nossos dados estão de acordo com os descritos na literatura. Um *follow up* adequado é essencial e, na maioria dos casos, uma correcta e atempada intervenção previnem muitas das sequelas. A educação periódica da população é importante, uma vez que a maioria das queimaduras são evitáveis.

## **Dor torácica no Serviço de Urgência Pediátrico**

João Pedro Rato<sup>1</sup>, Magda Rodrigues<sup>2</sup>, Gabriela Araújo e Sá<sup>2</sup>

1 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2 – Serviço de Urgência Pediátrico, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A dor torácica é uma queixa frequente em idade pediátrica e motivo de preocupação para cuidadores e doentes. Causas orgânicas como doença cardiovascular são raras, mas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

**Objectivos e Métodos:** Caracterizar a etiologia de dor torácica nas crianças e adolescentes que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) de um hospital terciário, no período compreendido entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015, com a queixa principal na admissão de “dor torácica”. Foram analisados dados demográficos, as características da dor, antecedentes pessoais e familiares, a investigação complementar realizada, o diagnóstico final e a referenciação para consulta de especialidade. Excluíram-se os casos com trauma torácico associado.

**Resultados:** Foram identificados 77 doentes (sexo masculino: 44, sexo feminino: 33) no período correspondente. Idade média: 12 anos (intervalo: 4 – 17 anos). Exames complementares de diagnóstico realizados: radiografia de tórax em 37 doentes (48%), electrocardiograma em 29 (38%) e ambos em 14. Em 5 casos foram ainda avaliados marcadores séricos de necrose miocárdica. O diagnóstico final foi de dor torácica de origem idiopática em 38 casos (49%), origem músculo-esquelética em 23 (30%), psicogénica em 11 (14%), respiratória em 3 (4%), 1 doente com esofagite e 1 doente com disfunção do sistema de derivação ventriculo-peritoneal. Foram referenciados 11 doentes (14%) para avaliação posterior em consulta de Cardiologia Pediátrica e 13 (21%) para consulta noutras subespecialidades pediátricas.

**Discussão e Conclusão:** Os dados apurados confirmam aquilo que é descrito na literatura acerca da dor torácica em idade pediátrica: raramente esta se deve a doença cardiovascular. A anamnese detalhada mas dirigida aos fatores preditores de patologia cardíaca e o exame objetivo minucioso são determinantes na exclusão de causas graves e raras, evitando num número considerável dos casos o recurso a métodos complementares de diagnóstico. Pretende-se, assim, alertar os profissionais de saúde para o reconhecimento de sinais de alarme que obriguem a investigação diagnóstica mais aprofundada.

## **Emergência pediátrica pré-hospitalar: realidade de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

Ana Sofia Esteireiro<sup>1</sup>, Nuno Pedro<sup>1</sup>, Ana Tavares<sup>1</sup>, Anabela Bicho<sup>1</sup>

1 - Serviço de Pediatria Médica, Hospital de Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste

**Introdução:** As emergências pediátricas representam uma parcela relativamente pequena da assistência pré-hospitalar, contabilizando 5 a 10% do total de ocorrências. A VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) desempenha um papel crucial na assistência às crianças gravemente doentes assim como no transporte primário diferenciado.

**Objectivos:** Caracterização do perfil assistencial por parte da VMER de Caldas da Rainha (CR) à população pediátrica.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, consultando as fichas de observação médica da VMER-CR referentes à população com idade inferior a 18 anos, assistida entre Janeiro de 2010 e Junho de 2015. Analisaram-se variáveis epidemiológicas, motivo de activação, intervenção no local (monitorização e terapêutica), bem como o transporte realizado.

**Resultados:** No período supracitado a VMER-CR recebeu 10926 ativações, das quais 274 (2.51%) foram para população com idade inferior aos 18 anos, sendo 59.1% do sexo masculino. A mediana de idades foi de 10 anos. 46.4% registaram-se após as 16 horas, 47.1% no domicílio, 24.1% na via pública e 9.1% nas escolas. O tempo médio de chegada ao local foi de 11.7 minutos.

O principal motivo de ativação foi a causa não traumática (51.8%), atribuindo-se 40.8% das situações a convulsões, 28.2% a alterações do estado geral e 24.6% a patologia respiratória. Para os traumatismos (38.7%) contribuíram os acidentes de viação com 45.3%, juntamente com 7.5% de atropelamentos e 35.8% de quedas. Os afogamentos e as intoxicações corresponderam a 6.9% das ativações. Predominou a patologia não traumática nas idades inferiores a 2 anos e a traumática nos adolescentes. Efectuou-se monitorização em 87% e alguma medida terapêutica em 93.1% das situações. 92% das crianças foram transportadas para unidades hospitalares, 2.6% directamente para um Hospital Nível 3.

Ocorreram 5 óbitos (1.82%), todos em paragem cardiorrespiratória (PCR) à chegada da VMER-CR, resultantes de acidentes de viação (4) e afogamentos (1).

**Discussão/Conclusão:** Verificou-se uma menor percentagem de ativações da VMER por emergência pediátrica comparativamente aos dados dos nossos congéneres europeus (2.51% vs 5-10%). Observa-se uma homologia no que respeita aos principais motivos de ativação (situações de doença aguda e trauma). É importante realçar que o tempo médio de chegada ao local é célere (11.7 minutos). Cerca de 5.8% das crianças estavam estáveis, não carecendo de cuidados hospitalares. O controlo da dor é de extrema importância e foi assegurado em 86.9% dos casos. Nas situações em que ocorreu PCR à chegada da VMER, a evolução foi desfavorável.

## **Estudo retrospectivo da aplicação da *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale*(CPTAS) em latentes e crianças com Invaginação Intestinal no serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra entre 2012 e 2014**

Diana Dias, Tânia Ângelo e Tânia Lopes

Instituição: Serviço de Urgência – Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

**Introdução:** A invaginação intestinal representa a causa mais frequente de abdómen agudo pediátrico; sendo maioritariamente idiopática, do tipo ileo-ceco-cólico. É mais frequente dos 6 aos 36 meses e no sexo masculino. A avaliação ecográfica é imprescindível, sendo o tratamento de eleição a redução hidrostática ecoguiada, existindo 10% de recidivas. Casos de peritonite, choque e/ou perfuração requerem cirurgia emergente. A triagem permite avaliar a gravidade da situação do utente, atribuindo-lhe uma prioridade, assumindo-se como instrumento de gestão de risco clínico.

**Objetivos e Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo de processos clínicos de utentes admitidos no serviço de urgência pediátrica do CHUC, com diagnóstico de invaginação intestinal ileo-cecal entre 2012-2014. Os objetivos foram analisar o nível de triagem de enfermagem atribuído pela aplicação da tradução portuguesa da escala CPTAS 2008, aos utentes com invaginação intestinal; estudar as relações entre este e tempo de evolução clínica, tipo de tratamento e complicações, e entre tempo de evolução e complicações.

**Resultados:** Verificaram-se 19 invaginações intestinais ileo-cecais, havendo 3 recidivas. A média de idades foi 21 meses, sendo 73,7% do sexo masculino. Os meses de maior incidência foram Março, Maio e Setembro, todos com 4 casos. Foram triados 26,3% utentes com nível II, 63,2%-III e 10,5%-IV. Os sinais vitais mais avaliados foram tensão arterial (52,6%) e dor (73,7%). Quanto ao tempo de evolução, 21,1% apresentou-se <12H, 10,5% ≥12-24H, 15,8% ≥24-48H e 42,1% ≥48H. Dos utentes com tempo de evolução ≥48H, 60% correspondem ao nível III e 40%-II. Dos 12 utentes transferidos, 8 apresentavam diagnóstico ecográfico prévio; 4 foram triados nível II e os restantes nível III. 10 utentes fizeram redução hidrostática com sucesso e 6 sem sucesso (2 com evolução ≥ 48h e 1 invaginação secundária); o tempo mediano entre admissão e redução hidrostática foi 2H. 9 utentes realizaram cirurgia. Verificaram-se complicações em 3 utentes, com tempos de evolução <12H; ≥24-48H e ≥48H; sendo o primeiro triado nível III e os restantes II. Em 2 casos a ecografia demonstrou invaginação complicada, no terceiro foi tentada redução hidrostática sem sucesso. Dos 9 utentes submetidos a redução cirúrgica: 42,9% tiveram tempo de evolução ≥ 48h e 55,6% foram triados nível III.

**Discussão/conclusões:** O número de utentes triados níveis II e III foi significativo. A triagem foi adequada à gravidade dos utentes, com demora mediana de 2H até à redução. A taxa de sucesso de redução hidrostática foi mais baixa que a descrita na literatura, mas existiam factores de risco em metade dos casos de insucesso. Verificou-se baixa taxa de complicações.

### **Malrotação Intestinal: outra forma de apresentação em contexto de urgência**

Joana Roque<sup>1</sup>, Vanda Pratas Vital<sup>1</sup>, João Pascoal<sup>1</sup>

*Serviço de Cirurgia Pediátrica – Hospital de Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central EPE*

**Introdução:** A malrotação intestinal pode ter formas de apresentação clínica bastante variadas, abrangendo casos agudos que necessitam de intervenção cirúrgica imediata, como no caso do volvo intestinal, mas também casos mais insidiosos, com sintomatologia mais inespecífica, levando a um atraso no diagnóstico. Formas de apresentação atípicas têm sido descritas na literatura, alertando o médico para outras formas de diagnosticar malrotação intestinal.

**Descrição:** Criança do sexo masculino, 2 meses de idade, internado pelo Serviço de Urgência com história de dois episódios de encarceramento de hérnia inguinal, em menos de 24h, acompanhado por vômitos, irritabilidade e sensação de cólica abdominal. Ao exame objectivo, identificou-se um hidrocelo à esquerda e um cordão espermático espessado. O doente foi submetido a intervenção cirúrgica para correcção de hérnia inguinal. Verificou-se a existência de um linfocelo formado pela livre passagem de linfa da cavidade abdominal para o escroto pelo canal peritóneo-vaginal. A laparotomia revelou a existência de uma malrotação intestinal condicionando torção parcial do mesentério, com congestão dos linfáticos, e uma hérnia interna na raiz do mesentério. Procedeu-se à redução da hérnia interna e à correcção da malrotação. O pós-operatório não apresentou intercorrências e o doente teve alta 5 dias depois.

**Discussão:** A identificação de um linfocelo num doente com hérnia inguinal, em idade pediátrica, pode corresponder à existência de uma malrotação intestinal associada, condicionando uma obstrução dos vasos linfáticos e consequente exsudação de linfa. O diagnóstico e a correcção atempada da malrotação evita complicações graves futuras.

## O que esconde uma tosse persistente

Teresa Pena<sup>1</sup>, Ana Lúcia Cardoso<sup>1</sup>, Sara Soares<sup>1</sup>, Susana Lira<sup>1</sup>, Sónia Lira<sup>1</sup>, Edite Tomás<sup>1</sup>, Ribeiro de Castro<sup>2</sup>, Ferreira de Sousa<sup>2</sup>, Sandra Teixeira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

<sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto

### Introdução:

A tosse é um sintoma de muitas patologias, pulmonares e extrapulmonares, e constitui um dos principais motivos de consulta médica.

Classifica-se como aguda quando tem uma duração inferior a três semanas e persistente quando ultrapassa esse período.

Apesar da maioria dos casos ser de etiologia vírica ou alérgica, por vezes surgem diagnósticos inesperados, como no caso que passamos a descrever.

### Descrição do Caso Clínico:

Criança do sexo feminino, 19 meses, sem antecedentes relevantes. Trazida ao Serviço de Urgência por agravamento de tosse produtiva com 3 semanas de evolução, associada a rinorreia serosa. Sem febre. Noção materna de dificuldade respiratória e recusa alimentar parcial. À admissão, estava polipneica, com tiragem subcostal e gemido expiratório, sem hipoxemia. A auscultação pulmonar revelava sons globalmente diminuídos, tempo expiratório aumentado e sibilos dispersos. Analiticamente apresentava hemoleucograma normal e PCR negativa. Efetuou radiografia torácica (figura 1) que evidenciava volumosa imagem quística com nível hidroaéreo no hemitórax direito. Para esclarecimento da imagem, realizou TC torácica que documentava estômago intratorácico, lateralizado à direita, em topografia posterior, aspecto que se admitia decorrente de hérnia diafragmática (congénita?), sem outras alterações valorizáveis. O trânsito gastroesofágico confirmou a existência de herniação do estômago para o tórax. Perante este achado, a criança foi orientada para Cirurgia Pediátrica e submetida a laparoscopia que constatou uma hérnia do hiato esofágico com a totalidade do estômago intratorácico. Após Funduplicatura de Nissen, ficou clinicamente bem e assintomática.

### Discussão:

A hérnia do hiato consiste numa herniação do estômago para o mediastino posterior através do hiato esofágico. É uma patologia raramente descrita em crianças uma vez que a sua incidência aumenta com a idade. Existem quatro tipos de hérnia: por deslizamento ou tipo I, paraesofágica ou tipo II, mista ou tipo III e tipo IV quando outros órgãos, para além do estômago, se tornam intratorácicos. Clinicamente, o doente pode apresentar-se assintomático ou com sintomas inespecíficos como dor retrosternal, disfagia, pirose, enfartamento pós-prandial ou tosse. No caso clínico descrito, o diagnóstico de hérnia do hiato paraesofágica foi um achado decorrente da pesquisa etiológica da tosse persistente e da dispneia que a criança apresentava. Nestes casos, a reparação cirúrgica está indicada.

Com este caso, pretendemos, assim, alertar para a necessidade de não esquecer as anomalias anatómicas no diagnóstico diferencial da tosse persistente, apesar da sua raridade.

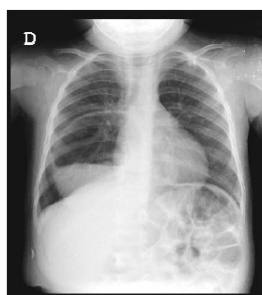


Figura 1. Radiografia torácica

### **Só se encontra o que se procura...**

Ana Lopes Dias<sup>1</sup>, Jorge Abreu Ferreira<sup>1</sup>, Juan Calviño<sup>1</sup>, João Paulo Gabriel<sup>2</sup>

1 – Serviço de Pediatria; 2 – Serviço de Neurologia

Unidade de Vila Real, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** O acidente vascular cerebral em idade pediátrica é pouco frequente, sendo a disseção da artéria vertebral uma causa rara. Esta pode ser espontânea ou traumática. A causa mais frequente desta última é o traumatismo brusco ou penetrante.

**Caso clínico:** Criança de 8 anos do género masculino, vítima de acidente de viação do qual resultou politraumatismo, é transportado para o serviço de urgência. À entrada encontrava-se em respiração espontânea, sem necessidade de O<sub>2</sub> suplementar, hemodinamicamente estável, com escala de coma de Glasgow (ECG) de 11, pupilas isocóricas e reativas, com mobilização ativa dos membros. Realizou de imediato tomografia computadorizada(TC) cranioencefálica(CE) que revelou “traços de fratura na calote óssea à esquerda, envolvendo o osso frontal e a grande asa esfenoidal, com fina lâmina hemática extra-axial subjacente”. Ficou internado em vigilância e em D2 de internamento, apresentando ECG 15, foi objetivada dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar-joelho à esquerda. Foi solicitada observação por neurologia e repetiu TC-CE que se revelou sobreponível. Por manutenção das alterações ao exame neurológico decidiu-se realizar angiorressonância magnética CE onde foram visualizadas: lesão isquémica aguda lacunar, no hemisfério cerebeloso esquerdo, no território da artéria cerebelosa postero-inferior (provável disseção à esquerda que terá recanalizado); ausência de fluxo no segmento V4 da artéria vertebral direita em provável relação com oclusão da mesma por disseção vertebral (hematoma mural a nível desse mesmo segmento). Iniciou tratamento com enoxaparina e posteriormente com acenocumerol, com melhoria progressiva do exame neurológico. Foi suspensa a hipocoagulação após 9 meses de tratamento, iniciando nessa altura ácido acetilsalicílico.

**Discussão:** É importante chamar à atenção de uma patologia rara, que requer um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico. O presente caso clínico demonstra a necessidade de uma abordagem multidisciplinar a fim de obter o melhor resultado para o doente.

## **Contracetivos orais e tromboembolismo pulmonar em idade pediátrica**

<sup>1</sup>Jacqueline Silva, Magda M Rodrigues<sup>2</sup>, Rita Pardal<sup>3</sup>, Gabriela Araújo e Sá<sup>4</sup>

- 1- Interna de Medicina Geral Familiar- Centro Saúde de Câmara de Lobos, SESARAM
- 2- Pediatra, Serviço de Urgência, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa
- 3- Interna de Ano Comum, Hospital Universitário de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa
- 4- Pediatra, Coordenadora do Serviço de Urgência, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma entidade rara, potencialmente fatal em idade pediátrica. Existem poucos dados acerca da incidência nesta população, descrevendo-se dois picos: 0-2 anos e na adolescência. A clínica é variável e inespecífica, com manifestações desde toracalgia, astenia, dispneia, tosse, cianose a colapso cardiovascular.

Os fatores de risco incluem: presença de catéter central, imobilização prolongada, politrauma, obesidade, neoplasias, trombofilia, coagulação vascular disseminada, síndrome nefrótica, doença cardíaca congénita, contraceção oral (CO) e gravidez. A elevação dos D-dímeros tem valor preditivo negativo e a Angio-Tomografia Computorizada (Angio-TAC) é *gold-standard* para o diagnóstico de TEP. A heparina de baixo peso molecular (HBPM) é a terapêutica de eleição e deve ser iniciada precocemente.

### **Caso Clínico:**

Adolescente, 13 anos, ginasta federada, previamente saudável. Dos antecedentes pessoais e familiares destacava-se terapêutica com CO há cinco meses e história de trombose venosa profunda (TVP) na mãe, em idade jovem, de etiologia não esclarecida.

Recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital terciário com queixas de febre, tosse, dispneia, ortopneia e toracalgia esquerda com uma semana de evolução. Observada previamente noutra instituição, com alta, medicada com paracetamol e ibuprofeno, sem melhoria clínica. Concomitantemente referia dor na coxa e região inguinal esquerdas, sem sinais inflamatórios locais que associou à prática desportiva.

Ao exame objetivo: PA normal, polipneica, taquicárdica e SpO<sub>2</sub> 97%. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Destacava-se dor à palpação da região coxo-femoralesquerda com ligeira claudicação da marcha, sem sinal *Homanns*. Restante exame irrelevante.

Da investigação realizada salienta-se equilíbrio ácido-base mantido, radiografia de tórax sem alterações, parâmetros de infeção negativos e elevação dos D-dímeros. Por suspeita clínica de TEP e TVP realizou *eco-doppler* que mostrou TVP ílio-femoral esquerda. A Angio-TAC foi compatível com TEP bilateral extensa, tendo iniciado anticoagulação com HBPM em dose terapêutica e meias de contenção elástica. A evolução clínica foi favorável. O estudo das trombofilias encontra-se em curso.

### **Discussão:**

A anamnese individual e familiar detalhada permite identificar fatores de risco para TEP. A avaliação deve ter lugar num contexto adequado, na consulta de planeamento familiar, como sustentado pela Sociedade Portuguesa da Contraceção.

História familiar de TVP sugere causa genética, obrigando investigação das trombofilias. A CO com estrogénios é fator de risco estabelecido de TEP e o risco relativo de trombose é 3-5 vezes superior com pílulas combinadas. A literatura salienta maior risco no primeiro ano de uso e nos CO contendo desogestrel e gestodene, comparativamente com levonorgestrel.



## **Transferências pediátricas inter-hospitalares no CHEDV**

Joana Silva<sup>1</sup>, Graça Loureiro<sup>1</sup>, Benedita Aguiar<sup>1</sup>, Lúcia Gomes<sup>1</sup>, Miguel Costa<sup>1</sup>.

1-Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.

**INTRODUÇÃO:** A rede de referência inter-hospitalar permite a observação dos doentes por especialidades/subespecialidades, bem como a realização de alguns exames complementares que estão apenas disponíveis em algumas unidades.

O Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV), dispõe de uma Urgência de Pediatria Geral, que conta com o apoio condicionado durante o período noturno e ao fim de semana das especialidades deste hospital, implicando assim a necessidade de transferência de doentes para outros hospitais em determinadas situações.

**OBJECTIVOS:** Caracterizar as transferências das crianças/adolescentes da urgência pediátrica do CHEDV.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão e análise dos processos clínicos eletrónicos dos doentes que recorreram ao Serviço de Urgência de Pediatria do CHEDV, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2014. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, mês, dia da semana e turno médico em que foram realizadas as transferências, bem como o motivo, destino e tipo de transporte efetuado.

**RESULTADOS:** Nos 2 anos analisados verificou-se a recorrência de 71137 crianças/adolescentes à urgência pediátrica, dos quais 466 (0,6%) foram transferidos.

Registou-se maior número de transferências ao sábado (16,1%) e domingo (16,3%) e durante o turno médico das 16 horas às 24 horas (42,3%). A quase totalidade das transferências (98,3%) foi efectuada por ambulância com acompanhamento médico e/ou enfermeiro, sendo as restantes (1,5%) através do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

Nas crianças transferidas verificou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (58,4%), uma média de idades de 8,8 anos e uma mediana de 8,0 anos.

A grande maioria das transferências (83,9%) verificou-se por indisponibilidade das subespecialidade pediátricas médicas e/ou cirúrgicas requeridas.

Das transferências realizadas, 142 (30,5%) decorreram de patologia gastrointestinal, 73 (15,7%) de patologia genito-urinária e 58 (12,4%) de patologia psiquiátrica.

O local de destino mais frequente foi o Hospital de São João (65,7%), seguido do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (12,4%) e Hospital de Magalhães Lemos (11,4%).

**CONCLUSÃO:** Este estudo demonstrou que a urgência pediátrica do CHEDV é auto-suficiente na grande maioria dos casos, transferindo apenas um pequeno número de crianças. O predomínio das transferências ao fim de semana e no período 16 horas às 24 horas está relacionado com a inexistência de apoio de algumas especialidades do CHEDV ao fim de semana e no horário entre as 20 horas às 8 horas. Os autores salientam a importância do conhecimento do panorama das transferências inter-hospitalares de forma a conseguir otimizar os cuidados de assistência prestados.

## **Trauma rodoviário em idade pediátrica – Casuística de um centro terciário**

Mariana Morgado<sup>1</sup>, Sara Lobo<sup>1</sup>, Andreia Felizes<sup>1</sup>, Stéfanie Pereira<sup>1</sup>, Filipa Jalles<sup>1</sup>, Francisco Abecassis<sup>2</sup>, Miroslava Gonçalves<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Interna de Cirurgia Pediátrica – Serviço de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Pediatria - Hospital de Santa Maria (CHLN)

<sup>2</sup> Assistente Hospital Graduado de Pediatria – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Departamento de Pediatria - Hospital de Santa Maria (CHLN),

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Sénior e Directora de Serviço de Cirurgia Pediátrica - Serviço de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Pediatria - Hospital de Santa Maria (CHLN)

**Introdução:** Os acidentes de viação constituem uma importante causa de mortalidade infantil. Em 2014, em Portugal, verificaram-se 31 mortes por milhão de habitante, em pessoas com idade inferior a 20 anos. Entre 1990 e 2012, houve uma redução superior a 90% das fatalidades ocorridas na faixa etária dos 0-20 anos, porventura pelo aumento das medidas de sensibilização.

**Objetivos:** Pretendemos, com este trabalho, estudar a população pediátrica vítima de trauma grave por acidente rodoviário com necessidade de internamento no Serviço de Cirurgia Pediátrica de um hospital terciário, identificando possíveis factores de risco e medidas preventivas.

**Materiais e métodos:** A população estudada inclui crianças que sofreram trauma grave, em contexto de acidente rodoviário (acidentes de viação entre veículos ligeiros, entre veículo ligeiro e bicicleta ou motociclo, quedas de bicicleta ou atropelamentos), com necessidade de internamento, entre Janeiro de 2012 e Junho de 2015. Incluíram-se variáveis como: sexo, idade, mecanismo e tipo de trauma, equipamento de proteção, necessidade de cirurgia ou sequelas. A análise estatística considerou  $p < 0,05$  estatisticamente significativo.

**Resultados:** Numa amostra de 104 doentes, 63,5% são do sexo masculino, com mediana de 12 anos de idade. Os mecanismos de trauma foram acidentes de viação (43,3%), atropelamentos (36,5%) e quedas de bicicleta (20,2%). A ausência de cinto de segurança ou cadeira adequada ocorreu em 33% dos acidentes entre veículos ligeiros e a ausência de capacete ocorreu em 87,1% dos acidentes de bicicleta/motociclo. Do total das vítimas, 36,9% estavam sozinhos no momento do acidente. Verificou-se traumatismo cranio-encefálico em 72,1% (mediana de 14 na escala de coma de Glasgow, à entrada), com lesão axonal difusa em 22,7%. O segundo traumatismo mais frequente foi o abdominal (49%). Verificou-se necessidade de cirurgia em 39,4% dos casos e 21,2% ficaram com sequelas pós-traumatismo.

A análise estatística permitiu estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre ausência de equipamento de proteção e a ausência de acompanhamento ( $p < 0,01$ ) e, entre ausência de equipamento de proteção e a presença de trauma vertebromedular ( $p < 0,05$ ). Nos acidentes entre veículos ligeiros, a ausência de equipamento de proteção adequado teve uma relação estatisticamente significativa com a presença de lesão axonal difusa ( $p < 0,05$ ).

**Discussão:** Perante os resultados, que demonstram relações estatisticamente significativas entre traumatismos graves e ausência de equipamento de proteção individual adequado, adotaram-se medidas de sensibilização dos cuidadores e das vítimas de trauma, a nível hospitalar. Contudo, reforça-se a necessidade de campanhas de incentivo ao aumento da segurança rodoviária infantil.

### **Uma causa rara de estridor recorrente**

Sara Soares, Ana Lúcia Cardoso, Teresa Pena, Catarina Liz, Ângela Machado, Joaquim Cunha, Carla Pinto Moura, Inês Azevedo, Leonilde Machado

#### **INSTITUIÇÃO:**

- 1- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
- 2- Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar de São João
- 3- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de São João

#### **INTRODUÇÃO:**

Os anéis vasculares, completos ou incompletos, são malformações raras do arco aórtico que podem causar compressão do esófago e/ou traqueia. Os sintomas respiratórios mais comuns são a tosse, estridor ou sibilância, ou menos vezes apneias. A sua inespecificidade pode conduzir a atraso no diagnóstico.

O síndrome do tronco braquiocefálico, ou artéria inominada, resultante da localização aberrante da artéria braquiocefálica direita, causa compressão parcial da traqueia, com traqueomalacia secundária variável. Pode manifestar-se como estridor persistente ou recorrente e o tratamento depende da gravidade dos sintomas.

#### **DESCRIÇÃO:**

Criança do sexo masculino, 3 anos, ex-prematuro 35 semanas, 2º gémeo. Iniciou aos oito meses de vida, episódios recorrentes de estridor e dificuldade respiratória, que motivaram 20 idas ao Serviço de Urgência (SU), num período de 21 meses. Respondia favoravelmente a corticoterapia e nebulizações com adrenalina.

Para exclusão de malformações laríngeas realizou laringotraqueoscopia que mostrou pulsatilidade nos primeiros anéis traqueais. A TC torácica sem contraste mostrou embainhamento da vertente anterolateral direita da traqueia que foi relatado como provável linfohemangioma. A broncofibroscopia revelou compressão traqueal anterior por provável artéria braquiocefálica, o que se confirmou em angiorressonância. Por ter ocorrido melhoria espontânea da sintomatologia, optou-se por uma atitude conservadora, com vigilância periódica em consulta.

#### **DISCUSSÃO:**

Os anéis vasculares são entidades raras que podem ter manifestações idênticas a patologias comuns num serviço de urgência. Um estridor com características incomuns, pela precocidade, recorrência ou persistência, sobretudo se bifásico ou associado a apneias, deve levar à suspeição de anomalias do arco aórtico e ser esclarecido atempadamente. A broncofibroscopia permite verificar a existência e grau de compressão, mas a angio-RM é fundamental no planeamento cirúrgico, quando indicado. No Síndrome do tronco braquiocefálico pode ocorrer melhoria sintomática com o crescimento, pelo que é aceitável atitude expectante nalguns casos.

## **Consumo de substâncias psicoativas numa urgência pediátrica – 3 anos de vigilância**

Lisete Lopes, Ana Ferraz, Patrícia Mação, Gustavo Januário, Ana Teresa Gil, Ana Brett, Lia Gata, Fernanda Rodrigues, Luís Januário

Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico, CHUC

### **INTRODUÇÃO**

Na adolescência o consumo de substâncias psicoativas (SPA) pode passar por uma experimentação, mas também tornar-se num padrão de abuso e dependência.

### **OBJETIVOS**

Caracterizar a população de adolescentes observados no serviço de urgência (SU) por consumo/intoxicação por SPA, em termos de readmissão pelo mesmo motivo e de manutenção de hábitos de consumo.

### **METODOLOGIA**

Estudo retrospectivo dos adolescentes (10-17 anos) observados numa urgência pediátrica de um hospital nível A1 por consumo/intoxicação por SPA, em 2012. Foi efetuado seguimento (novas admissões no SU e consultas) até out/2015.

Foram analisadas variáveis: demográficas, tipo de SPA, tipo de consumo, antecedentes pessoais relevantes e indicadores de risco social, referenciação na alta, seguimento em consulta, recorrência do consumo/intoxicação, readmissão no SU por consumo/intoxicação por SPA ou medicamentosa e por problemas psiquiátricos/comportamentais.

### **RESULTADOS**

Em 2012 foram admitidos no SU 51 adolescentes por consumo/intoxicação por SPA (etanol ou outras), 61% do sexo masculino e idade média de 16,4A. O consumo/intoxicação de etanol ocorreu em 65% dos casos e por outras SPA (canabinóides e novas SPA) em 41%, tendo sido misto em 10%. Excluindo o etanol (n=33), as SPA mais frequentes foram os canabinóides (n=18), seguidos das novas SPA (n=5). Apresentavam indicadores de risco social 18%. Apenas 1 caso (2%) tinha antecedentes de intoxicação por SPA.

Na alta, foram referenciados para consulta 24 adolescentes (47%) por: etanol - 9 (38%), canabinóides - 8 (33%), novas SPA - 3 (12%) e misto 4 (17%); maioritariamente para consultas de Pedopsiquiatria - 17 (71 %).

Atualmente nenhum doente referenciado do SU mantém seguimento, sendo que 11 (46%) tiveram alta por abandono. A mediana do tempo de seguimento em consulta foi 69 dias.

Verificou-se readmissão no SU em 5 casos (10%): 2 etanol, 1 canabinóides, 1 intoxicação medicamentosa e 1 caso por alteração de comportamento (agressividade). Destes, 3 tinham sido referenciados no primeiro episódio para consulta (2 para Pedopsiquiatria e 1 para Medicina do Adolescente), mas apenas 1 ainda mantinha seguimento. Dos 5 adolescentes readmitidos no SU, 3 mantiveram hábitos de consumo (canabinóides).

### **CONCLUSÃO**

Em 2012 a SPA que justificou maior número de admissões no SU foi o etanol, mas o número de admissões por outras SPA foi igualmente significativo, sobretudo canabinóides.

Cerca de metade dos doentes foi referenciado na alta para uma consulta, sendo os casos de consumo de canabinóides os mais referenciados.

O facto de a maioria dos adolescentes ter sido admitido no primeiro episódio por consumo de etanol, em relação provável com um consumo esporádico, poderá justificar o reduzido número de readmissões.

## **Ingestão de ímans de alta potência**

Ana Sequeira<sup>1</sup>, Magda M Rodrigues<sup>2</sup>, Joana Coelho<sup>1</sup>, Gabriela Araújo e Sá<sup>2</sup>

1. Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa
2. Serviço de Urgência Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A popularidade crescente de brinquedos magnéticos tornou a ingestão acidental de ímans de alta potência um problema atual na idade pediátrica. As complicações são múltiplas e potencialmente fatais, incluindo obstrução, ulceração, perfuração intestinal, desenvolvimento de fístulas e peritonite. O principal mecanismo fisiopatológico envolve a adesão entre diferentes ansas intestinais ou outros segmentos do trato digestivo devido à força de atração gerada quando ocorre ingestão de mais que um íman ou ingestão concomitante de um objeto metálico. Os sinais e sintomas são inespecíficos e podem surgir até 24 horas após a ingestão, dificultando o diagnóstico e intervenção precoces. Em aproximadamente 80% dos casos é necessária remoção endoscópica, cirúrgica ou ambas e em 43% dos doentes foi realizado um procedimento cirúrgico adicional. 9% dos doentes requer cuidados de longa duração devido a complicações.

**Descrição:** Criança de 2 anos de idade, sexo feminino, saudável. Suspeita de ingestão acidental de ímans de alta potência no dia anterior ao internamento. Doze horas depois iniciou quadro de vômitos aquosos e prostração, pelo que recorreu ao serviço de urgência. Sem sialorreia, disfagia ou dificuldade respiratória. Destacava-se palidez, prostração, auscultação pulmonar e exame abdominal sem alterações. A radiografia de abdómen revelou múltiplas imagens radiopacas circulares, com agrupamento linear, no duodeno. Foi submetida a endoscopia digestiva alta terapêutica com remoção de 14 ímans esféricos localizados ao nível de D1/D2, salientando-se mucosa duodenal com erosões superficiais. Repetiu radiografia de abdómen para controlo sem evidência de corpo estranho. Teve alta no segundo dia de internamento, medicada com omeprazol e sucralfato.

**Discussão:** Os autores pretendem alertar para os perigos da manipulação destes brinquedos, que devem estar fora do alcance de crianças.

No caso apresentado, houve suspeita de ingestão acidental, o que permitiu um diagnóstico e intervenção endoscópica atempada, sem o desenvolvimento de potenciais complicações. O crescente número de casos descritos na literatura reflete a necessidade de medidas pedagógicas preventivas no seio da comunidade relativamente ao perigo de materiais que contenham ímans de alta potência e uma consciencialização dos profissionais de saúde para este problema.

### **Bibliografia:**

1. Hussain SZ *et al.* Management of ingested magnets in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Sep;55(3):239-42
2. Butterworth J, Feltis B. Toy magnet ingestion in children: revising the algorithm. J Pediatr Surg. 2007 42, 12, e3-e5
3. Centers for Disease Control and Prevention. Gastrointestinal injuries from magnet ingestion in children - United States, 2003-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006; 55:1296–300
4. Balistreri W. Neodymium Magnets: Too Attractive? Medscape. Mar 12, 2014
5. Noel RA *et al.* Neodymium magnet adult desk toys are associated with increased medical and surgical intervention in children. Program and abstracts of Digestive Disease Week® 2013

## **Quando cair de bicicleta se torna uma emergência...**

Liliana Santos, Diana Coimbra, Catarina Cunha, Maria Francelina Lopes

Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

### **Introdução**

Andar de bicicleta melhora a saúde mental e física contudo, o ciclismo é dos desportos que mais traumatismos provoca e uma das mais frequentes causas de internamento e morte em menores de 15 anos.

### **Descrição**

Apresentamos casos clínicos representativos de sequelas pós queda de bicicleta.

Menino de 6 anos caiu de bicicleta e rapidamente desenvolveu enfisema subcutâneo cervical e pneumotórax hipertensivo bilateral que foi aspirado de imediato. Foi transferido entubado para hospital nível III. Em D3 realizou broncofibroscopia que revelou lesão da traqueia. Manteve-se sob tratamento conservador com resposta favorável tendo sido extubado em D4 e tendo alta em D8.

Adolescente de 14 anos deu entrada no serviço de urgência após queda de bicicleta com dor no hipogastro. A radiografia do abdómen mostrou pneumoperitoneu. Na laparotomia exploradora identificou-se perfuração do jejuno tendo-se realizado rafia intestinal. Teve alta em D5 assintomático.

Criança de 8 anos previamente saudável foi transferida para hospital nível III por massa abdominal palpável nos quadrantes direitos do abdómen de etiologia a esclarecer. Analiticamente destacava-se hemoglobina 9,7 mg/dL e os exames imagiológicos sugeriram tratar-se de hematoma retroperitoneal. Posteriormente os pais revelaram história de queda de bicicleta 3 dias antes. Ficou internada para tratamento conservador. Teve alta ao 31º dia de internamento mantendo seguimento em consulta e com resolução do hematoma na ecografia realizada 5M após o traumatismo.

Criança de 10 anos recorreu ao SU oito horas após queda sobre o guiador de bicicleta com vômitos e dor abdominal. Ao exame objetivo identificava-se equimose ligeira arredondada para umbilical direita, a palpação do abdómen despertava dor na FIE e epigastro mas sem defesa nem sinais de irritação peritoneal. Na avaliação imagiológica identificou-se área de efracção na transição do corpo/cauda do pâncreas, com aparente coleção adjacente. Foi submetida a tratamento conservador tendo alta em D8 assintomática.

Adolescente de 14 anos foi vítima de atropelamento enquanto andava de bicicleta. Na avaliação inicial apresentava hipotensão, SatO<sub>2</sub> 92%, expansibilidade torácica simétrica apesar de redução do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Na radiografia de tórax e TC identificaram-se alterações sugestivas de eventração diafragmática esquerda, hemopneumotórax e laceração esplénica. Foi submetido a toracoscopia que mostrou hérnia diafragmática. Após conversão para laparotomia realizou-se frenorrafia e optou-se por tratamento conservador do traumatismo esplénico. Teve alta ao 14º dia pós-operatório.

### **Discussão**

A prevenção dos acidentes de bicicleta constitui a chave na redução do número de vítimas, no entanto o reconhecimento adequado e tratamento atempado possuem também um papel fundamental.

**Titulo: Tratamento do pseudoquisto pancreático na criança**

Sara Carmo<sup>1</sup>, Gonçalo Ramos<sup>2</sup>, Rafaela Murinello<sup>1</sup>, Cristina Borges<sup>1</sup>, João Pascoal<sup>1</sup>

Instituição:

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Pediátrica – Hospital Dona Estefânia, CHLC

<sup>2</sup>Serviço de Gastroenterologia – Hospital dos Capuchos, CHLC

**Introdução:** A lesão pancreática é pouco comum na criança com traumatismo abdominal. Quando coexiste traumatismo retroperitoneal a incidência de pseudoquisto pancreático é elevada. O tratamento conservador deverá ser a primeira escolha em idade pediátrica. No entanto, quando o quadro clínico é complicado por dor abdominal recorrente, vômitos por compressão gástrica ou duodenal ou sobre-infecção, poderá implicar intervenção. A abordagem intervencionista pode ser endoscópica ou cirúrgica. Apesar de não ser isenta de complicações a abordagem endoscópica tem, aparentemente, menor morbidade e complicações do que a cirúrgica.

**Descrição:** Criança de 7 anos, vítima de acidente de viação com sistema de retenção adequadamente colocado, do qual resultou traumatismo abdominal fechado com lesão hepática de grau II, pancreática de grau II e renal bilateral de grau I (classificação *American Association for the Surgery of Trauma*). Realizada atitude conservadora com evolução favorável das lesões hepática e renais e evolução da contusão pancreática para pseudoquisto da cabeça e corpo do pâncreas. Início de febre 3 dias após o traumatismo que manteve de forma intermitente apesar de antibioterapia, associada, a partir do 15º dia, a vômitos e dor abdominal, condicionando necessidade de intervenção. Realizada drenagem quisto-digestiva endo-ecoguiada no 33º dia pós traumatismo, com diminuição das dimensões do quisto e colheita de pus para exame microbiológico permitindo antibioterapia dirigida.

**Discussão:** O tratamento conservador deverá ser a primeira escolha em idade pediátrica. Quando é necessária intervenção, a drenagem endoecoguiada deve ser a opção de escolha. A derivação quisto-digestiva deverá ser a técnica cirúrgica escolhida se evolução arrastada e refractária à terapêutica endoscópica egoguiada.

## **Simulações na Sala de Emergência – a experiência de um Serviço de Pediatria**

Cristiana Martins, Joana Cotrim, Juan Calviño

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

### **Introdução**

As simulações na sala de emergência (SE) têm como objetivo reproduzir pacientes reais e situações de crise. Estes treinos pretendem preparar os profissionais de saúde através de experiências repetidas e feedback em meio controlado.

### **Objetivos**

Avaliar o impacto e utilidade prática das simulações na SE a fim de melhorar a atuação em situações reais de emergência.

### **Material/métodos**

As simulações foram realizadas na SE com a colaboração de médicos e enfermeiros utilizando-se um boneco de simulação avançada em todos os cenários. Em cada simulação pretendeu-se reforçar o trabalho em equipa e capacidade de liderança, abordar diferentes casos clínicos, sistematizar o método de avaliação ABC, treinar aspetos práticos como utilização do ventilador, drenagem torácica, desfibrilhação/cardioversão, colocação de acesso intra-ósseo, cálculo das doses e perfusões de fármacos.

Todos os profissionais foram convidados a preencher um inquérito acerca das simulações realizadas.

### **Resultados**

Foram realizadas 18 simulações entre Dezembro 2013 e Outubro 2015.

Responderam ao inquérito 23 profissionais de saúde: 14 médicos especialistas, 1 interno de formação específica e 8 enfermeiros. Relativamente aos anos de experiência dos inquiridos (n=22): 4 apresentavam menos de 5, 6 entre 5-10 e 12 mais de 10 anos. A maioria tinha realizado o último curso de suporte de vida entre 1 e 5 anos atrás.

A média de simulações lideradas por cada médico especialista foi de 1,3 (mínimo 0, máximo 3)

As explicações e informações prévias às simulações foram consideradas úteis (11/18). O grau de confiança relativa ao conhecimento geral da SE e realização de técnicas melhorou após as simulações. A maioria dos inquiridos considerou que as simulações reduziram a ansiedade, aumentaram a capacidade de organização na SE e a capacidade de liderança da equipa.

Os protocolos e informações disponíveis na SE foram considerados úteis (7/17) mas escassos tal como os cenários (8/17) utilizados.

O ambiente na SE foi considerado apropriado, sem demasiadas interrupções e com fácil entendimento entre os participantes.

No final da simulação a maioria dos inquiridos sentiu-se muito confortável (10/18) em colocar dúvidas e considerou ter sido fácil (7/17) reconhecer os erros. O debriefing foi considerado muito útil (9/17).

A localização do material na SE foi considerada adequada (12/18).

### **Conclusões**

As simulações realizadas tiveram um impacto positivo no treino de prestação de cuidados à criança gravemente doente. Há necessidade de aumentar a variedade de cenários, a frequência das simulações e o número de algoritmos de apoio disponíveis na SE a fim de otimizar futuros exercícios.