

ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

2005

- INDICE POR SERVIÇOS -

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DIRECTOR: PROF. DOUTOR JOÃO VIDEIRA AMARAL

PEDIATRIA GERAL

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA NOS CONCURSOS: OS VELHOS E OS NOVOS CRITÉRIOS

João M. Videira Amaral

AS HUMANIDADES E A FORMAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

João M. Videira Amaral

NOTAS E REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA (A PROPÓSITO DO CONGRESSO MUNDIAL AMEE 2005).

João M. Videira Amaral

QUE ACTIVIDADE CIENTÍFICA IMPORTA?

Luís Pereira-da-Silva.

ACTIVIDADE CIENTÍFICA HOSPITALAR: A NOSSA REALIDADE.

Luís Pereira da Silva.

CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE PEDIATRIA EM 2006-2015.

Daniel Virella,

A ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE

Maria do Carmo Vale

SERVIÇO 1 (PEDIATRIA)

DIRECTOR: DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA

Assistentes Graduados	Assistentes	Internos do Complementar
<i>(ordem alfabética)</i>	<i>(ordem alfabética)</i>	Alexandra Couto
Alex Leon Duarte	Ana Filipa Santos	Carina Borba
Ana Leça Pereira	Isabel Afonso	Catarina Gouveia
António Bessa Almeida	Leonor Sasseti	Sandra Jacinto
Inês Pó	Margarida Ramos	Marina Rita Soares
João Pinto Baldaia	Mónica Pinto	Filipe Silva
José Cabral	Raul Barbosa Silva	Ana Rute Ferreira
José Conde Blanco		Sílvia Freira
Luís Varandas		Dora Gomes
Luís Ribeiro Silva		Sara Silva
Manuela Veiga		Rute Neves
Maria Carmo Pinto		Mafalda Paiva
Maria Teresa Santos		Sandra Cristina C Santos
Mário Coelho (Director Clínico)		João Pedro M. Farela Neves
Oscar Ortet		Raquel Miranda Ferreira
		Pedro Miguel Cardoso Garcia
		Maria Ema Martins R. Leal
		Maria Júlia Calvo Galhardo

SALA 1 - PEDIATRIA GERAL

DOENÇA CELÍACA

Dora Gomes

EMERGÊNCIA CIRÚRGICA OU INFECCIOSA?

Filipe G. Silva, Luis Varandas, Gonçalo Cordeiro Ferreira

DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Oliveira; Manuela Veiga; Alex Figueiredo; Sandra Santos; Aldina Alves; Guilhermina Cantinho

CÁRIES PRECOSES DA INFÂNCIA

Marta Oliveira, Sandra Santos

AValiação DO ESTADO VACINAL DE CRIANÇAS INTERNADAS

João Farela Neves, Marta Oliveira, Ana Leça

PFAPA: UM CASO CLÍNICO

Paula Kjällerström*, João Farela Neves*, Andreia Mascarenhas*, Sona Balde*, Margarida Ramos*, Gonçalo Cordeiro Ferreira*

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: QUAIS SÃO AS JOVENS EM RISCO?

Sílvia Freira*, M.C. Santos**, S. Santos**, C. Colaço**

FACTORES BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO CASO-CONTROLO

Sílvia Freira*, Luís Pereira da Silva*, Filomena Malveiro**, Maria do Carmo Santos***, Susana Santos***, Cláudia Colaço***, Paula Salinas***.

CMV – DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Raquel Marta, Pedro Garcia, Ana Rute Ferreira, Susana Rocha, Dolores Barros, António Figueira, Gonçalo Santos

UM CASO DE ESTRIDOR PERSISTENTE EM CRIANÇA DE 12 MESES

Raquel Marta, Ana Rute Ferreira, S. Castro, Gonçalo C. Santos, António Amador

NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 – CASO CLÍNICO

Raquel Marta, Ana Ferreira, Susana Rocha, Pedro Garcia, Catarina Sousa, António Figueira

FORMAÇÃO EM PEDIATRIA: INTERNATO COMPLEMENTAR: CONCRETIZAÇÕES

Catarina Gouveia.

ABCESSO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Farela Neves, Paula Kjällerstrom, Andreia Mascarenhas, Sona Balde, Margarida Ramos, Gonçalo Cordeiro Ferreira

UNIDADE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

TUBERCULOSE MUTIRRESISTENTE – CASO CLÍNICO

Raquel Ferreira, A. Pinheiro, F. Cunha, Luís Varandas

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO- CASO CLÍNICO

Dora Gomes, Rita Machado, Ana Rute Ferreira, Luís Varandas, Teresa Santos, Gonçalo Cordeiro Ferreira

TRAVELER'S DIARRHEA IN A PORTUGUESE PAEDIATRIC POPULATION

Filipe Silva, António Figueiredo, Luís Varandas, Gonçalo Cordeiro Ferreira

VIVI – QUE VIDA?

Filipe G. Silva, Leonor Carvalho, Ana Leça

EMPIEMA SUBDURAL A *SALMONELLA ENTERITIDIS*: UM CASO CLÍNICO”

Sandra Santos, Marta Oliveira, Mário Matos, Luis Varandas

CASUÍSTICA DOS INTERNAMENTOS POR MALÁRIA NOS HOSPITAIS DONA ESTEFÂNIA E FERNANDO DA FONSECA DE 1994 A 2004.

Sílvia Freira, C. Luís, C. Santos, M.J. Brito, Luís Varandas, H. Carreiro, Gonçalo Cordeiro Ferreira

**AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL EM CRIANÇAS INTERNADAS /
VACCINATION RATES IN LISBON, PORTUGAL**

João Farela Neves, Ana Leça, Manuel Carmo Gomes, Marta Oliveira, Gonçalo Cordeiro Ferreira

“AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL EM CRIANÇAS INTERNADAS”

João Farela Neves, Marta Oliveira, Ana Leça

ABCESSO HEPÁTICO POR *ENTAMOEBIA HISTOLYTICA* : CASO CLÍNICO

Ana Pinheiro, Raquel Ferreira, Ana Leça

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-EPILEPTICOS: CASO CLÍNICO

Ana Pinheiro, Raquel Ferreira, Luís Varandas

PARASITOSSES SISTÉMICAS: CASUÍSTICA 2000-2005

Rita Machado, Cláudia Constantino, Luís Varandas

SAPOVÍRUS E GASTRENTERITE - AGENTE A CONSIDERAR?

Rita Machado, Sara Silva, Ana Leça, Teresa Santos, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Helena Rebelo-Andrade

TUBERCULOSE DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Filipa Paramés, Rita Machado, Luís Varandas, Ana Leça, Teresa Santos, Gonçalo Cordeiro Ferreira

“DETECTION OF ATOVAQUONE-PROGUANIL RESISTANCE CONFERING MUTATIONS IN *PLASMODIUM FALCIPARUM* CYTOCHROME B GENE IN LUANDA, ANGOLA”.

Sónia Pimentel, Fátima Nogueira, Carla Benchimol, Vatúsia Quinhentos, Joana Bom, Luís Varandas, Virgílio do Rosário, Luís Bernardino

UNIDADE DE ADOLESCÊNCIA

TORÇÃO DE QUISTO PARA-OVÁRIO EM JOVEM COM DOR ABDOMINAL RECORRENTE

Sílvia Freira, Sara Pereira, Cristina Borges, J. Freixo, José Cabral, M. Carmo Pinto, Gonçalo Cordeiro Ferreira

DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTE COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sílvia Freira, Lurdes Candeias, José Cabral, M. Carmo Pinto, Gonçalo Cordeiro Ferreira

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.

Mesa Redonda - “O ambiente, a criança e o adolescente - patologias emergentes”

Maria do Carmo Pinto.

UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO

PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUNS CASOS DO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Marco Medeiros, Mónica Pinto, João Estrada, Maria do Carmo Vale

ASPERGER’S SYNDROME IN A DOWN’S SYNDROME TEENAGER: CAN BOTH COEXIST?

Mónica Pinto, Sofia Gonçalves, Luísa Cotrim

Iº CURSO BÁSICO DE DESENVOLVIMENTO / DESENVOLVIMENTO NORMAL E SINAIS DE ALARME

Maria Carmo Vale, Mónica Pinto

MÁS NOTÍCIAS

Maria do Carmo Vale

ACTIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DO CONCELHO DE LISBOA

Catarina Gouveia, Luís Pereira-da-Silva, Daniel Virella, Carina Borba, Paula Silva, João M. Videira Amaral

SERVIÇO 2 (PEDIATRIA)

DIRECTORA: DR.^a FELISBERTA BARROCAS

Chefe de Serviço	Assistentes Eventuais	Internos do Complementar
Lino Rosado	<i>(ordem alfabética)</i>	António Figueiredo
	Ana Cristina Ferreira	Sixto Arriazu
Assistentes Graduados	Carla Pereira	Laura Oliveira
<i>(ordem alfabética)</i>	Daniela Amaral	Sónia Sousa
Ana Paula Serrão	Gisela Neto	Ana Pita
Arlete Sousa Neto		Fátima Nunes
Guilhermina Fonseca		Sara Reis
J. Sílvia Sequeira		Ana Alegria
Joaquim Sequeira		Maria João Parreira
José Oliveira Santos		Rita Machado
José Cavaco		Cláudia Constantino
Judite Batista		Marta Alexandra Oliveira
Lígia Braga		Paula Margarida Kjllerstrom
Fátima Abreu		Andreia F Mascarenhas
Flora Candeias		Cristina Clara Henriques
Isabel Castro		
Lurdes Lopes		
Orquídea Freitas		
Margarida Abranches		
Rosa Pina		
Teresa Almeida		

PEDIATRIA GERAL

PARALISIA CEREBRAL E HIPOXIA INTRAPARTO AGUDA

Maria de Fátima Nunes, Catarina Gouveia, Manuela Escumalha, Manuel Cunha, Helena Carreiro, Maria do Céu Machado

UNIDADE DE NEFROLOGIA

ÁCIDO ÚRICO E HIPERTENSÃO: NOVOS CONHECIMENTOS

Margarida Abranches

COMPLICAÇÕES DAS PIELONEFRITES

Margarida Abranches

O EXERCÍCIO FÍSICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ana Paulo Serrão *

EDITORIAL

Judite Batista

ENURESE, AINDA, PORQUÊ?

Judite Batista

GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL ASSOCIADA A OBESIDADE PEDIÁTRICA: UMA PATOLOGIA EMERGENTE

Margarida Abranches, Judite Batista

HUMANIZAR E INOVAR EM URODINÂMICA PEDIÁTRICA

Judite Batista, Margarida Abranches

O IMPACTO DA DIETA NA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Judite Batista, Isabel Castro

HIPERTENSÃO ARTERIAL, ANÚRIA E DIÁLISE PERITONEAL

Gisela Neto

**A DOENÇA CRÓNICA E O ADOLESCENTE - QUE REPERCUSSÕES?
PERSPECTIVA DO NEFROLOGISTA**

Gisela Neto

SÍNDROMA NEFRÓTICO ASSOCIADO A HEPATITE B

Catarina Gouveia¹, Carla Santos¹, Pilar Valente¹, Arlete Neto¹, Margarida Abranches¹, Inês Pó², Judite Batista¹.

SÍNDROMA NEFRÓTICO E DOENÇA CELÍACA NA INFÂNCIA: I. PERCEÇÃO DOS PEDIATRAS FACE AO MODO COMO AS MÃES LIDAM COM A DOENÇA, A SUA ADESAO ÀS PRESCRIÇÕES MÉDICAS E A RELAÇÃO ESTABELECIDADA

Salomé Vieira Santos¹, Paulo Ramalho², Judite Batista³, Célia Pinto³, Gabriela Sá²

A UNIDADE DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Ana Paula Serrão, Arlete Neto, Gisela Neto, Isabel Castro, Judite Batista, Margarida Abranches, Alzira Silva, J Ferra de Sousa

O CALENDÁRIO MICCIONAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA CRIANÇA

Margarida Abranches, Judite Batista

O ENSINO DO ASSEIO, A ENURESE E OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Judite Batista, Margarida Abranches.

UNIDADE DE PNEUMOLOGIA

UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA E NUTRIÇÃO

SÍNDROMA NEFRÓTICO ASSOCIADO A HEPATITE B

Catarina Gouveia¹, Carla Santos¹, Pilar Valente¹, Arlete Neto¹, Margarida Abranches¹, Inês Pó², Judite Batista¹.

LONG TERM FOLLOW-UP OF CHRONIC HBV INFECTION: ANY TREATMENT IS BETTER THAN NO TREATMENT?

Antonio Figueiredo, Sandra Jacinto, Filipa Santos, Isabel Afonso, José Cabral, Inês Pó, Gonçalo Cordeiro-Ferreira

CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

Mesa Redonda – “Áreas de inovação técnica e terapêutica”

Isabel Afonso

LINFOMA DE BURKITT GASTRINTESTINAL DA CRIANÇA

Alexandra S Couto, José Cabral

UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

OBESIDADE E ATRASO DO DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR ASSOCIADOS A DELEÇÃO NO CROMOSSOMA 11

Sónia do Vale, Ana Isabel Dias, Margarida Abranches, Teresa Kay, Guilhermina Fonseca

UNIDADE DE IMUNOHEMATOLOGIA

NEUTROPÉNIA - CASO CLÍNICO, REVISÃO TEÓRICA E PROPOSTA E PROTOCOLO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Maria de Fátima Nunes, Margarida Marujo, Teresa Almeida, Orquídea Freitas.

UNIDADE DE DOENÇAS METABÓLICAS

COMBINED NUTRITIONAL SUPPORT AND CONTINUOUS VENOVENOUS REMOVAL THERAPY IN THE ACUTE PHASE OF MSUD: A CASE REPORT

Maria João Lage, Sílvia Sequeira, Micaela Serelha

SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA

DIRECTOR: PROF. DR. JOSÉ ROSADO PINTO

Assistentes Graduados	Assistentes	Internos do Complementar
Mário Morais Almeida	<i>(ordem alfabética)</i>	Luís Borrego
	Ana Margarida Romeira	Pedro Martins
	Ângela Gaspar	Susana Piedade
	Cristina Santa-Marta	Isabel Costa Silva
	Graça Pires	Susana Marinho
	Jorge Fernandes	Sónia Lambin
	Paula Leiria Pinto	Sara Palma Carlos Figueiredo
	Sara Prates	Miguel Ribeiro Paiva
		Susana Maria R Carvalho
		Helena Matos Pité

MEDIÇÃO DO pH NO CONDENSADO BRÔNQUICO DE DOENTES ASMÁTICOS – COMPARAÇÃO DE DOIS MÉTODOS

Pedro Martins^{1,2,3}, Iolanda Caires², José Rosado Pinto¹, Nuno Neuparth^{2,3}, António Rendas²

¹Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, ²Departamento Universitário de

ADVIA CENTAUR®: VALIDAÇÃO DE UM MÉTODO DIAGNÓSTICO

Pedro Martins¹, Sónia Rosa¹, Ana Romeira¹, Sara Prates¹, Graça Pires¹, Vitória Matos², Virgínia Loureiro², José Rosado Pinto¹

HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

Teresa Vau, Susana Palma Carlos, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

ALERGIA A PERCEVES NO CONTEXTO DA SÍNDROME ÁCAROS-CRUSTÁCEOS-MOLUSCOS-BARATAS

Susana Marinho¹, Ângela Gaspar¹, Mário Morais-Almeida¹, Idoia Postigo², Jorge Guisantes², Jorge Martínez^{2,3}, José Rosado-Pinto¹

IgE MEDIATED HYPERSENSITIVITY TO PARACETAMOL

Pedro Martins, Ângela Gaspar, Graça Pires, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

ANAFILAXIA NO PERÍODO PERI-OPERATÓRIO: IMPLICAÇÕES DE UMA DEFICIENTE COMUNICAÇÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Romeira, Susana Rodrigues Carvalho, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

ESPIROMETRIA PRÉ-ESCOLAR: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO – QUE IMPLICAÇÕES?

Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, Nuno Neuparth, José Rosado Pinto

SÍNDROME DE ECZEMA/DERMATITE ATÓPICA EM PORTUGAL – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO

Susana Oliveira, Miguel Borrego, Elsa Pargana, Sara Prates, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

ASMA – FACTOR DE RISCO PARA HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES?

Carlos Neto Braga, Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, Susana Marinho, José Rosado Pinto

O LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM URTICÁRIA CRÓNICA E/OU ANGIOEDEMA

Pedro Martins¹, Vitória Matos², Virgínia Loureiro², José Rosado Pinto¹.

DERMATITE ATÓPICA CANINA EM LISBOA: PREVALÊNCIA DE REACÇÕES POSITIVAS NOS TESTES INTRADÉRMICOS

Ana Mafalda Lourenço^{1*}, Mário Morais de Almeida², M.C.Peleteiro¹, J.H.Duarte Correia¹

HIPERSENSIBILIDADE AO TRIGO: FORMAS DE APRESENTAÇÃO E PROTEÍNAS ALERGÉNICAS

Ana Teresa Silva, Cristina Santa Marta, Sara Prates, Mário Morais-Almeida, José Rosado Pinto

EXPOSIÇÃO A ANIMAIS DOMÉSTICOS, SENSIBILIZAÇÃO E DOENÇA ALÉRGICA

Susana Marinho, Ana Margarida Romeira, Mário Morais-Almeida, José Rosado-Pinto

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA RINITE EM DOENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DE PORTUGAL CONTINENTAL – ESTUDO ARPA

Mário Morais-Almeida*, Carlos Loureiro**, Ana Todo-Bom**, Carlos Nunes***, Celso Pereira**, Luís Delgado****, Mário Miranda****, Maria da Graça Castel-Branco****, Ana Macedo*****

ALERGIA A PERCEVES NO CONTEXTO DA SÍNDROME ÁCAROS-CRUSTÁCEOS-MOLUSCOS-BARATAS

Susana Marinho¹, Ângela Gaspar¹, Mário Morais-Almeida¹, Idoia Postigo², Jorge Guisantes², Jorge Martínez^{2,3}, José Rosado-Pinto¹

DOENÇA(S) ALÉRGICA(S) DAS VIAS AÉREAS: RINITE E ASMA?

Susana Piedade, Susana Marinho, Ana Romeira, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

**DIA MUNDIAL DA ALERGIA: RASTREIO DE DOENÇAS ALÉRGICAS
NO SPORT LISBOA E BENFICA**

Miguel Paiva, Joana Caiado, Anna Ravasqueira, Ângela Gaspar, Elisa Pedro, Adozinda Antunes, Margarida Cortez, Susel Ladeira, Carlos Nunes, Manuel Branco Ferreira, Mário Morais de Almeida

RASTREIO POPULACIONAL DE DOENÇA ALÉRGICA – DIA MUNDIAL DA ASMA 2005

Susana Piedade, Pedro Martins, Susana Carvalho, Miguel Borrego, Anália Matos, Joana Melo, Eduarda Seródio, Adozinda Antunes, Cristina Santa Marta, Susana Marinho, Mário Morais de Almeida

MAPA POLÍNICO DA REGIÃO DE LISBOA: 2002-2005

Ângela Gaspar*, Mário Morais de Almeida*, Elsa Caeiro**, Rui Brandão**, José Rosado Pinto*

**IS IT IMPORTANT TO MODIFY THE DETECTION LEVELS OF SPECIFIC IgE IN
CLINICAL PRACTICE?**

Mário Morais-Almeida*, Susana Piedade*, Ângela Gaspar*, Virgínia Loureiro**, José Rosado-Pinto*

**INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA AO LEITE DE VACA – QUEM, PORQUÊ, QUANDO, COMO
E ONDE?**

Mário Morais de Almeida, Susana Piedade, Ângela Gaspar, Susana Marinho, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

**HYPERSENSITIVITY TO INHALED CORTICOSTEROIDS – WHAT IS THE ROLE OF
SKIN TESTS?**

Ana Romeira, Teresa Almeida, Luís M. Borrego, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

**HOSPITAL DE DIA NA HIPERSENSIBILIDADE A FÁRMACOS: SEGURANÇA DAS
PROVAS DE PROVOCAÇÃO**

Susana Palma-Carlos, Susana Carvalho, Teresa Almeida, Carlos Braga, Miguel Borrego, Ana M Romeira, Ângela Gaspar, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

**ANAFILAXIA A MANDIOCA: IDENTIFICAÇÃO DO ALERGÉNIO RESPONSÁVEL PELA
REACTIVIDADE CRUZADA COM LÁTEX**

Ângela Gaspar¹, Pedro Martins¹, Graça Pires¹, Monika Raulf-Heimsoth², Hans-Peter Rihs², Teresa Fonseca³, Rita Murta³, Mário Morais de Almeida¹, José Rosado Pinto¹

**ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA HIPERSENSIBILIDADE ÀS CEFALOSPORINAS,
REFLEXÕES A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Teresa Almeida, Susana Palma-Carlos, Susana Carvalho, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

CAMARÃO – “...MAS VOCÊS COMEM AS CABEÇAS??”

Sónia Rosa¹, Natália Fernandes², Susana Piedade¹, Teresa Fonseca³, Rita Murta³, Sara Prates¹, Cristina Santa Marta¹, José Rosado Pinto¹

DEFICIÊNCIA DE FACTOR C3 – UM CASO CLÍNICO

Pedro Martins, Ângela Gaspar, José Rosado-Pinto

EXPOSIÇÃO A ANIMAIS DOMÉSTICOS E RISCO DE ASMA – ESTUDO POPULACIONAL

Susana Marinho, Susana Piedade, Ana Romeira, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

ANAFILAXIA ALIMENTAR GRAVE – É IMPORTANTE NOTIFICAR?

Natália Páris Fernandes¹, Sónia Rosa², Pedro Martins², Sara Prates², José Rosado Pinto²

ANAFILAXIA RECORRENTE – A CRUA VERDADE

Cristina Santa Marta, Susana Piedade, José Rosado Pinto

MÚLTIPLOS ALIMENTOS, MÚLTIPLAS MANIFESTAÇÕES, MÚLTIPLOS MECANISMOS

Susana Piedade, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

URTICÁRIA AO FRIO: UMA REALIDADE EM CARACTERIZAÇÃO

Susana Piedade, Mário Morais de Almeida, Ângela Gaspar, Sónia Rosa, Cristina Santa Marta, Sara Prates, Graça Pires, José Rosado Pinto

EGG ALLERGY – A CASE REVIEW

Sónia Rosa¹, Ana Margarida Romeira¹, Carlos Braga¹, Susana Oliveira², Sara Prates¹, Graça Pires¹, José Rosado Pinto¹

ASSOCIATION BETWEEN FOOD ALLERGY AND OTHER ALLERGIES – ARE THERE DIFFERENCES?

Sónia Rosa, Ana Margarida Romeira, Graça Sampaio, Pedro Martins, Sara Prates, Graça Pires, José Rosado Pinto

ALERGIA ALIMENTAR – MANUAL DE SOBREVIVÊNCIA...

Sara Prates.

SERVIÇO DE NEUROPEDIATRIA

DIRECTORA: DR^a. EULÁLIA CALADO

Assistentes Graduados

(ordem alfabética)

Ana Isabel Dias

Ana Moreira

José Pedro Vieira

STEREOTYPIES IN RETT SYNDROME – ANALYSIS OF 65 PORTUGUESE PATIENTS

Temudo T¹, Santos MJ², Dias K³, Moreira A³, Vieira JP³, Oliveira G⁴, Calado E³, Levy A⁵, Carrilho I⁶, Fonseca MJ⁷, Dias A⁸, Lobo Antunes N⁹, Cabral P¹⁰, Monteiro JP⁷, Gomes R¹¹, Barbosa C¹¹, Sequeiros J¹², Maciel P¹³

NEUROMUSCULAR DISORDERS IN PORTUGUESE PAEDIATRIC POPULATION – PRELIMINARY STUDY

Santos, Manuela A¹; Fineza, Isabel²; Moreno, Teresa³; Cabral, Pedro⁴; Ferreira, José Carlos⁴; Silva, Rita⁵; Vieira, JP⁵; Moreira, A⁵; Dias, Ana I⁵; Calado E⁵; Monteiro, J Paulo⁶; Fonseca, M José⁶; Moço, C⁷; Carrilho, Inês¹; Barbot, C¹; Furtado, F⁸; Levy, A³; Fagundes, F⁹

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA CRIANÇA – CASUÍSTICA DA CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Elisabete Gonçalves, Cláudia Cristovão, Ana I Dias, Ana Moreira, José Pedro Vieira, Eulália Calado

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL EM 11 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Manuela Ferreira, Sandra Jacinto, Ana Isabel Dias, Ana Moreira, Eulália Calado, Margarida Guimarães, José Pedro Vieira

PARALISIA CEREBRAL E EPILEPSIA

Sandra Jacinto, Eulália Calado

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DO SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Catarina Gouveia, Isabel Fragata, Orquídea Freitas, Teresa Almeida, Ana Moreira, Eulália Calado

ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Alexandra Emilio, Manuel Manita^a, Cláudia Cristovão^b, M. Silva^b, Orquídea Freitas^b, Teresa Almeida^b, Lúgia Braga^b, Eulália Calado^a

TROMBOFILIA COMO UM DOS FACTORES DE RISCO PARA O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PEDIATRIA

Marina Rita Soares, C. Santos^b, P. Santos, Orquídea Freitas, Teresa Almeida, Eulália Calado

WEST SYNDROME: A 22 YEAR EXPERIENCE IN A NEUROPEDIATRICS DEPARTMENT

Carla Moço; Rita Soares; Alexandra Emílio; Eulália Calado; José Pedro Vieira; Ana Moreira; Ana Isabel Dias

PARALISIA CEREBRAL E OSTEOPOROSE: O PAPEL DA VITAMINA K

Alexandra Emílio, M. Rita Soares, Eulália Calado

NEUROPATIA INDUZIDA PELO CARBAMATO

Catarina França Gouveia, Manuel Manita, Margarida Marujo, Lurdes Ventura, Deolinda Barata, José Pedro Vieira

IRMÃOS SEM DIAGNÓSTICO

Elisabete Gonçalves, Eulália Calado

DÉFICE DE CICLOHIDROLASE (DISTONIA DOPA SENSÍVEL) AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Manuel Manita, Ana Moreira, Eulália Calado, Laura Vilarinho

PARTNERS IN EPILEPSY (PIE): INTERNATIONAL EPILEPSY MANAGEMENT WITH ELECTRONIC RECORDS REGISTRY SYSTEM: DATA ANALYSIS IN PAEDIATRICS

L. Lagae, E. Calado, J. Cross, A. Gil-Nagel, K. van Rijkevorse

EEG NEONATAL.

Mesa Redonda - "Formação contínua e reflexo no desempenho profissional"

Ana Isabel Dias.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
DIRECTOR: DR. JOSÉ AUGUSTO ANTUNES

SERVIÇO DE CIRURGIA
DIRECTORA: DR^a MARIA JOSÉ LEAL

Chefes de Serviço	Assistentes	Internos do Complementar
Henrique Sá Couto	<i>(ordem alfabética)</i>	Vanda Prates Vital
Julião Magalhães	Fátima Alves	Rafaela Murinello
	Rui Alves	João Soares Henriques
Assistentes Graduados		Eriqre Guedes Pinto
<i>(ordem alfabética)</i>	Assistente Contratado	Sara Cordeiro Pereira
António Sousa Santos	Alexandre Samay	
Cristina Borges		
Filipe Catela Mota		
João Pascoal		
Lívia Rodrigues		
Margarida Espanha		
Paolo Casela		
Regina Duarte		
Zínia Serafim		

ANGIOMAS

João Henriques, Margarida Espanha

ESPLENECTOMIA EM IDADE PEDIÁTRICA – ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

João Henriques, Rui Alves, Cristina Borges

ACUTE CHOLECYSTITIS: LAPAROTOMIC VS LAPAROSCOPIC APPROACH

J. Corte Real, J. Lamelas, João Henriques, João Gíria

FEOCROMOCITOMAS – ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VIA LAPAROSCÓPICA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

João Henriques, J Lamelas, J Corte Real, João Gíria

GINECOMASTIA NO ADOLESCENTE: ABORDAGEM CIRÚRGICA

João Henriques, Cristina Borges, Guilhermina Fonseca

QUISTO DO COLÉDOCO TIPO IVA ASSOCIADO A MALFORMAÇÃO UROGINECOLÓGICA – CASO CLÍNICO

Cristina Borges, Rui Alves, Rafaella Murinello

VÁLVULAS DA URETRA POSTERIOR – “REVISÃO DE 6 ANOS”:

Filipe Catela Mota, Fátima Alves, Vanda Pratas Vital; Rafealla Murinello

URETEROCELO – CASO ATÍPICO

Filipe Catela Mota, Fátima Alves, Vanda Pratas Vital, Rafela Murinello

“REFLUXO VÉSICO-URETERAL – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO COM DEFLUX®”

Rafela Murinello, Fátima Alves, Filipe Catela Mota

RETALHO MUSCULAR NO TRATAMENTO DE FÍSTULA SAGRADA PERSISTENTE

João Henriques*, António Gentil Martins**

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR – UM CASO CLÍNICO

Vanda Pratas Vital, Rui Alves, Cristina Borges, Julião Magalhães, M^a Carmo Pinto, Marta Conde, Gonçalo Cordeiro Ferreira

TETRAPARTIÇÃO DO AQUILES APÓS RESSECÇÃO MUSCULAR EXTENSA NUM SARCOMA SINOVIAL

João Henriques, António Gentil Martins

TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO ESPLÉNICO – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 8 ANOS

Jorge Lamelas, João Henriques, R. Cardoso, P. Costa, J. Corte Real, P. Moniz Pereira, João Gíria

RABDOMIOSARCOMA DA PERNA – QUANDO A MESMA ABORDAGEM PODE ESTAR CERTA OU ERRADA

João Henriques, António Gentil Martins

QUEIMADURAS- EQUILÍBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO

Ana Mariano, Dora Gomes

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA TARDIA

Maria de Fátima Nunes, Paula Gonçalves, Luisa Silva, Paolo Casella

APOPTOSE

Cláudia Constantino, Ana Caldeira

MORBILIDADE DA ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO (EHP) NO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (HDE) NO ÚLTIMOS CINCO ANOS (2001-2005)

Rita Machado, Luís Amaral

TERATOMA SACRO-COCCÍGEO: REVISÃO DE 5 ANOS

Rafaela Murinello, Cristina Borges

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

DIRECTOR: DR. JOSÉ AUGUSTO ANTUNES

Assistentes Graduados	Assistentes
Joaquim Santos Mota	João Goulão
Francisco Santana	

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

DIRECTORA: DR^a. LUÍSA MONTEIRO

Assistentes Graduados	Assistentes	Internos do Complementar
<i>(ordem alfabética)</i>	<i>(ordem alfabética)</i>	
Adriana Melo	Inês Soares Cunha	Inês Alpoim Moreira
Carlos Carvalho	Pedro Brazão Santos	Ana Sofia Rosado Casas Novas
Isabel Martins		
J. Cunha Pereira		
José Peres Sousa		
Vítor Neto		

CASUÍSTICA DA CONSULTA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

A. Lopes, Pedro Brazão Santos, Luísa Varão, F. Almeida, A. Baptista, N. Santos, Vera Pinto, Mafalda Caeiro, T. Lavra, Luísa Monteiro

ABCESSOS RETROFARÍNGEOS DE CAUSA TRAUMÁTICA NA CRIANÇA

Patrícia Melo; I. Guerreiro; Vítor Neto; Luísa Monteiro

COLESTEATOMA NA CRIANÇA – REVISÃO DE CASUÍSTICA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Patrícia Melo, P. Sousa, Adriana Melo, Carlos Carvalho, Isabel Martins, Vítor Neto, Cunha Pereira, Pedro B Santos, Inês Cunha, Vital Calado, Luísa Monteiro

MUCOCELO ETMOIDAL E FIBROSE QUÍSTICA EM PEDIATRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Alpoim Moreira, Victor Neto, Ana Leça, Luísa Monteiro

AValiação SUBJECTIVA E FUNCIONAL DE DOENTES PEDIÁTRICOS COM OBSTRUÇÃO NASAL CRÓNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO – RESULTADOS PRELIMINARES

José Croca, J. Peres de Sousa, Luísa Monteiro

RASTREIO DA AUDIÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR – RESULTADOS PRELIMINARES

A. Lopes, Patrícia Melo, I Guerreiro, José Croca, Inês Moreira, Luísa Varão, F. Almeida, Pedro Brazão Santos, Luísa Monteiro

REABILITAÇÃO AUDITIVA NA CRIANÇA – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA SURDEZ INFANTIL

A. Lopes, Pedro Brazão Santos, Luísa Varão, F. Almeida, A. Baptista, N. Santos, Vera R Pinto, Mónica Caeiro, T. Lavra, Luísa Monteiro

VASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DA CABEÇA E PESCOÇO

Ana Casas Novas, Luísa Monteiro

ETIOLOGIA DA VERTIGEM NA CRIANÇA – REVISÃO TEÓRICA

José Croca, A Lopes, J Peres de Sousa, Luísa Monteiro

UNIDADE DE OFTALMOLOGIA
DIRECTOR: DR JOSÉ CARLOS MESQUITA

Assistente Graduada

Cristina Brito

Assistentes

(ordem alfabética)

Ana Xavier

Cristina Ferreira

Jorge Neponucemo

NISTAGMO – ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Ana Xavier, José Mesquita

O ESSENCIAL EM OFTALMOLOGIA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Ana Xavier, Cristina Brito, José Mesquita, José Nepomuceno, A Jorge, M C Ferreira

CURSO DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

J. Murta, S Teixeira, Cristina Brito, C Paiva

GLAUCOMA CONGÊNITO /

CURSO : OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

Cristina Brito, José Mesquita.

OCT (TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA)

Curso 1: Exames Complementares de Diagnóstico -Novos Avanços

Ana Xavier

UNIDADE DE ESTOMATOLOGIA
DIRECTORA: DR^a ROSÁRIO MALHEIRO

Assistente Graduado

Jorge Pinheiro

Assistentes Eventuais

(ordem alfabética)

Ana Fernandes

Manuel Tolentino

GRANDES QUISTOS DOS MAXILARES – DESCOMPRESSÃO PRÉ-CIRÚRGICA
Rosário Malheiro, Ana Fernandes

UNIDADE DE NEUROCIRURGIA
DIRECTOR: DR LUÍS TÁVORA

Assistente Graduado

Mário Matos

EMPIEMA SUBDURAL A *SALMONELLA ENTERITIDIS*: UM CASO CLÍNICO”
Sandra Santos, Marta Oliveira, Mário Matos, Luis Varandas

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
DIRECTORA: DR^a. LURDES SANTOS

Assistentes Graduados	Assistentes	Interna do Complementar
<i>(ordem alfabética)</i>	<i>(ordem alfabética)</i>	Hugo Trindade
Ana Luísa Gonçalves	Ana César	
António Moniz	Rosa Duarte	
Carmina Castanheira		
Celso Barros		
Fátima Silva		
Filomena Lopes		
Isabel Costa		
Ivanete Peixer		
José Mafra		
Lúcia Nóbrega		
Luísa Oliveira		
Maria José Candeias		
Manuela Viegas		
Maria João Moniz		
Teresa Cenicante		
Teresa Rocha		

ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM PEDIATRIA: O QUE HÁ DE NOVO?

Teresa Rocha

HIPNOSE EM PEDIATRIA

Teresa Rocha

HIPERTERMIA E ANESTESIA / ANALGESIA REGIONAL

Ana Gonçalves

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA - EMERGÊNCIA

DIRECTOR: DR CARLOS VASCONCELOS

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

RESPONSÁVEL: DR.^a MICAELA SERELHA

Assistentes Graduados	Assistentes
<i>(ordem alfabética)</i>	<i>(ordem alfabética)</i>
Frederico Leal	Daniel Virella
Leonor Duarte	Fernando Chaves
Luís Pereira da Silva	Graça Henriques
Maria da Neves Tavares	Isabel Barata
Teresa Neto	Maria João Lage

ELECTIVE NASAL CPAP VS MODERN CONVENTIONAL VENTILATION IN PRETERM NEWBORN BABIES

M.Teresa Neto, Graça Henriques, Maria João Laje, Micaela Serelha

CPAP NASAL ELECTIVO EM RN PRÉ-TERMO

M. Teresa Neto

WHAT IS NEW IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL INFECTIONS DURING THE NEONATAL PERIOD

M. Teresa Neto

CONTROL OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTION AT A NICU.

M. Teresa Neto, Micaela Serelha

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

M. Teresa Neto, Rui Alves, Micaela Serelha

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

M. Teresa Neto

POLÍTICA DE PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS.

M. Teresa Neto

GASTOS COM ANTIBIÓTICOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Lurdes Ventura, M. Teresa Neto

CIRURGIA NEONATAL - CIRURGIA NA UCIN.

M. Teresa Neto

RASTREIO E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO POR *STREPTOCOCCUS* DO GRUPO BETA HEMOLÍTICO – PERSPECTIVA DO PEDIATRA.

M. Teresa Neto.

INFECÇÃO BACTERIANA PERINATAL E NEONATAL

M. Teresa Neto

UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL NUM CASO DE TRAQUEOMALÁCIA GRAVE

Filipa Paramés, Fátima Nunes, António Amador, Isabel Barata, Fernando Chaves, José Oliveira Santos, Micaela Serelha

METABOLIC IMPACT OF A PARENTERAL NUTRITION STRATEGY IN NEONATES WITH SURGICAL CONDITIONS.

Luís Pereira-da-Silva, José Jacobetty, Daniel Virella, Isabel Freitas, Rafaela Murinello, Carina Borba, João Henriques, António Amador, Micaela Serelha.

NUTRITION IN ELBW INFANTS (PREMIES); NEEDS, PROBLEMS AND SOLUTIONS.

Luís Pereira-da-Silva.

VALIDATING UPPER-ARM ANTHROPOMETRY IN PRETERM INFANTS USING MAGNETIC RESONANCE IMAGING.

L. Pereira-da-Silva^{1,2}, F. Abecasis^{3,4}, A. Nunes³, E. Soares³, D. Virella¹, J.M. Videira-Amaral².

QUE ACTIVIDADE CIENTÍFICA IMPORTA?

Luís Pereira-da-Silva.

ACTIVIDADE CIENTÍFICA HOSPITALAR: A NOSSA REALIDADE.

Luís Pereira da Silva.

ACKNOWLEDGING CONTRIBUTION TO SURVEILLANCE STUDIES.

L. Pereira-da-Silva¹, R. von Kries², D. Rose³, E. Elliott³, on behalf of members of the

LEITES ANTI-REGURGITAÇÃO.

Luís Pereira da Silva.

NUTRIÇÃO DO PRÉ TERMO – O QUE SABEMOS E O QUE FAZEMOS?

Luís Pereira da Silva.

PRO E PRÉBIOTICOS – QUE EVIDÊNCIA?

Luís Pereira da Silva.

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NO RECÉM-NASCIDO.

Luís Pereira da Silva.

ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL CENTRAL

Rita Machado, Dora Gomes, Cláudia Constantino, Filipa Paramés, E. L. Pombo, Frederico Leal, Leonor Duarte.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. PANORAMA DA MORBILIDADE E MORTALIDADE PERINATAIS EM PORTUGAL.

Daniel Virella.

COMBINED NUTRITIONAL SUPPORT AND CONTINUOUS VENOVENOUS REMOVAL THERAPY IN THE ACUTE PHASE OF MSUD: A CASE REPORT

Maria João Lage, Sílvia Sequeira, Micaela Serelha

RNMBP PROVENIENTES DE GESTAÇÃO MÚLTIPLA EM PORTUGAL. 1996-2003.

Daniel Virella, Catarina Gouveia, M Céu Machado, M Teresa Neto

CEREBRAL PALSY IN PORTUGAL. CURRENT KNOWLEDGE AND PROJECTS OF NATIONAL SURVEILLANCE.

Daniel Virella, on behalf of Portuguese Society of Paediatrics (SPP), Portuguese Society of

OUTCOME OF LIVE BORN FROM 22 TO LESS THAN 32 WEEKS GESTATIONAL AGE AT DISCHARGE.

Daniel Virella, J Carlos Peixoto, A Bandeira, Z. Malta, F Fonseca, MRG Carrapato

AValiação da Receptividade dos Folhetos de Informação sobre Intervenções na UCIN do HDE.

Daniel Virella, Micaela Serelha

ESTIMATIVA DA EFICIÊNCIA DO USO DE PALIVIZUMAB NA PREVENÇÃO DE HOSPITALIZAÇÕES POR INFECÇÃO POR VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO NUMA COORTE DE PREMATUROS.

J Franco, C Costa, AM Queiroz, A Dias Alves, Daniel Virella, Ana Jorge

CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE PEDIATRIA EM 2006-2015. RELATÓRIO

Daniel Virella

REPERCUSSÃO METABÓLICA DE UMA ESTRATÉGIA DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NEONATAL

Luis Pereira da Silva, Daniel Virella, Isabel Freitas, Rafaela Murinello, Carina Borba, João Henriques, Micaela Serelha.

PEEP – A NOVA FRONTEIRA.

José Ramos.

A AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NO HDE

António Marques, Emília Bártolo, Teresa Delgado

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

RESPONSÁVEL: DR.^a DEOLINDA BARATA

Assistentes Graduados	Assistentes
<i>(ordem alfabética)</i>	<i>(ordem alfabética)</i>
António Marques	Gabriela Pereira
Isabel Fernandes	Sérgio Lamy
João Estrada	
José Ramos	
Lurdes Ventura	
Maria Carmo Vale	
Margarida Santos	
Rosalina Valente	

SEPSIS/CHOQUE SÉPTICO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Francisco Cunha, Cláudia Dias, Farela Neves, Clara Tavares, António Marques, Teresa Cunha da Mota, Luís Almeida Santos, Projecto DAIP-CIP *

CHANGES IN QUALITY OF LIFE OF PICU SURVIVORS

Francisco Cunha, António Marques, Luís Almeida Santos, Farela Neves, Clara Tavares, A. Costa Pereira - Projecto DAIP-CIP*

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA ASSOCIADA A VIRUS DE EPSTEIN-BARR (VEB) PÓS TRANSPLANTE CARDÍACO

Sandra Jacinto, Catarina Gouveia, Gabriela Pereira, Isabel Fernandes, António Marques, Rosalina Valente, Deolinda Barata

GRANDE QUEIMADO EM PEDIATRIA – EXPERIÊNCIA DA UCIP

Pilar Valente, M. Rita Soares, Maria do Carmo Vale, João Estrada, Lurdes Ventura, António Marques, Deolinda Barata

GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO FILHO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Maria Gabilondo; M. Rita Soares; M^a do Carmo Vale

TRAUMA GRAVE EM PEDIATRIA: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ADMITIDA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Francisco Cunha, Cláudia Dias, Teresa Cunha Mota, Clara Tavares, Leonor Carvalho, João Estrada, Luís Almeida Santos, Projecto DAIP-CIP*

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO—A PROPÓSITO de UM CASO CLÍNICO

Ana Bárbara Salgueiro, Manuela Ferreira, João Estrada, José Ramos, Lurdes Ventura, Maria do Carmo Vale, Deolinda Barata

OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA NA CRIANÇA: “A MESMA SEMIOLOGIA, DIFERENTE ETIOLOGIA”

Raquel Coelho, Carina Borba, Lurdes Ventura, Isabel Fernandes, Margarida Santos, Rosalina Valente, José Ramos, Sérgio Lamy, Deolinda Barata, J Oliveira Santos

PERFORMANCE OF FOUR ALGORITHMS FOR PROBABILITY OF DEATH IN PORTUGUESE PICU

Francisco Cunha, Clara Tavares, Leonor Carvalho, Deolinda Barata, TC Mota, Armando Teixeira-Pinto

MAIN CHARACTERISTICS OF THREE PORTUGUESE PICU: COMPARATIVE EVALUATION

ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DE 3 UCIP PORTUGUESAS: AVALIAÇÃO COMPARATIVA

Francisco Cunha, João Estrada, Fabela Neves, Clara Tavares, Ana Rosa Lopes, Deolinda Barata, Altamiro Costa-Pereira, Luís Almeida Santos

RECUSA EM ANDAR...

Patrícia Rodrigues, Margarida Santos, Isabel Fernandes, António Marques, Gabriela Pereira, Eulália Calado, Deolinda Barata

INTERNAMENTOS PROLONGADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Catarina Gouveia, Rita Soares, João Estrada, Gabriela Pereira, António Marques, Deolinda Barata.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO INTERNADA NA UCIP EM 14 ANOS (1991-2005).

João Estrada, Gabriela Pereira, Maria do Carmo Vale, António Marques, Lurdes Ventura, Isabel Fernandes, Rosalina Valente, Margarida Santos, José Ramos, Sérgio Lamy, Deolinda Barata, Carlos Vasconcelos.

REUNIR – RESULTADOS DO 1º SEMESTRE DE ACTIVIDADE.

Francisco Cunha, Clara Tavares, Leonor Carvalho, Deolinda Matos, Dulce Oliveira, Elsa Santos, Fernanda Marcelino, Gabriela Pereira, Helena Loureiro, Patrícia Mendes, Teresa Cunha Mota, pelo Grupo REUNIR.

TRAQUEOSTOMIAS: INCERTEZAS E CONTROVÉRSIAS

Catarina Gouveia, António Figueiredo, Maria do Carmo Vale, Margarida Santos, Lurdes Ventura, José Ramos, João Estrada, Sérgio Lamy, Victor Neto, Deolinda Barata

AS DIFÍCIS ESCOLHAS DO INTENSIVISTA

Maria do Carmo Vale

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTORA: DR^a. MARIA JOSÉ GONÇALVES

Chefe de Serviço	Assistentes	Internos do Complementar
Luís Simões Ferreira	<i>(ordem alfabética)</i>	Maria Gabilondo Aspiri
António Trigueiros	Ana Rita Trindade	Maria Cristina Coutinho
	Carlos Doblado	Cristina Queirós Melo
Assistentes Graduados	Lara Condesso	Paula Vilariça Gomes
<i>(ordem alfabética)</i>	Maria António Silva	Marco Medeiros
António Coimbra Matos		Conrado Fernandez
Augusto Carreira		Carina Freitas
Cristina Marques		Olívia Talboom
Eduarda Rodrigues		Isadora Pereira
Fernando Pêgo		Maria Assunção Lamarão
Filomena Andrade		Ana Luísa Fernandes
Joana Afonso		Maria Alexandra Mariguêsa
João Beirão		Ana Catarina Pereira
Juan Sanchez		João Pedro Machado
Lídia Pocinho		Rita Lucas R Soares
Maria Lurdes Candeias		Filipa Daniela Ferreira
Magda Mendo Jorge		Bruno Miguel Seixas
Margarida Marques		Marta Mendes Contreiras
Pedro Caldeira		

A CRIANÇA NO DIVÓRCIO E O PODER PATERNAL

A L Fernandes, M Gabilondo, Alexandra Mariguêsa, João Pedro Machado, I Pereira, Paula Vilariça, M^a Antónia Silva, Pedro Caldeira da Silva, Fernando Pêgo

**URGÊNCIAS PEDOPSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
- CASUÍSTICA 2004-**

Carina Freitas, M. Alexandra Mariguêsa, Margarida Marques, Lídia Pocinho, Pedro Caldeira da Silva

CLASSIFICAR COM A DC 0-3: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE 9 ANOS

Paula Vilariça, Ruth P. Robles, Pedro Caldeira da Silva

ANOREXIA NERVOSA NOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

Cristina Rebordão; Joana Pombo; Marco Medeiros; Sílvia Duarte; António Trigueiros; Margarida Fornelos; Maria Antónia Silva; Pedro Caldeira da Silva

APLICAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL NA 1ª INFÂNCIA

Paula Vilariça, Pedro Caldeira da Silva

UM ESTUDO DO COMPORTAMENTO DE VINCULAÇÃO EM CRIANÇAS PEQUENAS COM PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Marco Medeiros, Paula Vilariça, Pedro Caldeira da Silva

O TRAUMA E O LUTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Paula Vilariça, Pedro Caldeira da Silva

UM BOM COMEÇO - A VINCULAÇÃO NA GRAVIDEZ.

Maria José Gonçalves.

PATOLOGIAS EMERGENTES EM PEDOPSIQUIATRIA.

Luís Simões Ferreira.

PROGRAMA CLÍNICO PARA O TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DA RELAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO, BASEADO NO MODELO D.I.R.

Pedro Caldeira da Silva, Claudia Eira, Joana Pombo, Ana Patrícia Silva, Patrícia Rato, Filipa Martins, Graça Santos, Paula Bravo, Paula Roncon, Eduarda Carvalho.

INTERNAMENTOS DE CURTA DURAÇÃO NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA.

Marco Medeiros, Ana Luísa Fernandes, Maria Antónia Silva, Pedro Caldeira da Silva, António Trigueiros.

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA.

S. Duarte, J. Pombo, M. Medeiros, C. Rebordão, M. Fornelos, M.A. Silva, P. Caldeira da Silva, A. Trigueiros

PROGRAMA CLÍNICO PARA O TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DA RELAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO, BASEADO NO MODELO D.I.R.

Pedro Caldeira da Silva, Cláudia Eira, Joana Pombo, Ana Patrícia Silva, Patrícia Rato, Filipa Martins, Graça Santos, Paula Bravo, Paula Roncon, Eduarda Carvalho.

APLICAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL NA 1ª INFÂNCIA

Paula Vilariça, Pedro Caldeira da Silva

SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA

DIRECTOR: DR. FRANCISCO ABECASIS

Chefes de Serviço	Assistentes	Internos do Complementar
Leonor Bastos Gomes	<i>(ordem alfabética)</i>	Marta Simões
Eugénia Soares	Ana Nunes	Renata Jogo
	Conceição Barrueco	Maria do Rosário Matos
Assistentes Graduados	Isabel Estudante	
<i>(ordem alfabética)</i>	Isabel Penas	
Jorge Castro	Luís Colaço	
Jorge Furtado	Paula Petinga	
Pedro Paulo Mendes	Rita Cabrita Carneiro	

OCCLUSÃO INTESTINAL NEONATAL

Marta Simões, Renata Jogo, Jorge Furtado.

ASPECTOS IMAGIOLÓGICOS DA PATOLOGIA BENIGNA DO ENDOMÉTRIO

Marta Simões, Teresa Margarida Cunha

CONSIDERAÇÕES SOBRE COALIÇÕES TÁRSICAS

Ana Paula Petinga, Inês Pereira, Marta Simões, Pedro Paulo Mendes

QUISTO BRONCOGÉNICO (CASO CLÍNICO)

Renata Jogo, Rosário Matos, Marta Simões, Francisco Abecasis, Jorge Furtado.

QUISTO HIDÁTICO DO PULMÃO NA CRIANÇA

Rosário Matos, Renata Jogo, Marta Simões, Paula Petinga, Pedro Mendes

IMAGIOLOGIA DA TUBERCULOSE EM IDADE PEDIÁTRICA

Marta Simões, Renata Jogo, Rosário Matos, Ana Paula Petinga, Eugénia Soares

LESÕES QUIÍSTICAS CONGÉNITAS DO PULMÃO NA CRIANÇA

Renata Jogo, Rosário Matos, Marta Simões, Marília Gonçalves, Isabel Estudante, Jorge Furtado

SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

DIRECTORA: DR.^a ROSA BARROS

Chefe de Serviço	Assistentes	Interno do Complementar
Antonieta Bento	Margarida Guimarães	Carlos Miguel Calado Severino
Assistentes Graduados		
<i>(ordem alfabética)</i>		
Antónieta Viveiros		
António Nazário		
Isabel Daniel		
Isabel Grifo		
Isabel Peres		
Virgínia Loureiro		
Vitória Matos		

EVOLUÇÃO DOS VÍRUS H5N1 AVIÁRIOS NA ÁSIA

Carlos Severino

“GONADOTROFIA CORIÓNICA. ESTRUTURA E PADRONIZAÇÃO”

Maria Antonieta Bento

CONTRASTING FEATURES OF GROUP A STREPTOCOCCI (GAS) FROM ASYMPTOMATIC CARRIAGE AND DIVERSE INFECTION SITES

D. Rolo¹, R. Pires¹, L. Sobreira¹, A. Morais², L. Lito³, M. J. Salgado³, Rosa M. Barros⁴, Isabel Peres⁴, G. Trigueiro⁵, C. Cardoso⁵, J. G. Marques³ and I. Santos-Sanches^{1*}.

EVOLUTION OF MACROLIDE AND TETRACYCLINE RESISTANT CLONES OF GROUP A STREPTOCOCCI (GAS) FROM OROPHARYNGEAL CARRIAGE AND PHARYNGITIS / TONSILLITIS

D. Rolo¹, R. Pires¹, L. Sobreira¹, A. M. Sousa¹, A. Morais², Rosa Barros³, Isabel Peres³, G. Trigueiro⁴, C. Cardoso⁴, P. Broeiro⁵, J. G. Marques⁶, I. Santos-Sanches^{1*}

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

DIRECTORA: DR.^a MADALENA LEVY

Chefe de Serviço	Assistentes	Interna do Complementar
	<i>(ordem alfabética)</i>	
	Ana Paula Soudo	Rita Isabel Francisco
Assistentes Graduados	António Teixeira	Humberto Filipe Marreiros
<i>(ordem alfabética)</i>	Maria José Costa	
Aldina Alves		
Aurélia Pedreira		
Clara Loff	Assistente Eventual	
Hermanegildo Dias	Isabel Seixo	
Isabel Portugal		

VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA

Joaquim Sequeira, Ana Paula Soudo

DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Oliveira; Manuela Veiga; Alex Figueiredo; Sandra Santos; Aldina Alves; Guilhermina Cantinho

SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA

DIRECTORA: DR.^a DEONILDE ESPÍRITO SANTO

Assistente

Gabriela Delgado

AValiação do Grau de Satisfação do Dador de Sangue

Deonilde Espírito Santo, Gabriela Delgado, Rute Matias, Irene Gomes, Sofia Ramos

AValiação do Grau de Satisfação dos Médicos e Enfermeiros

Deonilde Espírito Santo, Gabriela Delgado, Maria José Costa, Cláudia Marques

DEPARTAMENTO DA MULHER E DA REPRODUÇÃO

DIRECTORA: DR.^a NOÉMIA ASSUNÇÃO

SERVIÇO DE GINECOLOGIA – OBSTETRÍCIA

DIRECTORA: DR.^a NOÉMIA ASSUNÇÃO

Chefe de Serviço	Assistentes	Internos do Complementar
Manuela Caetano	<i>(ordem alfabética)</i>	
	Ana Paula Pereira	Yolanda Rosa Fortes
Assistentes Graduados	Celina Reis	Liliana Isabel de Barros
<i>(ordem alfabética)</i>	Filomena Sousa	
Alberto Fradique	Maria do Carmo Cortez	
Alice Cabugueira	Maria João Nunes	
Ermelinda Pinguilha	Susana Coutinho	
Fazila Mahomed	Teresa Ventura	
Helena Resende		
Isabel Nery		
Ivone Dias		
Judite Bugalho		
Linda Fradique		
Maria José Bernardo		
Ondina Henriques		
Paula Fonseca		
Ricardo Mira		

ENDOMETRIAL THICKNESS IN POST MENOPAUSAL WOMEN: COMPARATIVE STUDY BETWEEN PATIENTS WITH AND WITHOUT UTERINE BLEEDING

Sara Valadares, Maria José Bernardo, Susana Coutinho, Ivone Dias, Noémia Assunção

“AMBULATORY HYSTEROSCOPY RESULTS IN POST MENOPAUSE: COMPARATIVE STUDY BETWEEN PATIENTS WITH AND WITHOUT METRORRHAGIA”

Sara Valadares, Susana Coutinho, Noémia Assunção

GRAVIDEZ ESPONTÂNEA APÓS HISTEROSSONOSSALPINGOGRAFIA

A Mónica Centeno, Maria José Bernardo, A M Aguiar, Carla Leitão, M. C. Silva, Ivone Dias, Noémia Assunção

AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE CIRURGIA PARA IUE FEMININA COM TVT-O

Susana Coutinho, José L. Reis, Ricardo Mira

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HVLA e HTL

A Mónica Centeno, A Aguiar, Susana Coutinho, Noémia Assunção

“GRAVIDEZ NOS EXTREMOS DA VIDA REPRODUTIVA – QUE DIFERENÇAS?”

Mónica Centeno, Leonor Santos, Teresa Ventura, Filomena Sousa, Manuela Caetano

“ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA NO III TRIMESTRE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Manuela Caetano, Isabel Nery, Alexandra Pupo

“PÓLIPOS ENDOMETRIAIS MALIGNOS DIAGNOSTICADOS EM HISTEROSCOPIA DE AMBULATÓRIO”

Leonor Santos, Susana Coutinho, Noémia Assunção

“ECOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER NA AVALIAÇÃO DE LESÕES SUSPEITAS DO COLO”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Maria José Bernardo, Manuela Coelho

“URINARY TRACT INJURY DURING HYSTERECTOMIES”

Leonor Santos, Suzana Coutinho, Ricardo Mira, Noémia Assunção

“PAPEL DO GINECOLOGISTA NA AMENORREIA DE CAUSA CENTRAL OU OVÁRICA”

Leonor Santos, Filomena Sousa

“GRAVIDEZ ACIMA DOS 40 ANOS – EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS NO HDE”

Leonor Santos, Mónica Centeno, Teresa Ventura, Manuela Caetano

AVANÇOS IMAGIOLÓGICOS EM MEDICINA FETAL

Carla Baleiras

GRÁVIDAS ADOLESCENTES - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Mónica Centeno, Filomena Sousa, Patrícia Couteiro

CONTRACEPÇÃO HORMONAL – O QUE ESCOLHER

Leonor Santos, Filomena Sousa

“LESÕES UROLÓGICAS E HISTERECTOMIA”

Leonor Santos, Susana Coutinho, Ricardo Mira , Noémia Assunção

“PROLAPSOS UROGENITAIS OPERADOS: REAVALIAÇÃO A 3 ANOS”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Maria José Bernardo, Manuela Coelho

AVANÇOS IMAGIOLÓGICOS EM MEDICINA FETAL.

Carla Baleiras.

DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPY IN ENDOMETRIAL CARCINOMA: IS IT A SAFE METHOD?

M Bernardino, Filomena Sousa, Fazila Mahomed

SERVIÇO DE GENÉTICA MÉDICA

DIRECTORA: DR.^a TERESA TAYLOR KAY

Chefe de Serviço	Assistente
Lúis Nunes (Director Hospital)	Teresa Lourenço

NOTA: Resumos ainda não disponíveis

NÍVEIS DE ADESAO AO TESTE PREDITIVO PARA A DOENÇA DE MACHADO-JOSEPH NOS AÇORES: REFLEXÕES ÉTICAS.

Lima, M., C. Gonzalez, T. T. Kay*, C. Silva, C. Santos, J. Vasconcelos & J. Santos

SHORT-TERM IMPACT OF PREDICTIVE TESTING FOR THE MACHADO-JOSEPH DISEASE: DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS IN INDIVIDUALS AT RISK FROM THE AZORES (PORTUGAL).

Gonzalez, C., M. Lima, T. Kay*, C. Silva, C. Santos & J. Santos

PHENOTYPE-GENOTYPE CORRELATION IN 26 WOMEN WITH NONCLASSICAL CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA DUE TO 21-HYDROXILASE DEFICIENCY

Gonçalves J., Friães A., Rego A.T., Aragues J.M., Moura L., Mirante A., Mascarenhas M., Kay T.T*, Lopes L., Guerra S., Galvão-Teles A

ANALYSIS OF Y-CHROMOSOME VARIABILITY AND ITS COMPARISON WITH MTDNA VARIABILITY REVEALS DIFFERENT DEMOGRAPHIC HISTORIES BETWEEN ISLANDS IN THE AZORES ARCHIPELAGO.

Montiel, R., C. Bettencourt, C. Silva, C. Santos, M. J. Prata & M. Lima

PEOPLING OF THE AZORES ISLANDS (PORTUGAL): DATA FROM THE Y CHROMOSOME.

Fernando, O., P. Mota, M. Lima, C. Silva, R. Montiel, A. Amorim & M.J. Prat

POPULATION GENETICS OF WILD-TYPE CAG REPEATS IN THE MACHADO-JOSEPH DISEASE GENE IN PORTUGAL.

Lima, M., M. C. Costa, R. Montiel, A. Ferro, C. Santos, C. Silva, C. Bettencourt, A. Sousa, L. Guimarães, J. Sequeiros, P. Coutinho & P. Maciel

ABC DE GENÉTICA CLÍNICA. “GENÉTICA, GENOMA E GENÓMICA: DA CLÍNICA À SAÚDE PÚBLICA”

Teresa Kay, Teresa Lourenço

“S. WISKOTT-ALDRICH – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”

Teresa Kay

**II CURSO DE FORMAÇÃO EM NEONATOLOGIA PARA TERAPÊUTICOS.
“MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E PREMATURIDADE”**

Teresa Kay

GENÉTICA MÉDICA NA CRIANÇA”

Luis Nunes Teresa Kay, Teresa Lourenço

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO *GENOMA HUMANO*.**

Luis Nunes

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO O LABORATORIO NA GENÉTICA MÉDICA**

Raquel Carvalhas

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO A CRIANÇA COM DOENÇA GENETICA**

Teresa Lourenço

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO MEDICINA DO FETO: DIAGNOSTICO PRÉ-NATAL AO “ FETO
DOENTE”**

Teresa Kay

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO ACONSELHAMENTO GENÉTICO**

Teresa Lourenço

**ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO
MÉDICO – CURSO BIOETICA NA GENÉTICA HUMANA**

Teresa Kay

**EZN. TÉCNICAS LABORATORIAIS DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE DOENÇAS
DEGENERATIVAS DA RETINA.**

Caetano, I., C. Silva & T. Kay,

A TEN YEARS CLINICAL GENETICS AND ETHICAL EXPERIENCE IN A LATE ONSET GENETIC DISORDER

Kay, T. T., C. Silva, M. Lima, C. Gonzalez, J. Vasconcelos, C. Bettencourt & J. Santos,

SHORT-TERM PSYCHOLOGICAL IMPACT OF PREDICTIVE TESTING FOR MACHADO-JOSEPH DISEASE: DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS IN INDIVIDUALS AT RISK FROM THE AZORES (PORTUGAL)

Gonzalez, C., M. Lima, T. Kay, C. Silva, C. Santos & J. Santos,

CARDIOPATIA CONGÊNITA COM ARACNODACTILIA – UM CASO CLÍNICO.

Teresa Lourenço

UNIPARENTAL DISOMY OF CHROMOSOME 14 IN A GIRL WITH HEMIHYPERTROPHY AND DEVELOPMENTAL DELAY AND ROBERTSONIAN TRANSLOCATION (13;14)",

Teresa Lourenço

CARACTERIZAÇÃO POR CITOGÉNÉTICA MOLECULAR DE UM CROMOSSOMA MARCADOR SUPRANUMERÁRIO ANALFÓIDE EM MOSAICO"

Teresa Lourenço

DISSOMIA UNIPARENTAL DO CROMOSSOMA 14

Teresa Lourenço

ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

2005

- INDICE POR SERVIÇOS -

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DIRECTOR: PROF. DOUTOR JOÃO VIDEIRA AMARAL

PEDIATRIA GERAL

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA NOS CONCURSOS: OS VELHOS E OS NOVOS CRITÉRIOS

João M. Videira Amaral

Hospital de Dona Estefânia, Clínica Universitária de Pediatria

Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 36 - n.º 1, Janeiro / Fevereiro de 2005

[Educação Médica, pp. 91-93]

Até há cerca de duas décadas os concursos da carreira hospitalar tinham características bem diversas das dos actuais: tratava-se de provas práticas públicas com doentes (nas modalidades de prova escrita ou relatório clínico e de exposição oral (dita “prova de caras” em que o doente era observado frente ao júri) com o objectivo primordial de avaliar a competência através da capacidade e do pragmatismo do raciocínio clínico.

A partir do final da década de 80, as provas clínicas foram progressivamente abolidas, tendo apenas sido conservada nos exames finais do internato complementar para obtenção da especialidade (de Pediatria, neste caso que nos ocupa).

Actualmente os critérios de avaliação baseiam-se num conjunto de alíneas publicadas na legislação relativamente às quais cada candidato discrimina o respectivo desempenho num documento escrito – curriculum vitae – que, de acordo com o tipo de concursos, nem sequer é sempre discutido publicamente. De tais parâmetros, ressalta-se que a componente científica e de investigação é pontuada muito modestamente em relação a outras alíneas.

De acordo com a experiência do autor e o testemunho doutros formadores que já desempenharam funções de vogais de júris de avaliação, este panorama actual tem originado situações litigiosas pelas frequentes impugnações dos resultados finais. Especula-se, por fim, sobre a vantagem que haveria em modificar o modelo actual, (é certo, mais abrangente do que o antigo que apenas contemplava a vertente clínica e ignorava outras componentes do desempenho como a gestão) incorporando uma prova clínica e valorizando mais a componente científica

Palavras-Chave: Educação pós-graduada; avaliação; carreira profissional; litígio; curriculum.

AS HUMANIDADES E A FORMAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

João M. Videira Amaral

Hospital Dona Estefânia, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas –
Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 36 - n.º 2/3, Março / Junho de 2005

[Educação Médica, pp. 159-162]

Neste artigo define-se o conceito de Humanidades o qual se relaciona com certas áreas do conhecimento ligadas aos valores humanos (história, literatura, ética, comunicação, sociologia, etc.).

Em termos formais (acções de formação sistemáticas, opcionais ou obrigatórias) não tem sido feito grande investimento nesta área como complemento da área técnico-científica do ensino médico, quer na pré-graduação, quer na pós-graduação. Nalguns países, no entanto, fazem parte do currículo nuclear algumas das disciplinas atrás referidas.

Aborda-se o papel educativo da ficção literária como exercício de aprendizagem de certos tópicos que entram no âmbito da Humanidades e comenta-se o desenvolvimento desta área no nosso país no campo da Pediatria. É estabelecida uma relação com o conceito de pediatria social e faz-se alusão ao papel de pediatras portugueses na cultura do ramo de conhecimento em análise. Por fim chama-se a atenção para a necessidade de formação, em humanidades, do pediatra actual e do futuro, o qual terá que lidar com situações que ultrapassam o âmbito meramente técnico-científico face às múltiplas transformações do mundo de hoje em que a criança e adolescente deverão ser encarados no contexto do meio familiar e social. O médico (pediatra) moderno deverá ter, por isso uma cultura de Humanidades

***Palavras-Chave:** Internato de Pediatria, Competência, Ensino das Humanidades, Empatia, Assistência pediátrica.*

NOTAS E REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA (A PROPÓSITO DO CONGRESSO MUNDIAL AMEE 2005).

João M. Videira Amaral

Hospital Dona Estefânia, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Ciências
Médicas – Universidade Nova de Lisboa

Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 36 - n.º 4 Julho / Agosto de 2005

[Educação Médica, pp. 220-222]

A propósito do último congresso AMEE-2005 recentemente realizado em Amsterdam-Holanda (30 Agosto – 3 Setembro) o autor na qualidade de participante faz comentários sobre alguns tópicos que foram abordados no mesmo: importância da investigação que deveria ser estimulada desde a pré-graduação, o papel activo do estudante no ensino, a importância do ensino baseado em problemas, o papel das humanidades em educação médica, o profissionalismo, a competência cultural, técnicas de simulação com modelos e ensino assistido por computador. De referir que muitas das estratégias referidas são susceptíveis de aplicação em escolas médicas nacionais.

Palavras-Chave: Ensino-aprendizagem; medicina; ensino por problemas; técnicas de simulação; ensino à distância.

QUE ACTIVIDADE CIENTÍFICA IMPORTA?

Luís Pereira-da-Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Carta ao Director publicada na Acta Médica Portuguesa 2005;18:95-6.

Resposta à Carta de Teresa Neto, que manifesta o seu desacordo sobre a excessiva valorização da actividade científica em concursos públicos como forma de recompensa da investigação, comparado com o que considera essencial: que haja curiosidade, o gosto por, o prazer intelectual.

O autor concorda que não é possível investigar em qualquer área sem estes requisitos. O problema coloca-se, quando a contratação de clínicos para hospitais públicos passa pelos referidos concursos, regendo-se por uma grelha de classificação em que a actividade científica e investigação são (mal) contempladas. A questão avoluma-se quando essas instituições, que deveriam ser a sede privilegiada de investigação clínica, pouco ou, por vezes nada, investigam; por haver indicadores que não permitem disfarçar a aridez da investigação clínica hospitalar pelo número confrangedoramente diminuto de revistas clínicas nacionais indexadas em bases bibliográficas internacionais, como a Medline, provavelmente pela pouca qualidade científica dos seus manuscritos; pelo número irrisório de estudos clínicos portugueses publicados em edições internacionais indexadas. Tal facto deve-se, em grande parte, ao interesse que as revistas de prestígio têm por artigos que divulguem o resultado de investigação, obstáculo para muitos clínicos portugueses, pois, salvo meritórias excepções, a sua actividade científica resume-se à descrição de casos clínicos, artigos de opinião, revisões teóricas, ou estudos retrospectivos meramente descritivos os quais pouco contribuem para a investigação. Esta distorção pode ter a sua justificação no desequilíbrio da ponderação nos concursos públicos, entre o valor que é atribuído à actividade científica em geral (até 10% da classificação curricular para publicações e comunicações) e o espartilho destinado à investigação somada ao ensino (até 2%). É caso para indagar: que actividade científica importa? Este panorama remete-nos para outra pergunta: serão a curiosidade, o gosto por e o prazer intelectual motor suficiente da investigação? Ou será igualmente obrigatório exigir, medir o que se faz, recompensar quem faz e prescindir de quem não é capaz, quando o que se gasta é caro e proveniente dos contribuintes?

Palavras-chave: Actividade científica; Concursos públicos; Investigação clínica.

ACTIVIDADE CIENTÍFICA HOSPITALAR: A NOSSA REALIDADE.

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Curso Satélite da XII Reunião do Anuário do Hospital de Dona Estefânia “Trabalho Científico: Fundamentos para Elaboração e Divulgação” (Comunicação)

Lisboa, 18/5/05.

Com base em estudo bibliométrico sobre a actividade científica hospitalar, discute-se o tipo de trabalhos científicos habitualmente realizados, que incidem predominantemente em relatos de casos clínicos e estudos retrospectivos descritivos/ casuísticas.

Chama-se a atenção para a necessidade de a actividade científica dever emanar cada vez mais da investigação e da vantagem de o clínico adquirir noções para a adequada elaboração de um trabalho científico, desde o relato de um caso clínico, a diversos estudos clínicos possíveis de realizar.

Palavras-chave: Actividade científica; Estudos; Investigação clínica.

CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE PEDIATRIA EM 2006-2015.

Daniel Virella

Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente, Relatório.

Acta Pediatr Port 2005;36(2/3):101-3

Contexto.

A Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente solicitou, em Outubro de 2004, o cálculo da estimativa de vagas a abrir em Portugal para o Internato de Pediatria, nos anos de 2006 a 2015 com base nas seguintes informações e premissas:

partir do número de pediatras registados pelo Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos entre 1996 e 2003, por escalões etários;

tentar manter a relação pediatra/população de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000;

tentar rejuvenecer o conjunto de pediatras portugueses, de modo a garantir o futuro da prestação de cuidados.

Estes dados e premissas de partida exigem as seguintes reflexões prévias:

nem todos os pediatras graduados pelo Ministério da Saúde estão inscritos no Colégio de Pediatria;

nem todos os pediatras inscritos no Colégio de Pediatria se encontram no activo (ou vivos);

nem todos os pediatras no activo exercem actividade clínica;

não são fornecidos elementos sobre o número de pediatras que exercem a sua actividade clínica exclusivamente no sector privado ambulatório (extra-hospitalar);

não são fornecidos elementos sobre a distribuição geográfica efectiva dos pediatras e qual a distribuição desejada;

no cálculo da proporção de pediatras por população são contados no numerador todos os pediatras da lista de inscritos no Colégio de Pediatria, com as incorrecções acima referidas;

a criação oficial de subespecialidades pediátricas, em harmonização com a legislação da União Europeia, não é contemplada nestas estimativas, pois ainda não está regulamentada em Portugal;

não são fornecidas projecções sobre a evolução da população portuguesa para o período visado, particularmente quanto à dimensão prevista da população de idade pediátrica;

a evolução demográfica portuguesa está fortemente dependente das tendências de fertilidade e natalidade na nova população imigrante, ainda desconhecida.

Todos os cálculos efectuados foram realizados com conhecimento destes défices de informação, embora sem capacidade de efectuar medidas de correcção de efeito comprovado.

Metodologia.

Com base nos dados fornecidos, foram estimadas as tendências de evolução do número de pediatras em cada grupo etário, na sua totalidade e para as idades críticas em termos de actividade profissional,

participação no serviço de urgência e de maior actividade clínica e científica potencial (40, 50, 55 e 65 anos).

A estas estimativas foi posteriormente adicionado o número de internos que iniciaram (e vão iniciar) o Internato até 2005, já definido anteriormente, partindo do princípio (conscientemente errado, mas provavelmente sem consequências) de que todos terminarão o internato e o farão ao fim de cinco anos (o facto de uma proporção de talvez 20 a 40% terminarem em 6 anos não deve ter consequências numa análise a médio prazo, como é o caso).

Para a estimativa do número de vagas de Internato Complementar de Pediatria a abrir no período visado, assumiram-se ainda estas novas premissas:

manter a proporção de pediatras de 31 a 40 anos no total de pediatras até 65 anos de idade em cerca de 25%;

garantir que os pediatras com menos de 55 anos representem cerca de 2/3 do total de pediatras até 65 anos de idade;

fazê-lo aumentando o número absoluto de pediatras de 31 a 40 anos em cerca de 50%, face aos números de 2000, não aumentando em mais de 30% o número total de pediatras até 65 anos de idade.

O número obtido de novos pediatras necessário para atingir as premissas e condições descritas, foi aumentado em 15%, de modo a poder compensar em excesso as carências de informação descritas acima, nomeadamente a exactidão do número de pediatras existente na realidade, a incerteza da evolução demográfica e a necessidade de compensar discrepâncias geográficas (interioridade e periferia) e o desvio de profissionais para o sector privado.

Resultados.

Chegou-se a uma estimativa corrigida do número de vagas do Internato de Pediatria a abrir anualmente de 35 e 40 internos por ano (estimativa não corrigida entre 30 e 35 vagas), numa variação que se pode considerar como parabólica ao longo do período solicitado, com maior número de vagas no início e fim do período e menor no meio.

Com os números estimados e corrigidos:

manter-se-á a proporção de pediatras de 31 a 40 anos no total de pediatras até 65 anos de idade em cerca de 25%;

garantir-se-á que os pediatras com menos de 55 anos representem cerca de 2/3 do total de pediatras até 65 anos de idade;

aumenta-se o número absoluto de pediatras de 31 a 40 anos em cerca de 50%, não aumentando em mais de 30% o número total de pediatras até 65 anos de idade;

a fasquia de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000, calculada para a totalidade da população portuguesa (cerca de 10 milhões de pessoas), com o número total de pediatras estimado será aparentemente ultrapassada e, em números absolutos, o número total de pediatras aumentará cerca de 25%.

Interpretação.

A abertura de vagas para o Internato Complementar de Pediatria nos anos 2000 a 2005 parece ter sido feita com base em fundamentos imediatistas (fornecer rapidamente mão-de-obra aos Serviços) e não de médio ou longo prazo. De facto, ter aberto cerca de 350 vagas em seis anos (2000 a 2005) determina inexoravelmente as vagas a abrir nos dez anos seguintes.

Ter-se-á que corrigir os excessos dos últimos anos, reduzindo drástica mas suavemente o número de internos admitidos cada ano, de modo a garantir simultaneamente a manutenção das capacidades formativas dos Serviços e a previsão dum futuro envelhecimento sustentado deste grupo profissional.

A meta de 13 pediatras por 100.000 habitantes, aparentemente atingida em 2000, será ultrapassada e, em números absolutos, o número total de pediatras aumentará cerca de 25%, devido sobretudo à longevidade dos mais velhos, mas também à entrada do excessivo número de novos internos que terminarão o Internato até 2010-2012.

No entanto, considerando os pediatras verdadeiramente no activo (até aos 65 anos de idade) ou que não podem legalmente pedir dispensa da prestação de serviço de urgência (com menos de 55 anos de idade), o número não aumentará significativamente. De facto, se tivermos em conta os números estimados de

pediatras até aos 65 anos de idade, apenas em 2009-2010 se atingirá a proporção de 13 pediatras por 100.000 habitantes.

Estes cálculos não entram em linha de conta com possíveis tendências de aumento da natalidade, pois embora haja a expectativa seja de que tal aconteça nos próximos dez a quinze anos, devido ao nascimento de filhos de imigrantes, não existem ainda dados que o fundamentem; não se pode excluir por isso a manutenção da taxa de natalidade presente.

Também não são considerados cenários devidos às muito prováveis alterações que deverão acontecer nos programas de formação dos pediatras, nomeadamente a criação das subespecialidades, por adaptação das normas da União Europeia.

Recomendações.

Com base nos cálculos efectuados, recomendo a abertura das seguintes vagas nacionais para o Internato Complementar de Pediatria:

2006	40	vagas
2007	40	vagas
2008	35	vagas
2009	35	vagas
2010	35	vagas
2011	35	vagas
2012	35	vagas
2013	40	vagas
2014	40	vagas
2015	40	vagas

Estes números baseiam-se numa série de pressupostos com fragilidades de fundamentação e referem-se a um período para o qual se prevêem alterações estruturais importantes. Por isso, sugiro que se verifique anualmente a correcção das estimativas geradas pelo modelo concebido, com base na realidade verificada, adaptando eventualmente as estimativas do número de vagas a abrir nos anos seguintes.

De qualquer modo, apesar da fundamentação demográfica e de gestão sanitária que gerou este modelo, e que se pretende seja tão objectiva e técnica quanto possível com os dados fornecidos, a decisão final do número de vagas a abrir será sempre política...

Agradecimento.

Ao Professor Doutor Altamiro da Costa Pereira, do Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a revisão dos cálculos e as inestimáveis sugestões dadas.

A ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE

Maria do Carmo Vale

Serviço 1 de Pediatria – Hospital de Dona Estefânia

Academia Militar, Lisboa, 13 de Julho de 2005

Esta conferência teve como objectivo alertar e sensibilizar os alunos do 1º ano dos cursos superiores de saúde da Academia Militar, bem como reflectir sobre os grandes paradigmas da medicina do quotidiano.

A Bioética (*bios+ethike*) é a Ética aplicada à ciência dos seres vivos e pondera o debate sobre as recentes descobertas tecno-científicas em biologia, biofísica, genética e ciências médicas que condicionam novos problemas às ciências humanas das pessoas, escolas filosóficas, teológicas e jurídicas que tratam do sentido da vida e da morte, da convivência política e da relação da natureza com o ser humano.

Por outro lado, os conhecimentos que a medicina exige fazem dela uma ciência, as técnicas que aplica transformam-na em arte, presidindo à arte e ciência existe um espírito de filantropia e à vontade de saber alia a teleológica vontade de servir, procurando a homeostasia ou a cura.

Mas a medicina é acima de tudo uma profissão praticada em circunstâncias trágicas onde todos os doentes morrem e a maior parte sofre antes de morrer. Os médicos, esses, são confrontados com dúvidas, dilemas e escolhas que geram angústia, porque nem todos os direitos são satisfeitos ou respeitados, nem todo o bem pode ser realizado e onde uma hierarquia definitiva e bem balanceada de direitos e valores pode ser estabelecida.

As escolhas inerentes a qualquer terapêutica são subordinadas ao dever moral de respeitar os doentes constringendo o médico a ceder às suas escolhas o que condiciona a perda de importantes bens.

E em Medicina é-se frequentemente confrontado com a perda de bens.

Face aos considerandos anteriores efectuou-se uma revisão das principais teorias éticas que têm influenciado o exercício da medicina nas últimas décadas, fruto da reflexão e problematização da filosofia face às novas tecnologias médicas que criaram novos e difíceis problemas na prestação de cuidados de saúde.

A emergência da autonomia do doente e o seu empoderamento sobre os cuidados de saúde, decorrentes de profunda reflexão na comunidade, constituem um permanente desafio para o médico que, sem abdicar dos seus valores, constrói uma relação fiduciária com o doente.

Desde a virtude Aristotélica e de Comte-Sponville, passando pelo dever Kantiano, pelo utilitarismo e consequencialismo de Stuart-Mill, até às teorias mais modernas como o principialismo de Beauchamp e Childress e à responsabilidade de Hans Jonas, todas elas influenciaram e influenciam o exercício da medicina, salientando aspectos importantes da autonomia do médico, doente e justiça distributiva.

SERVIÇO 1 (PEDIATRIA)

DIRECTOR: DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA

SALA 1 - PEDIATRIA GERAL

DOENÇA CELÍACA

Dora Gomes *

* Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia

II Seminário de Alimentação em Saúde Infantil, (Comunicação oral)

Centro de Saúde da Horta

O autor apresenta uma revisão bibliográfica recente acerca da doença celíaca.

A doença celíaca, também conhecida por sprue celíaco, não tropical ou enteropatia sensível ao glúten consiste numa intolerância permanente às proteínas do glúten do trigo e proteínas similares do centeio e da cevada, em indivíduos geneticamente susceptíveis. Como consequência, estabelece-se uma inflamação intestinal com sintomas relacionados com a má absorção mas, em muitos doentes, os sintomas extra-intestinais dominam o quadro e, noutros, a doença chega a ser clinicamente silenciosa.

Os genes que codificam as moléculas HLA de classe II (HLA DQ2 e DQ8) são os factores genéticos predisponentes isolados mais importantes para o desenvolvimento da doença, apesar de insuficientes *per se*.

O tratamento para a doença celíaca exige uma dieta isenta de glúten, conduzindo ao desaparecimento dos sintomas clínicos e a uma normalização da mucosa intestinal. Avanços recentes melhoraram o conhecimento molecular da doença e novos alvos terapêuticos foram identificados, podendo, num futuro próximo, obviar uma dieta exigente, dispendiosa e ostracizante.

Palavras chave: doença celíaca, enteropatia sensível ao glúten, sprue celíaco, sprue não tropical, diarreia, má absorção, má progressão ponderal, HLA DQ2, HLA DQ8

EMERGÊNCIA CIRÚRGICA OU INFECCIOSA?

Filipe G. Silva, Luis Varandas, Gonçalo Cordeiro Ferreira

* Serviço 1 – Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria da SPP (Póster)

Évora, Setembro de 2005

Introdução: O prolapso rectal na idade pediátrica é uma entidade rara nos países industrializados e deve ser sempre considerado como forma de apresentação de outra doença.

Objectivo: Apresentar um caso clínico de prolapso rectal orientado para tratamento cirúrgico.

Caso clínico: Criança de 7 anos, sexo masculino, raça negra, transferido com carácter de urgência de S. Tomé para Portugal por prolapso rectal recidivante desde os 2 anos de idade, de agravamento progressivo, até ocorrer em todas as dejectões. Foi referenciado para a

especialidade de Cirurgia Pediátrica. Para além destas queixas, havia uma história de diarreia crónica com muco e, por alguns períodos, com sangue, sem febre. À observação apresentava abdómen ligeiramente distendido e timpanizado, com o prolapso rectal reduzido. A hipótese diagnóstica inicial de Trichiuríase foi confirmada pelo exame parasitológico das fezes. Da restante avaliação, é de salientar a existência de anemia microcítica, eosinofilia de 20%, serologia para *Entamoeba histolítica* em intervalo “duvidoso”, serologia para *larva migrans* visceral “possível” e coprocultura com *Campilobacter jejuni*. Foi instituída terapêutica com mebendazol, metronidazol e azitromicina com melhoria da diarreia e eosinofilia e desaparecimento das queixas de prolapso rectal.

Comentário: Dentro das causas infecciosas, o prolapso rectal tem sido associado às diarreias por *Escherichia coli* 0157:H7, *Entamoeba histolytica*, *Giardia*, *Salmonella*, *Shigella* e *Trichuris sp.* A existência de factores de risco comuns a vários parasitas favorece o aparecimento de coinfeções.

DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Oliveira*; Manuela Veiga*; Alex Figueiredo*; Sandra Santos*; Aldina Alves**;
Guilhermina Cantinho***

* Serviço1, **Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Dona Estefânia

*** Faculdade de Medicina de Lisboa

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria, Évora, Setembro de 2005 (Póster)

X Congresso Nacional de Medicina Nuclear, Lisboa, Novembro de 2005 (Póster)

Reunião Interdepartamental do Hospital Dona Estefânia, Novembro de 2005 (Póster)

Introdução: A Distrofia Simpática Reflexa corresponde a um síndrome complexo polimorfo, caracterizado por uma disfunção variável dos sistemas músculo-esquelético, pele e sistema vascular. Habitualmente caracteriza-se por dor intensa e persistente de um membro (geralmente pós-traumática), com alterações vasculares e sensoriais associadas. Na adolescência este síndrome apresenta aspectos particulares, nomeadamente, no que diz respeito à localização, à importância dos factores psicológicos, ao diagnóstico e ao prognóstico.

Método: Estudo de caso por análise dos registos clínicos e pesquisa bibliográfica.

Caso clínico: Adolescente de 14 anos, sexo feminino, enviada de um hospital distrital, por quadro de dor, arrefecimento, palidez e impotência funcional do membro inferior direito após traumatismo menor. A marcha diagnóstica envolveu a colaboração de especialistas de cirurgia vascular, cardiologia pediátrica, neurologia e pedopsiquiatria e a realização de diversos exames complementares de diagnóstico nas vertentes de patologia clínica, imagiologia e medicina nuclear. A cintigrafia óssea foi um exame decisivo que permitiu documentar a hipótese diagnóstica. A terapêutica com gabapentina e vitamina C e a intervenção da fisioterapia e da psicoterapia, contribuíram para uma melhoria franca da sintomatologia, com alta clinicamente bem uma semana após o início da intervenção.

Conclusão: A distrofia simpática reflexa é um síndrome complexo, exigindo alto grau de suspeição para o seu diagnóstico, para que se possam evitar exames excessivos, com subsequente amplificação da dor e agravamento dos factores psicológicos subjacentes. Esta entidade não é um diagnóstico de exclusão, mas sim um diagnóstico exclusivo.

CÁRIES PRECOSES DA INFÂNCIA

Marta Oliveira*, Sandra Santos*

* Serviço 1, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Reunião Interdepartamental do Hospital Dona Estefânia, (Comunicação)

Lisboa, Janeiro de 2005

A cárie precoce da infância é uma doença infecciosa, transmissível e dependente da dieta.

A apresentação deste trabalho teve como objectivo a abordagem do processo cariogénico, factores etiológicos, factores de risco e suas complicações, para a melhor compreensão da importância das medidas preventivas. Nomeadamente foi abordado a problemática do flúor, tendo como base as normas da Direcção Geral de Saúde de 18 de Janeiro de 2005.

AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL DE CRIANÇAS INTERNADAS

João Farela Neves, Marta Oliveira, Ana Leça

Serviço 1 – Clínica Universitária de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia

10ª Jornadas de Infeciologia Pediátrica

Viana, Outubro de 2005

Introdução: O PNV é universal e gratuito, constituindo uma das mais importantes medidas de saúde pública. Uma das suas principais características é a acessibilidade sem qualquer tipo de barreira.

Objectivo: Avaliar o estado vacinal de crianças internadas numa enfermaria de Pediatria Geral e na Unidade de Infeciologia do Hospital de Dona Estefânia, durante um ano, e detectar obstáculos à vacinação, quer relacionados com os serviços de saúde, quer relacionados com as características demográficas e sociais da população. Adicionalmente pretendeu-se avaliar a adesão a algumas vacinas não contempladas no PNV à data do estudo, nomeadamente as vacinas conjugadas contra *Neisseria meningitidis C* e heptavalente contra *Streptococcus pneumoniae*, e a vacina contra a hepatite A.

Material e métodos: Estudo prospectivo que decorreu entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2004. Incluiu a elaboração e preenchimento de uma folha de dados constando de um inquérito a responder pelos pais e do registo dos dados do Boletim de vacinas.

A aferição do estado vacinal baseou-se no plano recomendado pela DGS em 2000 e as perguntas aos pais incluíam características demográficas e sociais, e a auto-avaliação do grau de acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde.

Resultados: Consideraram-se 324 inquéritos, sendo que 89 % (n =289) das crianças apresentava o calendário vacinal actualizado segundo o PNV. Destas, 85% eram caucasianos (1% etnia cigana) e 15 % de raça negra/indiana; 55% destas crianças eram seguidas por pediatra e 41% por médico de família. Em relação à escolaridade dos pais 22% tinham uma licenciatura, 11% o 12º ano, 22% o 9º ano e 27% o 4º ano.

Não tinham o calendário vacinal actualizado 11% (n=35). Destas, 57% eram caucasianos (20% etnia cigana) e 42% de raça negra ou indiana; 34% eram seguidas por pediatra e 35 % por médico de família, sendo que 14% (todos de etnia cigana) não eram seguidas por qualquer médico. Em relação à escolaridade dos pais 8% tinha uma licenciatura, 11% o 12º ano, 22% o 9º ano e 25% o 4º ano. O não cumprimento do PNV foi atribuído a intercorrências infecciosas (42%) ou desconhecimento das datas em que deveriam dirigir-se ao Centro de Saúde (20%).

Das vacinas extra PNV analisadas, a vacina contra *Streptococcus pneumoniae* foi administrada a 23% das crianças, a vacina contra *Neisseria meningitidis C* a 30% e a vacina contra a Hepatite A a 6%, predominando nas crianças de raça caucasiana (93%), agregados familiares pequenos (79%) e seguidas por pediatra (75%).

Apenas 2 % classificaram a acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde como difícil.

Conclusões: A acessibilidade do PNV é demonstrada neste estudo. A análise dos diferentes parâmetros permitiu concluir que as condições sócio-demográficas se correlacionam com o cumprimento do PNV, sendo necessário um esforço adicional na educação para a saúde das comunidades mais desfavorecidas. A administração de vacinas não constantes do PNV correlaciona-se com a assistência médica por pediatra e com o tamanho do agregado familiar. A introdução da vacina conjugada contra *Neisseria meningitidis C* no PNV, em 2006, irá diminuir este factor de desigualdade. Quanto à vacina conjugada heptavalente contra *Streptococcus pneumoniae* será desejável uma maior participação, devendo ser administrada gratuitamente a todas as crianças com factor de risco para doença invasiva pneumocócica, através dos serviços de saúde.

PFAPA: UM CASO CLÍNICO

Paula Kjöllnerström*, João Farela Neves*, Andreia Mascarenhas*, Sona Balde*, Margarida Ramos*, Gonçalo Cordeiro Ferreira*

Serviço 1 do Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria (Poster)

29 de Setembro a 1 de Outubro de 2005

A síndrome PFAPA (Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis) foi descrita pela primeira vez em 1987 por Marshall et al. A etiologia é desconhecida, não parecendo haver predisposição genética, racial ou geográfica. Há um discreto predomínio no sexo masculino. Esta entidade é definida clinicamente, já que não existe um marcador laboratorial específico. Caracteriza-se por períodos recorrentes de febre alta, com duração de 4-6 dias e resolução espontânea, associada a pelo menos uma das seguintes manifestações: estomatite aftosa, faringite e linfadenite cervical, respectivamente em 70%, 72% e 88% dos doentes, com intervalos assintomáticos de 2 a 8 semanas. Os sintomas surgem, em regra, antes dos 5 anos de idade, tornando-se progressivamente menos frequentes, muitas vezes com desaparecimento 4-8 anos após o seu início. Nos surtos pode haver necessidade de administrar prednisona na dose de 1-2 mg/kg no 1º dia de doença (com eventual repetição no 2º dia), com resolução do quadro na grande maioria dos doentes. Nas situações refractárias deve ser ponderada a amigdalectomia.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 32 meses, com episódios recorrentes de febre elevada com 6 meses de evolução, associada a faringite e adenomegalias cervicais. A duração dos surtos foi de 5-8 dias, com períodos intercríticos assintomáticos, de 3-4 semanas, sem repercussão no desenvolvimento estatura-ponderal ou psicomotor. Nos episódios febris constatou-se leucocitose e aumento da velocidade de sedimentação e proteína C reactiva, associados a ligeiro aumento da IgD. Foi excluída patologia infecciosa e imunológica, assim como outros síndromes febris periódicos de ocorrência habitual na infância. Efectuou-se prova terapêutica com prednisona oral no 1º dia de febre com boa resposta, que tem sido mantida, embora com encurtamento dos períodos intercríticos.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: QUAIS SÃO AS JOVENS EM RISCO?

Sílvia Freira*, M.C. Santos**, S. Santos**, C. Colaço**

* Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia ** Serviço de Saúde Infantil Centro Saúde Seixal Summer School, 3rd European Training Session in Adolescent Medicine and Health-Lausanne, 11-15/07/2005 (Poster)

Introdução: Desde há três anos verificou-se um aumento do número de adolescentes grávidas no município do Seixal. Com o objectivo de inverter esta situação foi reforçada esta temática nas sessões de Saúde Escolar e num programa de promoção de saúde na comunidade, utilizando um veículo medicalizado, denominado “Seixal sobre Rodas”.

Objectivo: Determinar as características das adolescentes grávidas, a fim de melhorar a eficiência dos programas desenvolvidos e criar novas estratégias de prevenção da gravidez na adolescência.

Métodos: Estudo retrospectivo das adolescentes grávidas atendidas na Consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde do Seixal entre 01/01/2002 e 32/12/2004, baseado nos processos clínicos e em informação do Departamento de Estatística do Centro de Saúde do Seixal.

Resultados: Foram estudadas 50 adolescentes. A distribuição etária foi a seguinte: 14 anos - 1; 15 anos - 2; 16 anos - 9; 17 anos - 14; 18 anos - 24. O índice de massa corporal mediano foi de 23,1. A idade mediana da menarca foi de 11 anos. Três adolescentes tinham alterações da saúde mental e 18 tinham uma família alargada. Cerca de 37% viviam num bairro social. Trinta e oito não usava qualquer método anticoncepcional antes de engravidar, cinco tinham feito abortos e seis adolescentes de etnia cigana já tinham sido mães. Apenas doze frequentavam a escola. Doze referiam >1 parceiro sexual. Uma consumia haxixe e doze fumavam. Dezanove abandonaram a vigilância médica da gravidez.

Conclusões: De entre as características analisadas, destaca-se que maioria das jovens grávidas não frequentava a escola, pelo que é necessário reforçar projectos como o “Seixal Saudável”, recorrendo a estratégias inovadoras e mais eficazes.

FACTORES BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO CASO-CONTROLO

Sílvia Freira*, Luís Pereira da Silva*, Filomena Malveiro**, Maria do Carmo Santos***, Susana Santos***, Cláudia Colaço***, Paula Salinas***.

*Clínica Universitária de Pediatria, Serviço 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, **Mestra em Epidemiologia, Centro de Saúde de Palmela e *** Consulta de Saúde Infantil, Centro de Saúde do Seixal.

XXXII Jornadas de Nacionais de Pediatria- Évora, 29-30/09/2005 (Comunicação oral)

Congresso do Hospital de Dona Estefânia- Lisboa, 17-19/11/2005 (Comunicação oral)

Introdução: A gravidez na adolescência pode implicar maior risco para o mau funcionamento social, económico e da saúde da jovem mãe e do seu filho, especialmente a gravidez não desejada.

Objectivo: Avaliar a associação entre determinadas variáveis biológicas e sociais e a gravidez na adolescência.

Métodos: Estudo caso-controlo comparando adolescentes grávidas (grupo A) com adolescentes que nunca estiveram grávidas (grupo B). Foram analisadas as seguintes variáveis

biológicas: idade, índice de massa corporal (IMC), menarca, regularidade dos ciclos menstruais, patologia psiquiátrica, coitarca e contracepção; e as seguintes variáveis sociais: tipo de família, índice de Graffar, rendimento escolar, ocupação e número de parceiros sexuais.

Resultados: Foram incluídas 50 jovens em cada grupo, emparelhadas por idade. Houve associação entre gravidez e: IMC > percentil 85 (OR: 2,95; IC95%: 1,04-8,55; $p=0,02$), idade de menarca < 12 anos (OR: 5,25; IC95%: 1,89-15,02; $p<0,001$), idade de coitarca < 15 anos ($p<0,001$, T. Fisher), irregularidade dos ciclos menstruais (OR: 3,8; IC 95%: 0,10-0,68; $p=0,002$), não utilização de contracepção (OR: 40,83; IC 95%: 4,63-923,74; $p<0,001$); não houve associação significativa com alterações da saúde mental. Relativamente às variáveis sociais, houve associação entre gravidez e: família não nuclear (OR:4,5; IC 95%: 0,08-0,55; $p<0,001$), índice de Graffar ≥ 4 (OR: 4,96; IC 95%: 1,96-12,74; $p<0,001$), reprovações prévias (OR: 8,84; IC 95%: 3,20-25,16; $p<0,001$), abandono escolar (OR: 49,61; IC 95%: 11,71-244,75; $p<0,001$) e hábitos aditivos (OR: 8,4; IC95%: 1,65-57,87); não houve associação significativa com existência de >1 parceiro sexual ($p=0,104$ T. Fisher).

Conclusão: Os resultados deste estudo sugerem que, na prevenção da gravidez na adolescência, seja prestada especial atenção às jovens de meio desfavorecido, com excesso de peso, insucesso escolar, de famílias não nucleares, com irregularidade menstrual, idades menores de menarca e coitarca e ausência de contracepção.

CMV – DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Raquel Marta, Pedro Garcia, Ana Rute Ferreira, Susana Rocha, Dolores Barros, António Figueira, Gonçalo Santos

Serviço de Pediatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário, SA

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria (Póster)

29 e 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2005

INTRODUÇÃO

A infecção pelo CMV caracteriza-se pelo pleomorfismo clínico sendo possíveis desde formas assintomáticas a formas graves.

Nem sempre é fácil discernir o papel deste agente na etiopatogenia de cada caso particular dada a grande variabilidade clínica com que se manifesta.

CASOS CLÍNICOS

Os autores apresentam dois casos clínicos de crianças internadas no serviço de pediatria que ilustram a variabilidade clínica da infecção pelo CMV. No caso 1 apresenta-se uma criança de 7 anos com síndrome mononucleósica e no caso 2 uma criança de 6 anos com anemia hemolítica.

CONCLUSÃO

No doente imunocompetente, fora do período neonatal, a infecção a CMV é geralmente assintomática. Na criança e adolescente o CMV pode causar um síndrome mononucleósica como ilustra o caso 1.

Com o caso 2 pretende-se alertar para a possibilidade de outras manifestações clínicas que, embora mais frequentes em imunodeprimidos, são também possíveis na criança imunocompetente.

UM CASO DE ESTRIDOR PERSISTENTE EM CRIANÇA DE 12 MESES

Raquel Marta, Ana Rute Ferreira, S. Castro, Gonçalo C. Santos, António Amador
Serviço de Pediatria do Hospital Nossa Senhora Rosário – Barreiro

Reunião de casos clínicos da Secção de Pneumologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de
Pediatria (Comunicação oral)

3 de Maio de 2005

Introdução: os angiomas são o tumor mais frequente nas crianças. Frequentemente de localização cutânea, podem também envolver as vias aéreas, sendo causa de dificuldade respiratória, nomeadamente se localizados no espaço sub-glótico. Habitualmente cursam com involução natural até aos 18 meses de idade. O seu diagnóstico baseia-se na clínica de estridor e é confirmado por broncofibroscopia.

Resumo do Caso Clínico / Resultados: apresenta-se o caso de uma criança internada, com 15 meses de idade, por dificuldade respiratória manifestada por estridor inspiratório e expiratório, tosse "rouca" e sibilância, sintomatologia evidente desde os 12 meses de idade, com períodos de exacerbação coincidindo com os meses de Outono / Inverno e com escassa melhoria com a administração de broncodilatadores. Realizou telerradiografia do tórax que não demonstrou alterações significativas e iniciou terapêutica com aerossóis com broncodilatadores e corticoterapia sistémica com escassa melhoria. Foi solicitada a realização de broncofibroscopia que diagnosticou a presença de hemangioma sub-glótico bilateral.

Comentários: a presença de sintomatologia respiratória persistente deverá sempre motivar a sua investigação etiológica, nomeadamente por exames de imagem. Neste caso, o período de início da sintomatologia (essencialmente o estridor) coincidiu com a fase proliferativa do hemangioma; actualmente a criança encontra-se bem, com escassa sintomatologia apenas em períodos de agudização, facilmente controlada com corticoterapia inalada; o hemangioma está seguramente em fase de involução, verificando-se a lenta mas inevitável redução das suas dimensões. Não foi, por isso, necessária a realização de broncoscopia de intervenção.

NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 – CASO CLÍNICO

Raquel Marta, Ana Ferreira, Susana Rocha, Pedro Garcia, Catarina Sousa, António Figueira
Serviço de Pediatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário, SA

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria (Póster)

29 e 30 de Setembro e 1 de Outubro de 2005

A Neurofibromatose ou Doença de Von Recklinghausen é uma doença autossómica dominante, multissistémica, com expressão fenotípica muito variável. Existem duas formas distintas sendo a Neurofibromatose do tipo 1 a mais prevalente.

O diagnóstico assenta em critérios definidos sendo fundamental conhecer a história natural da doença e o seu carácter progressivo uma vez que algumas das manifestações clínicas só aparecem na adolescência ou mesmo na idade adulta.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 12 anos admitida no Serviço de Urgência por gastroenterite aguda, cujo exame objectivo revelou a presença de critérios de diagnóstico de Neurofibromatose do tipo 1. Trata-se de uma criança com familiares do primeiro grau com doença e sem diagnóstico anterior.

Os autores discutem a importância do conhecimento dos critérios de diagnóstico e o papel do pediatra no seguimento destas crianças para que não só se detecte mais cedo como também se identifiquem as potenciais complicações atempadamente.

CONCLUSÃO

Dado não existir tratamento específico para a Neurofibromatose tipo 1, o aconselhamento genético e a detecção precoce das complicações tratáveis são a base do seguimento estando a morbilidade e mortalidade da doença dependentes do tratamento e orientação das mesmas.

FORMAÇÃO EM PEDIATRIA: INTERNATO COMPLEMENTAR: CONCRETIZAÇÕES

Catarina Gouveia.

XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria
Braga, Abril 2005

Introdução: O actual 'Programa de Formação do Internato Complementar de Pediatria', em vigor desde 1997, define uma série de princípios orientadores em relação ao tipo e duração dos estágios e critérios de avaliação. Introduce a chamada descentralização formativa, com a implementação dos estágios nos Centros de Saúde e Hospitais Distritais. Vários formadores têm promovido reuniões e sedimentado opiniões em relação ao actual programa. A opinião dos Internos de Pediatria é, no entanto, menos conhecida.

Material e métodos: estudo transversal, descritivo, de Março a Abril de 2005, aos internos do Internato Complementar de Pediatria do 4º e 5º ano e recém-especialistas que tinham terminado o internato no ano anterior. Para colheita de dados foi administrado um inquérito, cujas perguntas incidiam sobre a organização dos estágios, formação e avaliação.

Resultados: Obtiveram-se 45 inquéritos, metade dos quais de internos de Hospitais Centrais (49%). A maioria considerou que: o internato tinha correspondido às suas expectativas (53%), os cinco anos de duração eram adequados (84%) e o número de horas de trabalho semanais era excessivo (56%). Todos concordaram com o estágio do Hospital Distrital, embora 57% sugira uma duração de seis a nove meses. A maioria (89%) concorda com o estágio do Centro de Saúde, embora pense ser suficiente três meses. Os Internos não referiam qualquer formação sobre profissionalismo, mas tinham sessões de formação regulares e facilidade em frequentar cursos e congressos. Sessenta por cento dos internos não participaram em qualquer projecto de investigação, por não ter orientador ou oportunidade e 73% pensa que a elaboração do *Curriculum vitae* nos moldes actuais não tem qualquer interesse, por ser 'extenso, repetitivo e descritivo'.

Comentários: Apesar das limitações do estudo (amostra de conveniência, inquérito auto-preenchido) este trabalho permite-nos reflectir sobre alguma opiniões dos internos, de modo a promover pequenas alterações ao programa vigente.

ABCESSO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Farela Neves, Paula Kjollerstrom, Andreia Mascarenhas, Sona Balde, Margarida Ramos, Gonçalo Cordeiro Ferreira
Serviço 1 do HDE
XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria (Poster)

Évora, Outubro 2005

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 27 meses, com antecedentes de pneumonia pós-varicela aos 23 meses. Um mês antes do actual internamento, por pneumonia do lobo superior direito, foi medicada em ambulatório com Amoxicilina durante 14 dias com melhoria clínica. Dez dias depois reiniciou tosse e febre alta, tendo sido internada com o diagnóstico de Pneumonia do LSD e medicado com Cefuroxime (11 dias) e Gentamicina (7 dias). Durante o internamento realizou broncofibroscopia que foi normal e teve alta ao 7º dia clínica e analiticamente bem. Reinternado 4 dias depois por reaparecimento de febre sendo-lhe diagnosticado um abscesso pulmonar dos segmentos posteriores do LSD e medicado com Vancomicina, Penicilina G cristalina e Gentamicina. Houve boa resposta clínica e laboratorial, acompanhadas por resolução radiológica. Teve alta ao 32º dia de internamento.

O abscesso pulmonar é pouco frequente (0,7/100000 internamentos), afectando especialmente crianças com menos de 5 anos. O sexo masculino é atingido duas vezes mais frequentemente que o feminino. Os abscessos pulmonares podem ser primários, que ocorrem em crianças saudáveis sem factores predisponentes e secundários (mais frequentes), que ocorrem em crianças com factores predisponentes (imunodeficiência, infecção grave, incluindo pneumonia extensa, ou doença que permita a aspiração recorrente). Os abscessos pulmonares são mais frequentemente polimicrobianos envolvendo bactérias aeróbias (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*) e anaeróbias (*Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Streptococcus microaerofilicus*). O diagnóstico etiológico é difícil pela necessidade de exames invasivos (como a aspiração percutânea com agulha), sendo as hemoculturas raramente positivas. O diagnóstico é feito com base nos achados radiográficos, verificando-se a presença de uma cavidade com paredes espessas ou um nível hidroaéreo caso haja comunicação com a árvore brônquica. A TAC permite o diagnóstico mais precoce e uma melhor caracterização do abscesso. A antibioterapia empírica é a base do tratamento, com taxa de sucesso de 80-90 %.

UNIDADE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

TUBERCULOSE MUTIRRESISTENTE – CASO CLÍNICO

Raquel Ferreira^{*}, A. Pinheiro^{*}, F. Cunha^{**}, Luís Varandas^{*}

^{*}Unidade de Infeciologia Pediátrica, Serviço de Pediatria 1 do Hospital Dona Estefânia, Lisboa; ^{**}Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX)

Director do Serviço 1 do HDE – Dr Gonçalo Cordeiro Ferreira

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005

Lisboa, Outubro 2005

Introdução: A tuberculose multirresistente é uma forma de tuberculose resistente a dois ou mais dos fármacos de primeira linha usados no seu tratamento. Segundo estatísticas da OMS, estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas a nível mundial possam estar infectadas por bacilos multirresistentes; 300 000 novos casos são diagnosticados anualmente e 79% são resistentes a três ou mais fármacos.

Caso clínico: Adolescente de 14 anos, sexo masculino, saudável até Agosto de 2003, altura em que, por queixas de febre, sudação nocturna e tosse persistente foi internado no HVFX onde foi

diagnosticado tuberculose pulmonar. Iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina e pirazinamida, tendo alta melhorado à quinta semana. Por agravamento clínico e o TSA ter revelado resistência aos antibacilares de primeira linha, foi reinternado e medicado com kanamicina, ofloxacina, rifabutina, claritromicina e pirazinamida. Após sete meses de terapêutica tem alta com baciloscopias negativas. Um mês depois iniciou tosse hemoptóica, as baciloscopias tornaram-se positivas, tendo sido reinternado no HVFX e transferido para esta Unidade. Foi efectuado ajuste terapêutico de acordo com TSA, tendo havido necessidade de utilizar múltiplos fármacos. A pesquisa de BK tornou-se negativa após oito meses de terapêutica. Teve alta medicado com rifabutina, pirazinamida, cicloserina, levofloxacina, linezulide, PAS e kanamicina em regime de Hospital de Dia no HDE.

Discussão: A tuberculose multirresistente é um problema de saúde pública difícil de tratar, pelo que é importante a rápida identificação destes casos e a instituição quanto antes da terapêutica apropriada. O tratamento é prolongado e a taxa de cura é muito inferior à da tuberculose não multirresistente.

Agradecimentos: aos colegas que acompanharam o Fábio durante o internamento e ao Dr António Domingos pelo apoio prestado.

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO- CASO CLÍNICO

Dora Gomes, Rita Machado, Ana Rute Ferreira, Luís Varandas, Teresa Santos, Gonçalo Cordeiro Ferreira

Departamento de Pediatria Médica/Unidade de Infecçiology, Hospital Dona Estefânia

XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria - (Póster)

Braga, Abril de 2005

Introdução: A tuberculose continua a ocupar um lugar de destaque na lista das causas mais frequentes de mortalidade infantil a nível mundial, sendo a faixa pediátrica mais susceptível de desenvolver formas extra-pulmonares.

Em Portugal, a prevalência continua a ser elevada e a incidência ronda os 45 novos casos/100 000 habitantes/ano.

A apresentação osteo-articular da tuberculose, a par de outras localizações extra-pulmonares, surge mais frequentemente associada a crianças com idade inferior a cinco anos e a adolescentes, exibindo um quadro clínico pouco específico que facilmente se confundirá com uma infecção piogénica, fúngica ou mesmo com uma situação neoplásica, condicionando, muitas vezes, um diagnóstico tardio.

Objectivos/Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente de 14 anos de idade internado na Unidade de Infecçiology do Hospital de D. Estefânia no ano de 2004, transferido de outro hospital para esclarecimento etiológico de um abcesso com fistulização persistente na coxa direita, submetido a várias intervenções médicas e cirúrgicas mal-sucedidas e cujo estudo histológico, microbiológico e imagiológico concluiu tratar-se de uma tuberculose da articulação coxo-femoral com envolvimento ósseo adjacente. Apesar do RX de tórax não ter mostrado alterações significativas, a pesquisa de BK na expectoração foi positiva. A TAC torácica realizada posteriormente viria a revelar alterações sugestivas de tuberculose pulmonar na porção posterior do lobo superior direito.

O contexto epidemiológico era positivo na medida em que havia um contacto com familiar com tuberculose pulmonar três anos antes.

Durante o internamento, instituiu-se terapêutica antibacilar quádrupla, tendo-se assistido a uma melhoria franca do quadro clínico. A criança foi ainda submetida a sessões diárias de fisioterapia tendo tido alta com uma limitação moderada na abdução da coxa acometida.

Os dados epidemiológicos e radiológicos corroboram a hipótese de se poder tratar de uma reativação de uma tuberculose cuja apresentação insidiosa e inespecífica, associada a um baixo índice de suspeita, em muito contribuíram para um diagnóstico tardio.

Conclusão: Este caso não só alerta para a necessidade de não se desprezar a etiologia tuberculosa num contexto de patologia extra-pulmonar como também levanta a questão sobre a sensibilidade de um RX de tórax no rastreio de uma tuberculose pulmonar e sobre o seu papel na diferenciação entre uma tuberculose infecção e uma tuberculose doença.

Palavras chave: tuberculose osteo-articular, fistulização, TAC torácica, RX de tórax

TRAVELER'S DIARRHEA IN A PORTUGUESE PAEDIATRIC POPULATION

Filipe Silva*, António Figueiredo*, Luís Varandas*, Gonçalo Cordeiro Ferreira*

* Consulta do Viajante, Unidade de Infecçiology do Serviço 1, Hospital Dona Estefânia
9th Conference of the International Society of Travel Medicine (CISTM9) (Póster)
Maio de 2005

Introduction: Traverler's diarrhea (TD) is the most common illness affecting travelers originating from industrialized countries and visiting developing countries. To date few published studies endorsed the epidemiology of TD in children.

Objectives: To determine the incidence and risk factors for TD in a Portuguese paediatric population.

Material and Methods: The questionnaires were addressed, by phone interview, to the parents of children who attended a pretravel Travelers Consultation in two periods: August 2002 to September 2003 and July 2004 to October 2004..

Results: Of the 168 recruited young travelers, 9 did not travel. The others' median age was 4 (1-7) years old and 54,8% were male. The median travel duration was 27 days. Most frequent destinies were Angola (27%), Mozambique (16%), S. Tomé (15%) and India (10%). The attack rate of TD was 22,6% with median duration of 4 (2-7) days. 70,3% of these children were less than 3 years old ($p<0,002$) and 70,3% were abroad for more than 30 days ($p<0,002$). When the TD extended for more than 4 days, 84,5% of children were self treated with antibiotic ($p<0,002$).

Conclusions: This attack rate is considerably smaller than a previously published one from a Swiss population. The risk factors for TD were being younger than 3 years, travel to Angola and to stay abroad for more than 30 days.

VIVI – QUE VIDA?

Filipe G. Silva*, Leonor Carvalho*, Ana Leça*

*Unidade de Infeciologia - Serviço 1, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital Dona Estefânia de 2005 (Póster)

Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: Embora classicamente a Pediatria se tenha desenvolvido na abordagem da doença aguda, a prevalência crescente das doenças crónicas nas idades pediátricas, a sua complexidade e a diversidade de recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis colocam novos desafios.

Objectivo: Apresentar um caso clínico de doença crónica em que é patente a importância da transdisciplinaridade na prática clínica.

Caso clínico: Criança de 7 anos, sexo feminino, com família monoparental e instabilidade familiar, com 7 internamentos por pneumonia, entre os 7 meses e os 5 anos de idade, no intervalo dos quais apresentava intercorrências infecciosas frequentes, nomeadamente otite média aguda, adenoidite e sinusite, pelo que o seu seguimento é complementado pela referenciação à Consulta de Otorrinolaringologia.

Os exames de imagem eram compatíveis com a existência de extensas áreas bilaterais de bronquiectasias, e a cintigrafia de ventilação-perfusão revelou graves alterações com em cerca de 50% de ambos os pulmões. Tem sido anualmente avaliada por Cardiologia Pediátrica para seguimento da sua hipertensão pulmonar secundária à insuficiência respiratória.

A avaliação da imunidade celular não revelou alterações significativas. A avaliação da imunidade humoral, aos 3 anos, mostrou défice de IgG2 associado a diminuição acentuada dos níveis de anticorpos vacinais para antígenos proteicos e polissacáridos.

Após ter iniciado programa de cinesiterapia respiratória contínua e administração gamaglobulina e.v de três em três semanas, assistiu-se a um período de maior estabilidade clínica com diminuição da necessidade do uso de antibióticos e maior intervalo entre os internamentos.

No entanto, a adesão irregular ao plano proposto e a própria evolução natural da doença, têm condicionado novos agravamentos e descompensações.

Comentário: A subspecialização crescente da medicina requer um esforço acrescido de integração do apoio das várias especialidades de modo a otimizar os cuidados prestados e de não perder a noção do todo. As realidades psico-sociais e o impacto da doença crónica no indivíduo e na família criam necessidades que só podem ser satisfeitas por uma abordagem transdisciplinar da doença e da saúde.

EMPIEMA SUBDURAL A *SALMONELLA ENTERITIDIS*: UM CASO CLÍNICO

Sandra Santos*, Marta Oliveira*, Mário Matos**, Luis Varandas*.

*Unidade de Infeciologia, Serviço 1 de Pediatria, **Serviço de Neurocirurgia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia, Lisboa (Póster)

Novembro de 2005

Introdução: A infecção intracraniana é uma complicação rara da *Salmonella*, geralmente resultante da disseminação hematogénica a partir de outro foco infeccioso. A *Salmonella* mais frequentemente isolada é a *Salmonella typhi*. Menos frequente é o isolamento de espécies não-typhi, das quais a mais comum é a *Salmonella enteritidis*.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 18 meses, natural de São Tomé e Príncipe, evacuada do país de origem com o diagnóstico de “hidrocefalia secundária a meningoencefalite bacteriana”. A criança apresentava-se desnutrida ($P \ll 5$), com macrocrania ($P \gg 95$), FA abaulada e olhos em poente, com paralisia cerebral, atraso do crescimento e do desenvolvimento psicomotor. Analiticamente os parâmetros eram compatíveis com infecção bacteriana activa e a reacção de Widal era positiva para Ant. Tífico O (1/640) e Ant. Tífico H (1/640). A TAC-CE, realizada sem contraste, mostrava uma lesão expansiva, que ocupava praticamente todo o hemisfério esquerdo, com desvio/herniação das estruturas medianas para a direita.

Após punção transfontanelar, com drenagem de “pus verde” e isolamento da *Salmonella enteritidis*, a orientação terapêutica desta criança assentou numa abordagem cirúrgica, com drenagem em derivação externa e posterior colocação de um shunt ventrículo-peritoneal, acompanhada de antibioterapia dirigida.

CASUÍSTICA DOS INTERNAMENTOS POR MALÁRIA NOS HOSPITAIS DONA ESTEFÂNIA E FERNANDO DA FONSECA DE 1994 A 2004.

Sílvia Freira*, C. Luís**, C. Santos**, M.J. Brito**, Luís Varandas*, H. Carreiro**, Gonçalo Cordeiro Ferreira*

* Serviço 1, Departamento de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia; ** Departamento de Pediatria, Hospital Fernando Fonseca

X Jornadas Nacionais de Infecçologia Pediátrica (Comunicação oral)

Viana do Castelo, 13-15 de Outubro de 2005

Introdução: A malária é uma das principais causas de morte no Mundo, nomeadamente em África. Na Europa é uma doença importada, tendo a crescente mobilidade das populações aumentado os casos descritos.

Objectivos: Caracterizar os casos de infecção por malária em crianças internadas nos Hospitais Dona Estefânia (HDE) e Fernando Fonseca (HFF).

Métodos: Estudo retrospectivo, entre 01/01/1994 e 31/12/2004, das infecções a *Plasmodium* internadas no HDE e no Departamento de Pediatria do HFF.

Resultados: Identificaram-se 134 crianças, 72 (53,7%) do sexo masculino, 91 (90,3%) de raça negra. A maioria das crianças (98,5%) era proveniente de África. Cerca de metade (42,5%) eram viajantes. Os sintomas mais comuns foram a febre (88,1%) e os gastrointestinais (48,5%). As complicações mais frequentes foram a diátese hemorrágica (19,4%) e a anemia grave (9%). O agente mais frequente foi o *Plasmodium falciparum* (73,1%), seguido do *P. vivax* (8,1%). Os esquemas terapêuticos utilizados incluíram a halofantrina (58,9%), quinino (35,1%) ou cloroquina (15,7%).

Comentário: Apesar de Portugal não ter malária endógena, a crescente mobilidade das populações e os laços históricos com África tornam esta doença uma realidade no nosso país. Assim, em qualquer criança com antecedentes de uma viagem a um país com malária, que se apresente com febre, deve ser pedida a pesquisa de *Plasmodium* em gota espessa. No sentido de otimizar o tratamento com redução do internamento, deverá ser adoptado um protocolo terapêutico para os serviços que recebem estes doentes.

AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL EM CRIANÇAS INTERNADAS / VACCINATION RATES IN LISBON, PORTUGAL

João Farela Neves¹, Ana Leça², Manuel Carmo Gomes³, Marta Oliveira¹, Gonçalo Cordeiro Ferreira⁴

¹ Interno de Pediatria do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia ² Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria, Unidade de Infecçiology, Serviço 1, Hospital Dona Estefânia, ³ Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, ⁴ Assistente Hospitalar Graduado, Director do Serviço 1, Hospital Dona Estefânia.

Introdução: O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal e gratuito, sendo uma das suas características a acessibilidade sem qualquer tipo de barreira. Apesar do inquestionável êxito do PNV desde o seu início em 1965, poderão persistir assimetrias sociais na sua aplicação, com grupos populacionais com níveis de protecção inferiores ao desejado e risco de desenvolvimento de bolsas de susceptíveis, possibilitando a reemergência de doenças já controladas ou mesmo eliminadas no nosso país, situações que urge diagnosticar e prevenir.

Objectivo: Avaliar o estado vacinal de crianças internadas numa enfermaria de Pediatria Geral e na Unidade de Infecçiology do Hospital Dona Estefânia, durante um ano, e detectar obstáculos à vacinação, quer relacionados com serviços de saúde, quer relacionados com as características sócio-demográficas da população. Adicionalmente, pretendeu-se avaliar a adesão a algumas vacinas não contempladas no PNV à data do estudo.

Material e Métodos: Estudo transversal que decorreu entre Janeiro e Dezembro de 2004. Incluiu o preenchimento de um inquérito pelos pais e a análise dos dados do boletim de vacinas. As perguntas aos pais incluíam características sociais e a auto-avaliação da acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde.

Para este estudo definiu-se atraso vacinal como o não cumprimento da vacinação nas datas estabelecidas, independentemente da duração do atraso.

Resultados e conclusões: Nos 324 inquéritos analisados, 90% das crianças apresentava o calendário vacinal actualizado. Os factores de risco associados ao incumprimento do PNV foram a raça negra, a etnia cigana, a baixa escolaridade dos pais e a ausência de seguimento médico. Das vacinas extra-PNV à data do estudo analisadas, a vacina contra *Neisseria meningitidis C* (NmC) foi administrada a 30% das crianças e a vacina conjugada heptavalente contra *Streptococcus pneumoniae* (Pn7) a 23%, sendo que 18% das crianças tinham ambas as vacinas. Estas vacinas foram administradas predominantemente às crianças de raça caucasiana (94%), com agregados familiares pequenos (79%), seguidas por pediatra (75%) e cujos pais tinham pelo menos o 9º ano de escolaridade.

Apenas 2 % dos inquiridos classificaram a acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde como difícil.

Palavras chave: vacinação, criança, factores demográficos, PNV, cobertura vacinal

“AVALIAÇÃO DO ESTADO VACINAL EM CRIANÇAS INTERNADAS”

João Farela Neves, Marta Oliveira, Ana Leça

X Jornadas Nacionais de Infecçiology Pediátrica (Comunicação oral)

Viana do Castelo, Outubro de 2005

Introdução: O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é universal e gratuito, sendo uma das suas características a acessibilidade sem qualquer tipo de barreira. Apesar do inquestionável

êxito do PNV desde o seu início em 1965, poderão persistir assimetrias sociais na sua aplicação, com grupos populacionais com níveis de protecção inferiores ao desejado e risco de desenvolvimento de bolsas de susceptíveis, possibilitando a reemergência de doenças já controladas ou mesmo eliminadas no nosso país, situações que urge diagnosticar e prevenir.

Objectivo: Avaliar o estado vacinal de crianças internadas numa enfermaria de Pediatria Geral e na Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia, durante um ano, e detectar obstáculos à vacinação, quer relacionados com serviços de saúde, quer relacionados com as características sócio-demográficas da população. Adicionalmente, pretendeu-se avaliar a adesão a algumas vacinas não contempladas no PNV à data do estudo.

Material e Métodos: Estudo transversal que decorreu entre Janeiro e Dezembro de 2004. Incluiu o preenchimento de um inquérito pelos pais e a análise dos dados do boletim de vacinas. As perguntas aos pais incluíam características sociais e a auto-avaliação da acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde.

Para este estudo definiu-se atraso vacinal como o não cumprimento da vacinação nas datas estabelecidas, independentemente da duração do atraso.

Resultados e conclusões: Nos 324 inquéritos analisados, 90% das crianças apresentava o calendário vacinal actualizado. Os factores de risco associados ao incumprimento do PNV foram a raça negra, a etnia cigana, a baixa escolaridade dos pais e a ausência de seguimento médico. Das vacinas extra-PNV à data do estudo analisadas, a vacina contra *Neisseria meningitidis C* (NmC) foi administrada a 30% das crianças e a vacina conjugada heptavalente contra *Streptococcus pneumoniae* (Pn7) a 23%, sendo que 18% das crianças tinham ambas as vacinas. Estas vacinas foram administradas predominantemente às crianças de raça caucasiana (94%), com agregados familiares pequenos (79%), seguidas por pediatra (75%) e cujos pais tinham pelo menos o 9º ano de escolaridade.

Apenas 2 % dos inquiridos classificaram a acessibilidade à vacinação no Centro de Saúde como difícil.

ABCESSO HEPÁTICO POR *ENTAMOEBIA HISTOLYTICA* : CASO CLÍNICO

Ana Pinheiro, Raquel Ferreira, Ana Leça

Unidade de Infeciologia – Hospital de Dona Estefânia

A infecção humana por *Entamoeba histolytica* tem uma distribuição mundial, com zonas endémicas situadas nos trópicos.

A manifestação mais comum é a colite amebiana. O fígado é o órgão extra-intestinal mais frequentemente envolvido, ocorrendo o abscesso hepático em menos de 1% dos indivíduos infectados.

Em Pediatria o abscesso hepático amebiano manifesta-se essencialmente por síndrome febril, por vezes associado a dor abdominal e hepatomegália.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo masculino, nove anos de idade, raça branca, com história de ingestão de água não canalizada, em aparente estado de saúde até nove dias antes do internamento, altura em que inicia quadro clínico de febre alta e dor abdominal, sem defesa ou reacção peritoneal.

Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. A ecografia hepática revelou lesão ocupando espaço, eventualmente compatível com perfuração apendicular, pelo que iniciou terapêutica para abscesso hepático piogénico.

A serologia positiva para *Entamoeba histolytica* e o exame parasitológico das fezes com quistos deste mesmo parasita permitiram o diagnóstico definitivo.

Após instituição de terapêutica com Metronidazol e Paromomicina assistiu-se a uma evolução clínica favorável, com normalização dos parâmetros laboratoriais e regressão progressiva dos achados imagiológicos, estando actualmente assintomático.

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-EPILÉPTICOS: CASO CLÍNICO

Ana Pinheiro, Raquel Ferreira, Luís Varandas

Unidade de Infeciologia, Serviço 1 de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia

O Síndrome de Hipersensibilidade aos Anti-epilépticos é uma doença multissistémica pouco comum e potencialmente fatal, que ocorre após exposição aos anti-epilépticos aromáticos, sendo a fenitoína, a carbamazepina e o fenobarbital os mais frequentemente envolvidos. A sintomatologia inclui a tríade clássica de febre, rash e envolvimento de órgãos internos, que se desenvolve nas 12 semanas seguintes ao início da terapêutica.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo masculino, com seis anos de idade, raça branca, com história de hemiparésia esquerda neonatal, atraso global do desenvolvimento e epilepsia medicada, habitualmente, com valproato de sódio. Quatro semanas após início de terapêutica com fenobarbital surge quadro de febre, interpretado como amigdalite, e medicado com claritromicina. Dois dias depois, por exantema maculo-papular, recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia.

Ao Exame Objectivo apresentava exantema maculo-papular generalizado exuberante, com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés, com áreas de confluência na face, lesões em alvo, dermografismo acentuado, algumas lesões petéquiais e lesão bolhosa com cerca de 2 mm na face anterior do pénis; hipertrofia e hiperémia gengivais, fissuras labiais, úlceras aftosas e hiperémia da orofaringe, língua saburrosa; adenomegalias cervicais e inguinais. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia e eosinofilia, PCR elevada e alterações da função hepática.

Por suspeita de toxidermia ao fenobarbital suspendeu esse fármaco e iniciou clonazepam, hidroxizina, prednisolona e ranitidina.

A remissão do quadro clínico foi lenta, com apirexia apenas ao 14º dia de internamento. A partir dessa data verificou-se melhoria clínica e analítica progressiva. Neste momento bem, e medicado apenas com clobazam.

PARASITÓSES SISTÉMICAS: CASUÍSTICA 2000-2005

Rita Machado, Cláudia Constantino, Luís Varandas

Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (comunicação livre) pós-graduação em Clínica das Doenças Tropicais

Lisboa, Outubro de 2005

Introdução: As doenças parasitárias com manifestações clínicas sistémicas constituem um grave problema a nível mundial, acarretando elevadas morbidade e mortalidade infantis. Têm

etiologia e apresentações clínicas diversas e a grande maioria dos casos registados em Portugal são importados de países tropicais, ainda que existam focos endémicos de algumas parasitoses no nosso país.

Objectivo: Caracterizar os casos de Parasitoses Sistémicas internados na Unidade de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia (HDE) de 2000 a 2005

Tipo de estudo, materiais e métodos: descritivo e retrospectivo, com dados obtidos através da consulta de processos clínicos de crianças internadas no HDE com diagnóstico de Parasitoses Sistémicas segundo classificação ICD-9. Foram analisadas as seguintes variáveis: dados epidemiológicos e demográficos, apresentação clínica, dados laboratoriais, terapêutica efectuada, evolução durante e após internamento.

Resultados: Neste período, as parasitoses sistémicas foram responsáveis por 2% (n=51) dos internamentos na Unidade de Infeciologia (n=2770), sendo 71% das crianças internadas com esse diagnóstico do sexo masculino. A idade média foi de 7,7 anos (mínimo 7 meses; máximo 15 Anos). 84% eram de raça negra. Relativamente à proveniência: 80%, 18% e 2% eram oriundos de África, Portugal e Ásia, respectivamente.

Dos 51 casos de parasitose sistémica, 72% (n=37) corresponderam a casos de malária, 12% (n=6) a leishmaniose, 4% (n=2) a neurocisticercose e 4% de schistosomose.

Relativamente aos casos de **malária** (n=37), a esmagadora maioria (n=36) provinha de África: 15, 12, 5, 4 casos de São Tomé e Príncipe, Angola, Guiné e Moçambique, respectivamente. O caso restante era oriundo da Índia. Destes, 16 eram viajantes e 15 imigrantes, não se conseguindo apurar a situação dos restantes. Dos viajantes, apenas um fez a profilaxia medicamentosa adequadamente e 11 não efectuaram qualquer profilaxia.

No que respeita ao agente etiológico identificado, em 65,6% (n=25) dos casos o *Plasmodium falciparum* foi o único responsável. Registaram-se cinco casos de malária a *P. vivax*, um a *P. malariae* e uma *P. ovale*, isoladamente, bem como quatro casos de infecção mista (dois de *P. falciparum*+ *P. vivax*; um de *P. falciparum*+ *P. ovale*; *P. falciparum*+ *P. sp.*). Um dos casos não se identificou a espécie de Plasmodio em causa.

O período de latência sintomática mínimo foi inferior a um dia (caso de malária a *P. falciparum*) e o máximo foi de 11 anos (caso a *P. malariae*), registando-se uma mediana de oito dias. A febre (n=37) e os sintomas gastro-intestinais (n=24) prevaleceram na apresentação clínica

As principais alterações laboratoriais registadas foram a anemia (n=25) e trombocitopenia (n=20). Dois tinham alteração dos tempos de coagulação.

Em 30 casos, o halofantrine foi o tratamento de eleição. A primaquina foi eleita em 7 casos. A grande maioria ficou apirética e sem parasitémia até ao 3º dia de internamento. 20 foram encaminhadas para a consulta de infecto. Dois dos 37 casos tiveram gravidade clínica: uma malária cerebral e uma com falência multiorgânica.

No que respeita à Leishmaniose visceral (Kala-Azar), entre 2000 e 2004 foram notificados 61 casos, dos quais apenas 23 tinham idade inferior a 15 anos. No HDE, durante o período de estudo, foram internadas seis crianças com esse diagnóstico. A idade mínima registada foi sete meses (dois casos), a máxima 9anos, constatando-se uma mediana 1,9 anos. Quatro casos provinham da área da grande Lisboa (Tejo); uma do Norte (Douro) e uma, de etnia cigana, do Alentejo.

A duração dos sintomas até ao internamento variou de 3 dias a 90, com uma mediana de 21dias.

A febre foi universal, hepatoesplenomegalia, aumento de VS e anemia foram universais, e quatro crianças tinham pancitopénia. Cinco dos casos foram diagnosticados através da observação directa do parasita; um teve diagnóstico serológico.

O tratamento de eleição em 2002 e 2003 (n=4) foi o antimoniato de meglóbina e a anfotericina B lipossómica no últimos dois casos, de tal modo que este fármaco substituiu o anterior como tratamento de eleição para o Kala-Azar. A apirexia foi conseguida até ao 7º dia de terapêutica, em todos os casos.

A duração média dos internamentos foi 18,5 dias, (mínimo 10 e máximo 25).

Das parasitoses menos internadas verificaram-se:

- Dois casos de Schistosomose: um a *S. haematobium* (hematúria), ficando assintomática ao 5º dia após praziquantel; outro a *S. mansoni* (com quadro clínico de hipertensão portal e hiperesplenismo) seguido em consulta de gastro e com serologia negativa 9 meses após terapêutica com praziquantel.
- Dois casos de neurocisticercose, ambos oriundos de países africanos, com convulsões, com diagnóstico imagiológico (TAC e RM) e com serologia “provável infecção a cisticercos”.
- Um caso de Toxocaríase: 2 anos, sexo masculino, natural e residente no Funchal, com febre, dor abdominal e fezes pastosas, recorrentes. Serologia positiva para toxocara canis, ficando clinicamente bem após 5 dias terapêutica com albendazol.
- Um caso de Strongiloidíase, criança de 3 anos, sexo masculino natural e residente em Lisboa, internado com quadro clínico de febre, diarreia e vómitos com 10 dias de evolução. A pesquisa de quistos, ovos e parasitas (PQOP) na fezes revelou larvas de *S. stercoralis*. Completou tratamento com albendazol 400mg 3+3 dias.
- Um caso de Toxoplasmose detectado numa criança com febre há 15 dias e adenopatias.
- Caso de poliparasitismo: astenia e cansaço em criança de 15 anos, natural e residente na Guiné. Tinha uma anemia grave (2,8mg/dl), eosinofilia (23% de 6210 leucócitos) e na POQP foram identificados: *Ancylostoma duodenale*, *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*. Foi medicado com Mebendazol (3 dias) e Metronidazol (7 dias)

Conclusões:

- A grande maioria das parasitoses sistémicas são doenças de importação
- A malária foi a mais frequente na nossa amostra, 2 dos casos com grande gravidade
- Importância da profilaxia do viajante
- Pensar nas parasitoses sistémicas nas crianças com febre que tenham estado em zona endémica

SAPOVÍRUS E GASTRENTERITE - AGENTE A CONSIDERAR?

Rita Machado*, Sara Silva*, Ana Leça*, Teresa Santos*, Gonçalo Cordeiro Ferreira*, Helena Rebelo-Andrade**

* Unidade de Infeciologia, Serviço de Pediatria 1, Hospital Dona Estefânia

** Laboratório de Virologia, Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge

Jornadas Nacionais da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Braga - 21 a 23 de Abril 2005

Os sapovírus, anteriormente denominados de Sapporo-like vírus, são um dos quatro géneros de Calicivirus existentes. Tal como os norovírus, outro género de Calicivírus, são transmissíveis

por via fecal-oral e pela ingestão de alimentos e água contaminados, sendo responsáveis por quadro clínico de gastroenterite aguda (GEA). São mesmo considerados os agentes não bacterianos mais frequentemente causadores de surtos de GEA, em todas as faixas etárias, a nível mundial. De gravidade ligeira a moderada, o quadro clínico é, geralmente, benigno e auto-limitado. Na idade pediátrica, diversos estudos revelaram que os Calicivirus são a segunda causa mais frequente de GEA viral (após os rotavirus), sendo comum quer em países desenvolvidos, quer nos sub-desenvolvidos. Os sapovírus originam quadros clínicos de GEA menos graves que os norovírus, não necessitando a maioria de hospitalização, e afectando crianças com idade inferior a cinco anos. Apresentamos três casos clínicos distintos de infecção a sapovírus: dois casos clínicos de GEA (um de uma criança de 21 meses com diarreia arrastada e emagrecimento acentuado, e outro de uma criança de 11 meses com GEA e hepatoesplenomegália associada), e um terceiro caso de uma criança de 2 anos sem manifestações gastrointestinais actuais, mas regressada de um país africano. Após marcha diagnóstica, isolou-se PCR para sapovirus nas fezes, tendo os restantes exames sido negativos para outros agentes virais e bacterianos.

TUBERCULOSE DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Filipa Paramés, Rita Machado, Luís Varandas, Ana Leça, Teresa Santos, Gonçalo Cordeiro Ferreira

Departamento de Pediatria Médica/ Unidade de Infecçologia, Hospital de D. Estefânia

II Reunião de Infecçologia Pediátrica da SPP (Comunicação oral)

Janeiro de 2005

XXIII Congresso Europeu de Infecçologia Pediátrica (ESPID) (poster)

Valência, 18-20 de Maio de 2005

Introdução: Portugal tem uma alta prevalência de Tuberculose, com taxas de 50 novos casos/ano, por 100000 habitantes.

Caso clínico 1: Adolescente de 16 anos, sexo masculino, natural e residente em São Tomé e Príncipe, referencia do por Otite Média (OM) Crónica à esquerda. Por suspeita de Tuberculose Pulmonar (TP), dado sintomatologia acompanhante, ficou internado na Unidade de Infecçologia do HDE. O estudo efectuado veio a confirmar o diagnóstico. Efectuou ainda, broncofibroscopia que veio a detectar uma lesão de caseum a nível da epiglote – aspecto compatível com Tuberculose laríngea. Efectuou também TAC da mastoide: OM esquerda muco-sero-purulentacomperfuração da membrana timpânica, sem alterações erosivas – processo compatível com Otomastoidite tuberculosa. Houve resolução das queixa após o primeiro mês de antibacilares.

Caso clínico 2: Menina de cinco anos, natural e residente na Guiné Bissau, referenciada ao HDE por mal de Pott. Apresentava, para além da deformação da coluna dorsal, supuração intermitente do ouvido direito. A TAC revelou OM Crónica com perfuração timpânica, sem lesões líticas. Houve regressão do quadro após o primeiro mês de antibacilares (IRPZ).

Conclusão: A incidência da Tuberculose das Vias Aéreas Superiores (VAS) sofreu remissão significativa, comparativamente mais marcante do que a TP. A nível das VAS, a sua localização mais frequente é a laríngea, perfazendo 0,5 a 2% do total dos casos de tuberculose; contudo, trata-se de uma patologia que se julga sudiagnosticada. A OM tuberculosa é uma

causa rara de otorreia, representando 0,05 a 0,9% das infecções crónicas do ouvido médio e <1% das tuberculoses. Na sua maioria tratam-se de infecções secundárias, cujas manifestações, revertem a após 2 a 4 semanas de terapêutica antibacilar, em esquema e duração semelhante à TP.

“DETECTION OF ATOVAQUONE-PROGUANIL RESISTANCE CONFERRING MUTATIONS IN *PLASMODIUM FALCIPARUM* CYTOCHROME B GENE IN LUANDA, ANGOLA”.

Sónia Pimentel¹, Fátima Nogueira³, Carla Benchimol⁴, Vátúsia Quinhentos⁴, Joana Bom³, Luís Varandas^{2,3,5}, Virgílio do Rosário³, Luís Bernardino⁴

¹ Serviço 2, Hospital de Dona Estefânia, Lisbon, ² Serviço 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisbon, ³ Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais / IHMT / UNL, Lisbon, Portugal, ⁴ Hospital Pediátrico de Luanda, Luanda, Angola, ⁵ Unidade de Clínica das Doenças Tropicais / IHMT / UNL, Lisbon, Portugal

XVIe International Congress for Tropical Medicine and Malaria (poster)
11-15 September 2005

Abstract:

Background: The fixed dose combination atovaquone-proguanil is a recently introduced antimalarial for treatment and prophylaxis of *Plasmodium falciparum* malaria. It is highly effective with a good tolerability profile and a convenient prophylactic regimen. Nevertheless, cases of treatment failure have already been reported, which have been associated to mutations in the cytochrome b gene of the *Plasmodium* (pfcytb). We investigated the presence of atovaquone-proguanil in vivo resistance conferring mutations in pfcytb gene in Luanda, Angola, in order to make recommendations on prescribing this antimalarial as prophylaxis for travellers.

Methods: We studied 249 blood samples from children hospitalized at Luanda Pediatric Hospital for malaria. PCR-RFLP methodology was used in order to identify pfcytb wild type codon 268 and two point mutations: T802A and A803C.

Results: All samples were identified as wild type for pfcytb gene at codon 268. In the studied population we found no mutations associated to atovaquone-proguanil treatment failure. Prevalence of the studied mutations in the region is estimated to be less than 0,77% (99% significance level).

Conclusions: Atovaquone-proguanil can be recommended for use by travellers to Luanda with expected high efficacy. This represents an improvement relatively to other currently used prophylactic antimalarials in this region. However, it is imperative to continue surveillance.

UNIDADE DE ADOLESCÊNCIA

TORÇÃO DE QUISTO PARA-OVÁRICO EM JOVEM COM DOR ABDOMINAL RECORRENTE

Sílvia Freira *, Sara Pereira **, Cristina Borges ***, J. Freixo **, José Cabral **** M. Carmo Pinto ***** , Gonçalo Cordeiro Ferreira *

* Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia ** Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo *** Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia **** Unidade de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia ***** Unidade de Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

8th International Assotiation for Adolescent Health Congress (Poster)

Lisboa, 11-14 de Maio de 2005

Introdução: A dor abdominal é um dos principais motivos de ida ao serviço de urgência na população adolescente. A torção de quistos para-ováricos é uma causa rara e potencialmente fatal de dor abdominal recorrente. O seu diagnóstico é muitas vezes difícil devido à grande variabilidade dos achados ecográficos.

Objectivo: Descrever a abordagem e a evolução de um caso de dor abdominal recorrente motivada por episódios repetidos de torção de um quisto para-ovárico.

Métodos: Consulta do processo clínico e pesquisa bibliográfica.

Caso clínico: Adolescente de 13 anos, sexo feminino, com dor abdominal recorrente na fossa ilíaca direita, muito intensa, de periodicidade aproximadamente semanal, com cerca de cinco meses de evolução. Dos antecedentes pessoais há a realçar infecção gástrica por *Helicobacter pylori* detectada cinco meses antes do início dos sintomas, para a qual efectuou terapêutica de erradicação. A ecografia pélvica revelou a presença de quistos ováricos múltiplos, o maior dos quais à direita com 11 milímetros de diâmetro. A avaliação laboratorial e a radiografia abdominal não evidenciaram alterações. Realizou laparoscopia abdominal que confirmou o diagnóstico: torção de quisto para-ovárico à direita. O exame anatómico-patológico da peça operatória revelou tratar-se de um quisto seroso.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade do diagnóstico diferencial da dor abdominal recorrente na jovem em idade fértil.

DOENÇA DE CROHN EM ADOLESCENTE COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sílvia Freira *, Lurdes Candeias **, José Cabral ***, M. Carmo Pinto ****, G. Cordeiro Ferreira *

* Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia ** Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia *** Unidade de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia

**** Unidade de Adolescência do Hospital de Dona Estefânia

8th International Assotiation for Adolescent Health Congress (Poster)

Lisboa, 11-14 de Maio de 2005

Introdução: A doença de Crohn é uma causa rara de vômito recorrente em adolescentes do sexo feminino. No entanto, a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas, ao contrário do que sucede com a colite ulcerosa.

Objectivo: Apresentar um caso clínico de doença de Crohn numa jovem, em que a sintomatologia teve início na adolescência.

Métodos: Consulta do processo clínico da doente e pesquisa bibliográfica.

Caso clínico: Jovem de 16 anos com quadro de vômito recorrente acompanhado de anorexia, com cerca de seis meses de evolução. Dos antecedentes pessoais há a realçar uma família disfuncional correspondendo ao índice de Graffar IV. Realizou terapêutica com antidepressivos por alteração do comportamento alimentar e depressão durante cinco meses. Por agravamento da situação clínica, com emagrecimento acentuado e surgimento de anemia e hipoalbuminemia foi internada, tendo realizado endoscopia digestiva alta que revelou lesões erosivas da porção distal do esófago com pequena úlcera no duodeno. A colonoscopia não revelou alterações ao exame macroscópico, mas os exames anatomopatológicos das biópsias realizadas em ambos os exames evidenciaram granulomas epitelióides compatíveis com doença de Crohn.

Conclusão: Este caso assinala a dificuldade na distinção entre as alterações do comportamento alimentar e a doença orgânica gastrointestinal.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.

Mesa Redonda - “O ambiente, a criança e o adolescente - patologias emergentes”

Maria do Carmo Pinto.

Unidade de Adolescentes, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

A avaliação nutricional nas doenças do comportamento alimentar (DCA) constitui uma parte integrante de um trabalho em equipa, na qual o Pediatra conjuntamente com o Pedopsiquiatra, Dietista, Psicólogo, Enfermeiro e Assistente Social pretendem recuperar o bem estar físico, psíquico e social do doente e sua família.

Sendo a maioria das complicações médicas agudas nas DCA, resultantes do estado de desnutrição ou das alterações hidroelectrolíticas que põem em risco a vida do doente, torna-se fundamental o seu diagnóstico precoce através de uma correcta avaliação nutricional.

Esta avaliação tem pois como objectivo:

- a identificação precoce da criança ou jovem em risco independentemente da sua forma de expressão (desnutrição ou obesidade);
- diagnosticar a malnutrição e suas complicações;
- orientar o plano terapêutico;
- controlar a resposta e intervenção nutricional.

No presente trabalho descrevem-se as diferentes vertentes de uma avaliação nutricional, suas indicações e objectivos nas perturbações do comportamento alimentar.

UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO

PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA: ALGUNS CASOS DO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Marco Medeiros*, Mónica Pinto**, João Estrada***, Maria do Carmo Vale****

Centro de Desenvolvimento – Serviço 1- Hospital de Dona Estefânia

*Interno de Pedopsiquiatria, **Assistente Hospitalar, ***Assistente Hospitalar Graduado, ****Assistente Hospitalar Graduada e Coordenadora do Centro de Desenvolvimento

Serviço de Pediatria Geral, Director: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira

Director do Departamento de Medicina: Professor Doutor J. V. Amaral

As Perturbações do Espectro do Autismo manifestam-se nos primeiros anos de vida e afectam vários processos do desenvolvimento da criança. O diagnóstico requer o envolvimento de três áreas: (1) relacionamento social, (2) comunicação e jogo, (3) interesses e actividades restritos.

O espectro de expressão do síndrome é amplo, havendo a considerar ainda a complexa dinâmica das alterações do desenvolvimento: cerca dos dois anos de idade, as preocupações iniciais mais comuns dos pais são a ausência de linguagem e as inconsistências da capacidade de interacção que, por vezes, condicionam a suspeita de perturbação da audição.

Presentemente, há evidência da importância da intervenção precoce, em articulação com a saúde e segurança social, para a melhoria da evolução a longo prazo das crianças.

O Centro de Desenvolvimento, apresenta um grupo de crianças, diagnosticadas e seguidas em articulação com os apoios educativos (Educação), Pediatria e Pedopsiquiatria (Saúde), procurando sensibilizar os técnicos ligados à infância para a necessidade da detecção precoce desta patologia e para importância do apoio continuado da família e da criança ao nível da comunidade.

ASPERGER'S SYNDROME IN A DOWN'S SYNDROME TEENAGER: CAN BOTH COEXIST?

Pinto, Mónica, Sofia Gonçalves, Luísa Cotrim

Centro de Desenvolvimento – Serviço 1- Hospital de Dona Estefânia

NAS 2005 International Conference - Facing the Challenge. Meeting the Challenge (Poster)

23 – 24 September 2005

The aim of this poster is to raise the question whether it is possible to diagnose an Asperger's syndrome in a teenager with cognitive impairment or a learning disability due to the presence of other medical condition such as Down's syndrome.

As it will be shown, our patient meets the DSM IV criteria for Asperger's disorder, with exception for the absence of significant delay in cognitive development or in the development of age-appropriate self-help skills and adaptive behaviour. However, since his cognitive problems result from underlying Down's syndrome and his predicted profile would be just the opposite, and considering his performance in the other areas, we would expect a degree of social interaction and communication that he is not showing. Besides he has some very peculiar and restricted interests and is very difficult to engage socially, with a lack of empathy.

In a youth with such a good cognitive performance (considering he has Down's syndrome) we would classify him as Asperger's syndrome.

In conclusion, we believe that both Down's syndrome and Asperger's syndrome can coexist in this patient and this diagnosis can be made even in children with learning impairment, when the social interaction and behaviours cannot be explained or result only from their cognitive impairment.

1º CURSO BÁSICO DE DESENVOLVIMENTO / DESENVOLVIMENTO NORMAL E SINAIS DE ALARME

Maria Carmo Vale, Mónica Pinto

Centro de Desenvolvimento – Serviço 1- Hospital de Dona Estefânia

Lisboa - 24/06/2005

Curso dirigido aos internos do primeiro ano de pediatría, que poderá ser também frequentado pelos restantes internos e outros médicos do HDE interessados.

O curso inclui as seguintes vertentes: Noções teóricas e introdução ao Desenvolvimento, Exame neurodesenvolvimental do recém-nascido, (introdução teórica / exemplos com suporte vídeo, Desenvolvimento psicomotor normal 0-2 anos; sinais de alarme, Desenvolvimento psicomotor 3-6 anos; sinais de alarme, Testes de rastreio e exercícios práticos (folha de avaliação do curso)

ACTIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO EM ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DO CONCELHO DE LISBOA *.

Catarina Gouveia¹, Luís Pereira-da-Silva¹, Daniel Virella², Carina Borba¹, Paula Silva³, João M. Videira Amaral¹.

¹ Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, ² Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, ³ Centro de Saúde do Lumiar. Lisboa.

XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria (Comunicação Livre)

Braga, 2005.

Introdução: A prevalência do estilo de vida sedentário está a aumentar nas sociedades desenvolvidas, com efeito negativo na qualidade de vida, associando-se a maior taxa de mortalidade e morbidade cardiovascular e risco acrescido de obesidade. É uma prioridade a definição de estratégias que promovam estilos de vida saudáveis em crianças, mas os estudos realizados na população pediátrica não têm sido consistentes.

Objectivo: Determinar a prevalência de sedentarismo e a sua associação com variáveis sócio-demográficas e excesso de peso e obesidade em adolescentes.

Métodos: Estudo epidemiológico transversal, de base comunitária, com recolha de dados através de inquérito auto-preenchido e de medições directas, em adolescentes escolarizados na área de influência de um centro de saúde de Lisboa, no ano de 2002. Adaptou-se o inquérito do *Youth Risk Behavior Survey* (1999) para a avaliação da actividade física e o índice de massa corporal, segundo os valores de corte de Cole *et al* (2000), para definição de excesso de peso e obesidade.

Resultados: Foram incluídos 319 adolescentes, com idades entre os 11 e 17 anos. A prevalência de indivíduos inactivos foi de 33,5%; 24,5% dos adolescentes referiram ver televisão quatro ou mais horas por dia e 22% tinham excesso de peso ou obesidade. A inactividade física foi mais elevada no sexo feminino, nos níveis sócio-económicos inferiores e nos obesos.

Conclusão: A prevalência de inactividade e de hábitos de vida sedentários é elevada entre os adolescentes inquiridos, mas semelhante à de outros estudos. A actividade física está inversamente relacionada com o sexo feminino, nível sócio-económico inferior e obesidade.

Palavras-chave: Actividade física, adolescentes, obesidade, sedentarismo, televisão

* Estudo integrado no projecto "Actividade física em crianças: parâmetros demográficos e obesidade", financiado pelo Prémio de Investigação da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, Ministério da Saúde P.I. nº 33/01.

(1º Prémio de Comunicações Livres atribuído pela Comissão Científica das XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria)

SERVIÇO 2 (PEDIATRIA)

DIRECTORA: DR.^a FELISBERTA BARROCAS

PEDIATRIA GERAL

PARALISIA CEREBRAL E HIPOXIA INTRAPARTO AGUDA

Maria de Fátima Nunes, Catarina Gouveia, Manuela Escumalha, Manuel Cunha, Helena Carreiro, Maria do Céu Machado

Unidade de Neonatologia. Departamento de Pediatria Hospital Fernando Fonseca
Amadora, Portugal

Introdução: Apesar dos progressos da medicina perinatal, a incidência de paralisia cerebral por asfixia periparto mantém-se idêntica. Estudos recentes indicam, que na maioria dos casos, o insulto ocorre no período pré ou pós-parto. Este conceito tem importantes implicações legais, pelo que, em 1999, o Comité Internacional da Paralisia Cerebral estabeleceu critérios para definir as situações em que a paralisia cerebral é consequência de hipóxia intraparto aguda.

Objectivo: Identificar as crianças com paralisia cerebral cuja causa foi hipoxia intraparto aguda, segundo a definição do Comité Internacional da Paralisia Cerebral.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos recém-nascidos de termo com encefalopatia hipoxico-isquémica grau II ou III e encefalopatia hipoxico-isquémica grau I com índice Apgar inferior a seis aos cinco minutos, de gestações únicas e sem anomalias, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Fernando Fonseca de 1999 a 2002. Foram seleccionadas as crianças que evoluíram para Paralisia Cerebral e identificadas as que cumpriam todos os critérios definidos pelo Comité.

Resultados: No período do estudo nasceram 22 122 recém-nascidos e 27 (1,2 %) cumpriam critérios de inclusão. Destes, foram excluídos quatro (três faleceram e um foi transferido). Do grupo estudado (23), seis crianças evoluíram para paralisia cerebral, e em quatro foram identificados todos os critérios de lesão isquémica intraparto aguda.

Conclusão: Este estudo demonstra que aplicando os critérios do Comité Internacional de Paralisia Cerebral não se consegue provar hipoxia intra-parto aguda em todos os casos suspeitos.

UNIDADE DE NEFROLOGIA

ÁCIDO ÚRICO E HIPERTENSÃO: NOVOS CONHECIMENTOS

Margarida Abranches

Unidade de Nefrologia Pediátrica – Serviço 2 – Departamento de Medicina

XXª Reunião da Secção de Nefrologia Pediátrica - Mesa Redonda – Comunicação

Lisboa, Dezembro 2005

Introdução

A hipertensão arterial (HTA) é epidémica nos países industrializados e afecta cerca de 25% da população. É causa de doença cardiovascular e doença renal terminal. A prevalência da HTA está a aumentar em associação com a diabetes e a obesidade. Identificar as causas da HTA primária é uma das preocupações da investigação científica. As diferenças na expressão poligénica apenas explicam 20% a 30% dos casos de HTA. Factores ambientais, hormonais e outros que modelam a actividade do SN simpático podem estar implicados, mas estamos longe da verdade. Investigações recentes, experimentais e clínicas, têm implicado o ácido úrico na patogénese da HTA primária.

Objectivo

Analisar os novos conhecimentos que justificam a relação entre ácido úrico e HTA com especial realce para a idade pediátrica.

Síntese

A hiperuricémia é preditiva do desenvolvimento de HTA, associada a aumento da morbilidade cardiovascular nos doentes hipertensos e preditiva de aumento da mortalidade na mulher e no idoso.

A mutação da uricase durante a evolução humanóide, que justifica o aumento do ácido úrico nos humanos e primatas, favoreceu a sobrevivência da espécie aumentando a capacidade antioxidante e permitindo aumentar os níveis de TA em situações de stress. Na actualidade, níveis elevados de ácido úrico predis põem para doença cardiovascular e renal.

Os regimes dietéticos das sociedades industrializadas (sal, gorduras, álcool) serão responsáveis pela associação patogénica entre ácido úrico e HTA?

Conclusão

Recentes investigações reforçam o papel do ácido úrico com factor de risco cardiovascular, principalmente no desenvolvimento da HTA e da doença renal. É possível que o tratamento da hiperuricémia possa ser eficaz na redução da TA principalmente se a hiperuricémia for recente (crianças com HTA, por exemplo).

COMPLICAÇÕES DAS PIELONEFRITES

Margarida Abranches

Unidade de Nefrologia, Hospital de Dona Estefânia

11^{as} Jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar de Cascais, “A Prática Pediátrica”
(Mesa Redonda)

Cascais, Setembro 2005

A infecção do tracto urinário (ITU) é o principal motivo de consulta de nefrologia pediátrica. A ITU na presença de refluxo vesico-ureteral pode originar cicatriz renal (5% a 10%). Duas datas são marcos importantes para a compreensão das implicações do RVU: 1960 (*Hodson e Edwards*) marca o início de uma nova era no tratamento activo do RVU e 1973 quando *Bailey* introduziu o termo nefropatia de refluxo para realçar a relação entre RVU e cicatriz renal.

Objectivo

Analisar as recentes investigações conducentes a uma melhor compreensão do prognóstico a longo prazo das infecções urinárias que ocorrem na idade pediátrica.

Síntese

São factores de risco de cicatriz renal: malformação obstrutiva, nº de recidivas de ITU, refluxo vesico-ureteral, atraso na terapêutica de infecções agudas. A longo prazo existe o risco de

complicações com frequência mal conhecida: deterioração da função renal, hipertensão arterial, complicações na gravidez.

As cicatrizes renais secundárias a ITU na infância podem surgir na presença e na ausência de refluxo. A investigação e tratamento de malformações obstrutivas são importantes. Na sequência de ITU, a lesão renal pode ser prevenida ou minimizada com seguimento clínico cuidadoso e com tratamento rápido e eficaz das recidivas.

Um melhor conhecimento dos mecanismos que condicionam cicatriz renal e melhor compreensão de quais as crianças em risco pode conduzir a melhores e mais eficazes medidas preventivas.

Conclusões

Os casos de IRT secundários a nefropatia de refluxo não obstrutiva parecem estar a diminuir devido à atenção médica dedicada ao diagnóstico, investigação, tratamento e monitorização dos casos de ITU.

O RVU parece ter uma hereditariedade dominante e a descoberta da localização do gene pode oferecer esperança na identificação das famílias em risco e implementação de medidas preventivas nesses casos.

O EXERCÍCIO FÍSICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Ana Paulo Serrão*

* Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânea

XX^a Reunião da Secção de Nefrologia da SPP – Hipertensão Arterial em Pediatria (Mesa Redonda)

Lisboa, Dezembro de 2005,

A Hipertensão Arterial (HTA) é factor de risco de doença cardiovascular e sinónimo de morbilidade e mortalidade acrescidas, em todas as situações e a sua prevalência na criança e no adolescente tem vindo a subir, paralelamente ao aumento da obesidade e do sedentarismo. Assim, a modificação dos estilos de vida, é fundamental. São várias as organizações internacionais de referência, que preconizam estratégias de terapêutica não farmacológica, os Programas Educacionais, na prevenção, tratamento e controlo da tensão arterial (TA). O programa de treino físico, é uma opção terapêutica basilar e efectiva – altera comportamentos e estilos de vida, diminui os factores de risco e potencia o efeito da terapêutica farmacológica.

O objectivo deste trabalho foi, conhecer e divulgar o actual “estado da arte”, no que se refere à importância do exercício físico (EF), indicações e modo de prescrição na HTA em geral, e particularmente em pediatria. O EF define-se como o conjunto de movimentos corporais planeados, estruturados e repetidos, com o objectivo de melhorar ou manter uma ou mais componentes de aptidão física, e é fundamental na sua prescrição, a adaptação do programa de treino, nomeadamente a escolha do tipo e intensidade, em função da maturidade biológica e estado de saúde, para que seja benéfico e seguro. A aptidão física envolve a resistência, força muscular e flexibilidade, e é avaliada nas vertentes aeróbica e anaeróbica, por indicadores fisiológicos – VO₂ max.(capacidade máxima de captação de O₂), HRR (Heart rate reserve), MET(unidade de equivalente metabólico) e dispêndio energético -, que reflectem também a magnitude da resposta aos diferentes graus de intensidade e duração do EF. Nas crianças e nos adolescentes com HTA, o treino óptimo quanto ao tipo, intensidade, frequência e duração, para otimizar o poder do EF na diminuição da TA, ainda está por definir, e os estudos baseados na

evidência não consubstanciam a indicação do treino de *endurance* e resistência como intervenção não farmacológica, no entanto há consenso de que *desportos de competição só devem ser proibidos na presença de HTA estadio 2 – TA > P99, mais 5mmHg*, e a maioria dos especialistas aconselha as crianças e os adolescentes a praticarem 60 minutos diários de actividade física moderada a enérgica.

EDITORIAL

Judite Batista

Unidade de Nefrologia – Hospital de Dona Estefânia

“Actualidades Pediátricas”, 2005, 8(1):7

Sendo uma revista que se pretende actualizada, pragmática e transmissora da opinião e da prática dos pediatras do Hospital de Dona Estefânia (HDE), não será de estranhar que neste exemplar se publiquem duas comunicações da reunião “*Incontinência urinária ... do controlo dos esfíncteres à patologia*”, realizada pela Unidade de Nefrologia do HDE ...

A enurese nas suas variantes é uma das queixas ou sintomas mais frequentes em pediatria. Na consulta de Nefrologia constitui mesmo o segundo motivo de consulta, não obstante a maioria das situações não terem substrato patológico.

Até recentemente, falar de incontinência urinária era tábu; porém os meios de comunicação social têm vindo a contribuir para terminar com este conceito, que não é exclusivo dos portugueses. Por todo o mundo as Sociedades Científicas têm-se debruçado sobre esta problemática e são neste momento já muitas as sociedades/associações organizadas ao redor da enurese. Nos últimos tempos têm sido inúmeras as iniciativas que procuram desmistificar o problema e simultaneamente dar relevo e orientações básicas para a resolução do mesmo ... esta profusão de informações divulgadas por todos os meios da comunicação social, não são isentas de riscos e poderão levar a tomar “*a nuvem por Juno*” ... que o artigo sobre a terapêutica da enurese e a listagem ... dos endereços das referidas sociedades/associações, ajudem na resolução de um problema que sendo do ambulatório enche as consultas hospitalares.

...

ENURESE, AINDA, PORQUÊ?

Judite Batista

Unidade de Nefrologia- Serviço 2 – Departamento de Medicina - Abril 2005

Reunião do Serviço 2 (Comunicação)

A enurese é considerada por muitos autores como o problema mais prevalente entre todos os que podem afectar a criança. Entre nós constitui o 3º motivo de primeiras consultas de Nefrologia, em cada ano. Nem todos os casos de enurese têm acompanhamento médico e este só acontece em cerca de metade dos casos. A definição de enurese de Forsythe e Butler e da International Continence Society exclui as situações de causa funcional ou orgânica.

A enurese tem uma génese multifactorial que simplisticamente se podem resumir em duas situações: uma ligada à existência de de uma poliúria nocturna e outra em que pelo contrário a

capacidade vesical é presumivelmente pequena e não há poliúria. O elemento detonador da enurese é a capacidade de acordar em tempo útil para não perder urina.

O aparelho vesico-esfincteriano é uma estrutura com um relacionamento complexo, em muito desconhecido, com o sistema nervoso. A complexidade da micção advém do facto de esta ser simultaneamente uma sensação, um reflexo e um acto voluntário.

Antes da instituição de toda e qualquer terapêutica há alguns aspectos a ter em conta:

- A planificação da abordagem terapêutica é individual e há que definir o tipo de “Enurese”, avaliar a atitude da criança e dos pais face ao problema, a avaliação clínica deve englobar o exame objectivo, a análise sumária de urina e o calendário miccional.
- A EN não deve ser encarada com ligeireza
- A selecção da terapêutica é específica de cada criança
- A aderência da criança e família é essencial
- A disponibilidade do médico é fundamental
- O tratamento pode acelerar a cura espontânea ou actuar como substituto até que a criança alcance o controlo

GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL ASSOCIADA A OBESIDADE PEDIÁTRICA: UMA PATOLOGIA EMERGENTE

Margarida Abranches, Judite Batista

Unidade de Nefrologia Pediátrica

IV Congresso Hispano-Português de Nefrologia Pediátrica (Poster)

Tarragona, Novembro 2005

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 “Inovar e Humanizar” (Comunicação Livre)

Lisboa, Novembro 2005

Introdução: A prevalência da obesidade pediátrica em Portugal tem aumentado na última década. A associação entre obesidade e proteinúria nefrótica é conhecida no adulto desde 1974 e começa a documentar-se também na idade pediátrica.

Caso clínico: Rapariga, 12 anos, obesa, investigada no ambulatório da nefrologia pediátrica por proteinúria nefrótica assintomática diagnosticada de modo accidental. Definiu-se obesidade com índice de massa corporal $> 30 \text{ kg/m}^2$ e proteinúria nefrótica $> 40 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$ em colheita de 12 horas. Clearance da creatinina avaliada segundo a fórmula de Schwartz.

Adolescente com peso 71 kg, altura 153,5 cm, IMC de 30,1 ($>97\%$), TA 138/83 mm Hg, sem edema. Proteinúria inicial de $146.4 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$, albumina de 3,0 g/dL, colesterol de 346 mg/dL, triglicéridos de 557 mg/dL, ureia de 30 mg/dL, creatinina de 0,7 mg/dL (clearance da creatinina de $110 \text{ ml/min/1.73 m}^2$), fracção de C3 do complemento de 170 mg/dL, C4 27 mg/dL, anti-DNAs negativo, ANA negativo. Submetida a corticoterapia $60 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$ e enalapril 10 mg/dia com corticorresistência. Biópsia renal revelou glomeruloesclerose segmentar e focal.

Manteve terapêutica com enalapril 10 mg/dia que cumpriu com irregularidade. Nos dois últimos anos aceitou uma intervenção no comportamento alimentar. Na última avaliação, aos 16 anos, pesava 76 Kg, altura 160,5 cm, IMC 29,5 ($>97\%$), TA 140/70 mm Hg e proteinúria de $62 \text{ mg/m}^2/\text{hora}$.

Discussão: Nos adolescentes obesos deve ser monitorizada a proteinúria, que pode ser a primeira manifestação de glomerulopatia e preditiva de mau prognóstico renal. A redução de

peso e a utilização de inibidores da enzima de conversão da angiotensina parecem ter um efeito benéfico na redução da proteinúria. A glomerulopatia associada à obesidade é uma entidade distinta da glomeruloesclerose segmentar e focal idiopática, evolui com uma baixa incidência de síndrome nefrótica, curso clínico insidioso e mais benigno e progressão lenta para insuficiência renal.

HUMANIZAR E INOVAR EM URODINÂMICA PEDIÁTRICA

Judite Batista, Margarida Abranches

Unidade de Nefrologia- Serviço 2 – Departamento de Medicina

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 “Inovar e Humanizar” (Poster)

Lisboa, Novembro 2005

Introdução: O estudo urodinâmico é um meio complementar de diagnóstico que consiste no estudo funcional do aparelho urinário baixo. A urodinâmica prevê um enquadramento clínico e uma investigação instrumental diagnóstica. É uma técnica invasiva susceptível de despertar medo, ansiedade, desconforto, e, eventualmente dor. A avaliação urodinâmica na criança tem diferenças conceptuais, metodológicas e de interpretação de resultados que justificam uma abordagem diferente da realizada no adulto.

Objectivo: avaliar a eficácia das estratégias adoptadas na realização dos estudos urodinâmicos no sentido de minorar os efeitos da instrumentalização inerente à técnica.

Métodos: revisão sistematizada da evolução dos procedimentos realizados no gabinete de urodinâmica, desde a instalação da técnica na óptica da humanização e inovação.

Resultados: Desde a instalação da urodinâmica no hospital, em 1995, diferentes abordagens foram sucessivamente adoptadas no sentido de conseguir a realização técnica com o mínimo de ansiedade e desconforto para a criança e família. Estratégias na adaptação da técnica à idade pediátrica, no campo das relações humanas, na amenização do ambiente e na utilização de técnicas de relaxamento têm vindo a ser implementadas com eficácia. A elaboração de um guia informativo entregue aos pais na altura da marcação do exame foi uma necessidade sentida, realizada e eficaz. Actualmente, contabilizados 1023 estudos urodinâmicos, a técnica apenas não se conseguiu efectuar na primeira avaliação em menos de 2% dos casos.

Discussão: As estratégias adoptadas têm-se revelado adequadas e coincidem com o proposto por outros grupos de trabalho dedicados à urodinâmica pediátrica. As autoras consideram útil explorar outras abordagens relacionadas com a analgesia da cateterização transuretral e a elaboração de um procedimento de utilização transversal na instituição.

O IMPACTO DA DIETA NA PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

Judite Batista, Isabel Castro

Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

A prevenção ou o retardar da progressão doença renal crónica para insuficiência renal terminal não só é um objectivo médico a alcançar, como tem implicações socio-económicas. O insuficiente renal crónico terminal tem uma expectativa de vida menor, quando comparado com

os seus pares na população em geral. Assim, qualquer intervenção que induza um ralentamento na evolução para insuficiência renal terminal (IRT) é de importância capital.

Embora a progressão da doença renal crónica na maioria dos doentes possa ser explicada pela doença ou lesão que afecta o rim, existem outras situações em que tal não acontece. A investigação tem revelado que existem outros factores e alterações metabólicas e fisiológicas que contribuem para a progressão da lesão e falência renal total. Entre estes factores encontram-se a proteinúria e a hiperlipidémia.

Nos doentes com insuficiência renal a “sobrecarga” proteica determina a hiperfiltração e a hipertrofia dos nefrónios remanescentes, esta alteração favorece o declínio da função glomerular, o seu esgotamento e a evolução para glomeruloesclerose. A proteína é assim um modelador da função glomerular. O seu aumento na dieta acompanha-se de um aumento da taxa de filtração glomerular, enquanto a restrição tem o efeito oposto.

Na criança, tal como acontece no adulto, os estudos revelam que a proteinúria pode ser um factor de risco de aterosclerose e estar associada a hipercolesterolemia, hipertrigliceridémia e hipercoagulabilidade.

Apesar de estudos de meta-análise demonstrarem que, na doença renal crónica, a restrição precoce das proteínas da dieta retarda o aparecimento dos sintomas de urémia, a medida permanece controversa. A redução da carga proteica na dieta, a par de outras medidas terapêuticas, induz uma diminuição da proteinúria. Não obstante, na criança não se ter comprovado ter esta medida um impacto significativo, esta é aceite e recomendada. Porém, o risco reconhecido de malnutrição e as implicações na morbidade e mortalidade obrigam a um controlo na sua aplicação, e, constituem um desafio para a procura de abordagens mais efectivas de modo a garantir-se o *status* nutricional do doente.

A associação entre anomalias dos lípidos e seus metabolitos e doença renal é conhecida desde há muito e o papel da hiperlipidémia na progressão da insuficiência renal tem sido demonstrado em vários estudos, contudo, permanece por esclarecer se a hiperlipidémia é causa ou efeito.

A dislipidémia presente no insuficiente renal crónico acompanha-se de um aumento dos níveis séricos dos triglicéridos e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL), e, de uma diminuição do nível sérico das lipoproteínas de alta densidade. As alterações registadas nas lipoproteínas parecem não só estarem presentes na doença renal crónica, como terem um papel activo na progressão e desenvolvimento da aterosclerose. Assim, o tratamento da dislipidémia na insuficiência renal crónica (IRC) centra-se na redução dos elevados níveis de LDL. A recomendação de uma dieta pobre em gordura, nesta situação, deve ser criteriosa e submetida a um controlo rigoroso pelo risco de desnutrição que comporta.

Qualquer que seja o nível de intervenção pretendido com a introdução de restrições nos hábitos alimentares, é de primordial importância não esquecer que o objectivo da alimentação é promover o crescimento e a melhoria do estado de saúde da criança com doença renal crónica.

Nos últimos tempos tem sido realçada a associação entre obesidade-proteinúria e glomeruloesclerose. A patofisiologia da obesidade-proteinúria não está ainda esclarecida. A presença de hiperfiltração e hipertrofia glomerular, hiperlipidémia e aumento da síntese de substâncias vaso-activas e fibrogéneas transforma a díade obesidade-proteinúria num factor de risco de lesão renal. Este conjunto de alterações metabólicas, designado por *síndrome metabólico* tem sido também descrito na criança. Na sua abordagem insere-se a dieta, a promoção do exercício físico e da cessação do fumar, enquanto o papel dos fármacos parece pouco esclarecido.

A IRC é uma entidade complexa, que envolve vários órgãos e requer para o seu tratamento uma abordagem multidisciplinar. Actualmente, dispomos ainda de um arsenal limitado para retardar a progressão da doença renal crónica. Apesar de todo o progresso, estamos longe ainda de eliminar a necessidade de diálise.

HIPERTENSÃO ARTERIAL, ANÚRIA E DIÁLISE PERITONEAL

Gisela Neto

Serviço 2- Unidade de Nefrologia

XXª Reunião da Secção de Nefrologia Pediátrica da S.P.P. (Comunicação)

Lisboa, 16 de Dezembro de 2005

Introdução: O síndrome nefrótico congénito é uma entidade rara mas com alta taxa de mortalidade e morbidade, apesar dos recursos terapêuticos actualmente disponíveis. Muitas vezes, torna-se necessário efectuar nefrectomia bilateral e iniciar diálise peritoneal, com todas as dificuldades inerentes a um doente anúrico. Existem líquidos de diálise que, apesar de não aprovados em pediatria, contam com experiência de diversos Centros de diálise. Foi com o objectivo de trocar experiências e encontrar alternativas que permitam um controlo eficaz da tensão arterial e reversão de alterações cardíacas que este caso clínico foi apresentado.

Caso clínico: Trata-se de uma criança do sexo masculino, actualmente com 5 anos de idade. Nascida em Moçambique, foi transferida para Portugal com um mês de idade por hipótese de síndrome nefrótico (SN) e estenose hipertrófica do piloro. Confirmado SN congénito foram efectuadas terapêuticas sequenciais com prednisolona, associação de um Inibidor do enzima de conversão da angiotensina com indometacina e nefrectomia unilateral. Não se verificou melhoria da proteinúria nem diminuição da necessidade de transfusão de albumina a 20% (diária, durante 18 meses). Após nefrectomia do rim único, iniciou diálise peritoneal automatizada (APD) em Julho de 2004. Sem antecedentes de hipertensão arterial (HTA), verificou-se ao 7º mês de terapêutica de substituição, HTA grave, assintomática mas já com repercussão cardíaca. Após controlo da tensão arterial volume-dependente, com intensificação da ultra-filtração, houve regressão da hipertrofia ventricular esquerda. Actualmente encontra-se de novo com HTA e alterações cardíacas apesar das modificações ao programa de diálise e terapêutica farmacológica.

Conclusão: A dificuldade no equilíbrio entre a ingesta hídrica e a ultrafiltração, num doente anúrico em tratamento ambulatorio, é acrescida quando a capacidade de trocas pelo peritoneu não é uniforme de dia para dia. A adequação da diálise, torna-se um desafio constante, principalmente quando é necessário prevenir ou reverter repercussões em outros órgãos nobres.

A DOENÇA CRÓNICA E O ADOLESCENTE - QUE REPERCUSSÕES? PERSPECTIVA DO NEFROLOGISTA

Gisela Neto

Serviço 2 - Unidade de Nefrologia

“2as Jornadas de Endocrinologia Pediátrica – Repercussões...” (Comunicação em mesa redonda)

Lisboa, 20 de Maio de 2005

A doença renal crónica (DRC) é muito abrangente não se limitando à insuficiência renal crónica (IRC). No entanto, são os adolescentes com IRC quem exige maior flexibilidade de atitudes. Destes (n=58), cerca de 55% estão em estadios grave ou terminal. A DRC implica uma vigilância periódica com deslocações ao Hospital, absentismo escolar, repetição de exames complementares, “obrigação de prestação de contas” da sua rotina, responsabilização, reforço de proibições/restrições...Entre estas, as limitações da actividade física, dietas específicas, menor sociabilização (alteração da imagem corporal, comportamentos de risco)...As repercussões não se esgotam na doença base, na terapêutica conservadora ou na diálise. Também o transplante renal, apesar de melhoria significativa na mortalidade anual, condiciona problemas psicossociais major: baixa estatura persistente, aspecto cushingoide, obesidade e hirsutismo induzidos pela terapêutica, restrições à vida social...Na adolescência o pensamento abstracto não está desenvolvido dificultando a capacidade de reconhecer a doença, aceitá-la e ter noção do prognóstico. Qual será a mudança de atitude necessária, do Médico/Equipa de Profissionais de saúde, para melhorar o cumprimento e o melhor controlo da DRC? Apesar das tentativas em adaptar as terapêuticas à rotina do adolescente e família, de um compromisso assumido com o objectivo de “cumprir bem” o que é possível cumprir, qual o impacto dos primeiros contactos entre o adolescente e a equipa? São estabelecidas regras de confiança, consensos entre a equipa e o adolescente? Terá a equipa capacidade de avaliar o cumprimento da terapêutica e influenciar o jovem, motivando-o? Existem “intervenientes de saúde” na comunidade capazes de ajudar o adolescente a lidar com a sua doença? Facto é que, no Plano Nacional de Saúde até 2010, continua a não existir qualquer programa relativo à DRC... Importa também a Família, o diálogo, a confiança. O balanço é o de casos excepcionais de não cumprimento grave/risco de vida. E a perspectiva do adolescente?...

SÍNDROMA NEFRÓTICO ASSOCIADO A HEPATITE B

Catarina Gouveia¹, Carla Santos¹, Pilar Valente¹, Arlete Neto¹, Margarida Abranches¹, Inês Pó², Judite Batista¹.

¹Unidade de Nefrologia, ²Unidade de Gastroenterologia

Departamento de Medicina - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia

IV Congresso Hispano-Português de Nefrologia Pediátrica (Poster)

Tarragona, Novembro 2005

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 “Inovar e Humanizar”

Lisboa, Novembro 2005

Introdução: A infecção crónica pelo vírus da Hepatite B (VHB) é uma causa importante de síndrome nefrótica (SN). A lesão renal mais frequente é a glomerulonefrite membranosa. A história natural é desconhecida. Em geral, a evolução é para uma recuperação lenta e gradual.

Objectivo: estudar o curso clínico de um grupo de crianças com SN associado a Hepatite B

Doentes e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo das crianças seguidas pela Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, de Junho de 1987 a Julho de 2003 (16 anos), com o diagnóstico de SN associado a VHB.

Resultados: Elegeram-se sete crianças com SN associado a VHB; seis do sexo masculino, 100% de raça negra, com idade média de diagnóstico 7,3 anos. O AgHBs era positivo na totalidade dos doentes, 5/7 (71,4%) tinham AgHBe positivo. A biópsia renal revelou em 57% (4/7) dos doentes glomerulonefrite membranosa (GNM) e glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF)

em 28% (2/7), num caso foi inconclusiva. O tempo médio de seguimento pela Unidade foi de 3,9 anos. Cinco doentes fizeram terapêutica específica (prednisolona 3/7 e lamivudina 2/7). Três (3/7) doentes evoluíram para insuficiência renal crónica GESF (2/3) e GNM (1/3). A remissão da nefropatia ocorreu apenas nos doentes tratados com lamivudina. Os doentes sem terapêutica mantiveram proteinúria persistente.

Discussão e Comentários: Os resultados deste estudo são sobreponíveis aos da literatura. Atribuímos o aparente aumento de casos com progressão para IRC à proteinúria persistente, ao tempo de evolução e controlo (média 6 anos) e ao padrão histológico. Admite-se um curso benigno para o SN associado a VHB, mas, a maioria dos estudos refere a evolução para IRC. O efeito benéfico lamivudina carece de comprovação com estudos clínicos randomizados.

Palavras chave: glomerulonefrite membranosa, hepatite B, nefropatia associada a VHB, proteinúria, síndrome nefrótico, interferão, lamivudina.

SINDROMA NEFRÓTICO E DOENÇA CELIACA NA INFÂNCIA: I. PERCEPÇÃO DOS PEDIATRAS FACE AO MODO COMO AS MÃES LIDAM COM A DOENÇA, A SUA ADESÃO ÀS PRESCRIÇÕES MÉDICAS E A RELAÇÃO ESTABELECIDADA

Salomé Vieira Santos¹, Paulo Ramalho², Judite Batista³, Célia Pinto³, Gabriela Sá²

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, ² Hospital de Santa Maria – Serviço de Pediatria, ³ Hospital Dona Estefânia – Serviço 2

1º Congresso Nacional Família, Saúde e Doença (Poster)

Braga, Novembro 2005

Introdução

A literatura que analisa o impacto da doença crónica na criança e na família dá saliência a diversos factores que influenciam a forma como se lida com a doença, incluindo-se nestes os associados com o contexto médico. A este propósito, importância da comunicação/relação do médico com os pais e com a criança tem sido concensualmente valorizada.

Objectivo: Analisar as percepções de pediatras que assistem crianças com Síndrome Nefrótico ou Doença Celiaca, com base num Questionário.

Métodos e Participantes: Questionário construído no âmbito de uma investigação mais lata (Santos 1999*), com vista à avaliação da percepção do Pediatra face à mãe e à criança em áreas específicas. Neste estudo incide-se, especificamente, na análise de um conjunto de questões que avalia a percepção dos pediatras relativamente às mães, nos seguintes domínios: forma como lidam com a doença e com o prognóstico da mesma, adesão às prescrições médicas, e características da relação estabelecida.

Resultados: Obtiveram-se respostas de Pediatras que assistiam um grupo de 27 crianças com Síndrome Nefrótico (Grupo 1) e de Pediatras que assistiam um grupo de 27 crianças com Doença Celiaca (Grupo 2).

Discussão: Os resultados mostram que, apesar da perspectiva dos pediatras das crianças de ambos os grupos ser consonante quando está em causa a forma como se lida com a doença e a adesão às prescrições médicas avaliadas em termos gerais, os pediatras das crianças do G1 consideram que é mais difícil para as mães destas crianças lidar com situações particulares associadas à doença, e com o cumprimento das prescrições em áreas específicas. Para além disso, enquanto para o G2 se indica num número significativamente superior de casos que a mãe valoriza que o médico dê informação e mostre disponibilidade, para o G1 a maior

valorização incide no dar apoio/segurança. **Conclusão:** A perspectiva dos médicos é ainda distinta no que se refere às características que as mães valorizam na relação com eles

* *in Dissertação de doutoramento em Psicologia (Psicologia Clínica) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa,*

A UNIDADE DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Ana Paula Serrão, Arlete Neto, Gisela Neto, Isabel Castro, Judite Batista, Margarida Abranches, Alzira Silva, J Ferra de Sousa

Serviço 2 - Departamento de Medicina

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005 “Inovar e Humanizar” (Poster)

Lisboa, Novembro 2005

A necessidade de os doentes com patologia nefrológica terem um atendimento específico levou nos finais de 1976 ao aparecimento de uma “consulta de porta de nefrologia”; o número crescente de doentes e a sua complexidade exigiam a observação num espaço próprio de consulta, tal viria a acontecer em 1978 com a organização e entrada em funcionamento da consulta de Nefrologia Infantil. Em Janeiro de 1981 é reconhecida como consulta independente da Consulta de Pediatria Médica. Em Janeiro de 1982, é criada uma área específica de internamento para doentes do foro nefro-urológico e, estava criada a “*Unidade de Nefrologia Pediátrica*” do Hospital de Dona Estefânia, integrada no Serviço 2, com a sua vertente de ambulatório e de internamento.

Objectivo

Avaliar a evolução tendencial dos principais diagnósticos na consulta de nefrologia e actividade da Unidade.

Doentes e Métodos

Análise retrospectiva dos processos clínicos da consulta de nefrologia em duas datas e da actividade técnica diagnóstica e terapêutica desenvolvida nos últimos anos.

Resultados

Até fins de 1991 estavam inscritos na Consulta de Nefrologia 4335 doentes de infecção urinária 32.3%, enurese e alterações da micção 14.4%, glomerulopatias 12.8%, diagnóstico pré-natal de uropatia (DPN) 0.9%. De 1998 a 2004, inscreveram-se 2300 doentes: DPN 28.7%, infecção urinária 18.6%, refluxo vesico-ureteral 5.0% e glomerulopatias 4.4%.

De 1986 a 2004 registaram-se 126 doentes com IRC, 48.4% com indicação para terapêutica conservadora, 26.9% para hemodiálise e 24.6% para diálise peritoneal.

E, até 2004 tinham feito estudos urodinâmicos 886 doentes.

Discussão

O ano de 1998 marca uma viragem, o DPN é agora o primeiro diagnóstico. O padrão da morbilidade e mortalidade está a mudar em todo o mundo. As doenças que conduzem a IRC ocupam o primeiro plano. Pelas implicações médicas e económicas a prevenção da doença renal crónica é um imperativo, já que esta é assumida na actualidade como uma epidemia. O conhecimento global das patologias permite definir o perfil do doente da consulta de nefrologia, as estratégias de abordagem e promover medidas de prevenção.

O CALENDÁRIO MICCIONAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA CRIANÇA

Margarida Abranches, Judite Batista

Unidade de Nefrologia - Serviço 2. Departamento de Medicina.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa., 2005

Introdução: Nas alterações da micção da criança o interrogatório clássico explora a disfunção vesical com um carácter retrospectivo, e os resultados são frequentemente valorizados por defeito. Em regra o doente não é capaz de detalhar a micção.

O catálogo/calendário miccional, preenchido à medida que os acontecimentos se sucedem, revela-se um meio interactivo, simples, reprodutível e sensível. Nele se regista, ao longo das 24 horas, o tipo e o volume das perdas de urina, o momento da ocorrência, a existência de factores associados às perdas ou à continência, a evolução ou o fracasso da terapêutica.

Objectivo: Demonstrar a importância dos calendários miccionais na compreensão da incontinência urinária da criança

Métodos: Selecção de alguns calendários miccionais mais elucidativos ou originais, feitos pelas crianças e jovens com enurese mono e polissintomática seguidos na Consulta de Nefrologia do Hospital de D Estefânia.

Resultados: Seleccionaram-se 19 calendários que evidenciam o padrão miccional diurno e a resposta face à terapêutica na enurese nocturna.

Discussão: O calendário miccional avalia o padrão miccional, mostra a gravidade do problema, monitoriza os resultados da terapêutica, avalia o envolvimento da criança e da família, encoraja a criança no enfoque de outros factores associados à incontinência.

Conclusão: O calendário miccional é um instrumento precioso nas alterações da micção da criança. Deve ser valorizado e aplicado com rigor no ambulatório pediátrico.

O ENSINO DO ASSEIO, A ENURESE E OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Judite Batista, Margarida Abranches.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2. Departamento de Medicina

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

Introdução: A idade e a velocidade com que cada criança adquire o controlo funcional da bexiga e do intestino diferem de criança para criança, do mesmo modo que são alcançadas outras etapas do desenvolvimento e crescimento.

Hoje e de um modo geral existe uma maior permissividade quanto à idade em que é iniciada a aprendizagem do asseio. Em contrapartida os pais são pressionados pelos amigos, familiares e até vizinhos para cumprirem com sucesso este ensinamento.

Os próprios avós esquecem por vezes a experiência do passado.

Esta ansiedade latente, a redução do tempo de convívio, a pressão do meio exterior, o isolamento da família nuclear, o derrube de tabus, a transposição para a opinião pública dos problemas que afectam o ser humano fez disparar a actividade editorial e jornalística e criou uma geração de leitores de “manuais”.

Ainda que o estudo da micção e do seu controlo contenha alguns aspectos ainda ocultos, começam a surgir entre nós publicações sobre o assunto dirigidas quer aos educadores quer às crianças.

Objectivo: Desmistificar a incontinência urinária da criança com base em artigos publicados na actualidade.

Métodos: Recolha de alguns artigos entre os vários publicados em revistas de lazer e de alguns livros destinados ao público infantil e juvenil sobre o controlo do esfíncter vesical.

Resultados: Os recortes dos títulos dos artigos e livros seleccionadas foram agrupados em dois painéis, consoante abordavam a aprendizagem do asseio ou as perdas de urina (diurnas ou nocturnas).

Conclusão: Terminar com tabus, alertar para a existência da disfunção vesical e divulgar a existência de soluções para a incontinência urinária diurna ou nocturna validam só por si a utilização de uma multiplicidade de meios de comunicação no combate ao silêncio e à vergonha que frequentemente envolve a incontinência urinária na criança.

UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA

SÍNDROMA NEFRÓTICO ASSOCIADO A HEPATITE B

Catarina Gouveia¹, Carla Santos¹, Pilar Valente¹, Arlete Neto¹, Margarida Abranches¹, Inês Pó², Judite Batista¹.

¹ Unidade de Nefrologia, ² Unidade de Gastroenterologia

Departamento de Medicina - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia

IV Congresso Hispano-Português de Nefrologia Pediátrica (Poster)

Tarragona, Novembro 2005

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 "Inovar e Humanizar"

Lisboa, Novembro 2005

Introdução: A infecção crónica pelo vírus da Hepatite B (VHB) é uma causa importante de síndrome nefrótica (SN). A lesão renal mais frequente é a glomerulonefrite membranosa. A história natural é desconhecida. Em geral, a evolução é para uma recuperação lenta e gradual.

Objectivo: estudar o curso clínico de um grupo de crianças com SN associado a Hepatite B

Doentes e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo das crianças seguidas pela Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, de Junho de 1987 a Julho de 2003 (16 anos), com o diagnóstico de SN associado a VHB.

Resultados: Elegeram-se sete crianças com SN associado a VHB; seis do sexo masculino, 100% de raça negra, com idade média de diagnóstico 7,3 anos. O AgHBs era positivo na totalidade dos doentes, 5/7 (71,4%) tinham AgHBe positivo. A biópsia renal revelou em 57% (4/7) dos doentes glomerulonefrite membranosa (GNM) e glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) em 28% (2/7), num caso foi inconclusiva. O tempo médio de seguimento pela Unidade foi de 3,9 anos. Cinco doentes fizeram terapêutica específica (prednisolona 3/7 e lamivudina 2/7). Três (3/7) doentes evoluíram para insuficiência renal crónica GESF (2/3) e GNM (1/3). A remissão da nefropatia ocorreu apenas nos doentes tratados com lamivudina. Os doentes sem terapêutica mantiveram proteinúria persistente.

Discussão e Comentários: Os resultados deste estudo são sobreponíveis aos da literatura. Atribuímos o aparente aumento de casos com progressão para IRC à proteinúria persistente, ao

tempo de evolução e controlo (média 6 anos) e ao padrão histológico. Admite-se um curso benigno para o SN associado a VHB, mas, a maioria dos estudos refere a evolução para IRC. O efeito benéfico lamivudina carece de comprovação com estudos clínicos randomizados.

Palavras chave: glomerulonefrite membranosa, hepatite B, nefropatia associada a VHB, proteinúria, síndrome nefrótico, interferão, lamivudina.

LONG TERM FOLLOW-UP OF CHRONIC HBV INFECTION: ANY TREATMENT IS BETTER THAN NO TREATMENT?

Antonio Figueiredo, Sandra Jacinto, Filipa Santos, Isabel Afonso, José Cabral, Inês Pó, Gonçalo Cordeiro-Ferreira

Unidade de Gastrenterologia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.

38th Annual Meeting of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) (poster)

Porto, June 1-4, 2005

AIM: To assess all the children with chronic Hepatitis B virus (HBV) infection (defined as persistence of AgHbs for >6 months) followed in a tertiary care centre in order to determine the pattern of transmission, natural history of the disease and response to treatment.

METHODS: A retrospective chart review of the children mentioned above was conducted. The mean follow-up was 5 years. Epidemiological, past medical history, biochemical and immunological data, liver biopsy changes and effects of treatment with interferon alpha and/or lamivudine were studied. Data were analysed statistically with Fisher's exact test ($p < 0,05$).

RESULTS: The number of children studied was 187 (median age at diagnosis 6,2 years); 65,2% were male. Transmission occurred primarily in household settings (42,7%). Ten children had extra-hepatic manifestations (4 Nephrotic S., 2 arthralgias, 2 glomerulonephritis, 1 macular rash and 1 Gianotti-Crosti S.). There was 1 coinfection with virus delta. 27,2% had liver biopsy showing evidence of fibrosis in 45%, *piecemeal* necrosis in 29% and cirrhosis in 5,8%. 152 (81,2%) of the children remained without any treatment and 35 (18,7%) had been treated with interferon alpha (18/51,4%) and/or lamivudine (12 /34,2%); 5(14,2%) did both, sequentially. In the former group 25 (13,3%) had a spontaneous seroconversion and in the treated group only 2. Remission rate was achieved in 78 (51,3%) in the first group, as opposed to 20 (57,1%) in the second. Interferon alpha achieved 1 (5,5%) seroconversion and 14 (77,7%) remission rate. Lamivudine was responsible for 1 (8,3%) seroconversion and 4 (33,3%) remission rate. Both groups has a 50% normalization of AST/ALT. Comparing the 2 drugs showed a significant difference in the remission rate with interferon ($p 0,024$).

CONCLUSIONS: In our series of patients the most frequent pattern of transmission occurred in the household setting. In a long term basis neither interferon alpha nor lamivudine proved better than no treatment in achieving loss of AgHbs. Treatment with interferon alpha achieved higher remission rates with statistical significance but if we consider the end-point of treatment, normal AST/ALT, no difference was observed.

LINFOMA DE BURKITT GASTRINTESTINAL DA CRIANÇA

Alexandra S Couto, José Cabral

Unidade de Gastroenterologia, Departamento de Medicina - Serviço 2 – H. Dona Estefânia
J Port Gastreterol 12:327-330, 2005

O linfoma de Burkitt (LB) gastrintestinal é um subtipo de linfoma não Hodgkin (LNH) que surge com maior frequência no íleon e no cego, sobretudo na sua forma esporádica e na criança. O LB do estômago e do duodeno é particularmente raro e pode manifestar-se de diversas formas. Os autores apresentam dois casos clínicos de LB do estômago e do duodeno, em idade pediátrica.

UNIDADE DE PNEUMOLOGIA

UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

ENDOCRINOLOGIA METABOLISMO & NUTRIÇÃO

Vol. 14, Nº 5, Setembro/Outubro 2005

Obesidade e atraso do desenvolvimento psico-motor associados a deleção no cromossoma 11

Sónia do Vale¹, Rosa Pina², Ana Isabel Dias³, Margarida Abranches⁴, Teresa Kay⁵, Guilhermina Fonseca²

¹Núcleo de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, Hospital de Santa Maria. ²Unidade de Endocrinologia, Serviço de Pediatria I. ³Serviço de Neurologia. ⁴Unidade de Nefrologia. ⁵Serviço de Genética, Hospital D. Estefânia.

As obesidades secundárias, sejam de causa endócrina ou genética, são raras mesmo na infância. Contudo, é elevado o número de crianças referenciadas a consultas de especialidade para exclusão dessas situações secundárias.

Descreve-se o caso clínico de uma criança do sexo masculino referenciada à consulta de endocrinologia aos seis anos por suspeita clínica de hipotireoidismo, o qual foi excluído. A criança apresentava obesidade e atraso do desenvolvimento psico-motor, o que justificou o estudo do cariótipo que revelou a deleção (q22.3 q23.2) do cromossoma 11. Até aos 12 anos, foram surgindo os diagnósticos de dislipidemia, uveíte, infecção por Herpes zooster, albuminúria e escoliose.

A revisão dos genes deleccionados permite-nos colocar a hipótese de um eventual contributo genético para algumas das patologias verificadas bem como alertar para a hipótese de uma maior susceptibilidade para outras entidades clínicas. De acordo com os conhecimentos actuais, a obesidade não apresentou causa endocrinológica, mas pode estar relacionada com a deleção cromossómica verificada, embora ainda não estejam definidos genes candidatos da Obesidade nesta região.

Palavras Chave: obesidade, atraso de desenvolvimento psico-motor, deleção cromossómica, del (11) (q22.3 q23.2), dislipidemia, imunidade, albuminúria.

UNIDADE DE IMUNO-HEMATOLOGIA

NEUTROPÊNIA - CASO CLÍNICO, REVISÃO TEÓRICA E PROPOSTA E PROTOCOLO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.

Maria de Fátima Nunes, Margarida Marujo, Teresa Almeida, Orquídea Freitas.
Unidade de Hematologia - Serviço de Pediatria 2, Hospital Dona Estefânia

A neutropénia constitui um grupo heterogéneo de doenças genéticas ou adquiridas caracterizadas pela redução da contagem absoluta do número de neutrófilos que pode persistir por vários meses e predispor o doente a infecções bacterianas graves.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança, actualmente com 23 meses de idade, internada aos 4 meses para esclarecimento de neutropénia em achado laboratorial. Para além da revisão teórica, apresentamos uma proposta de protocolo diagnóstico e terapêutico.

UNIDADE DE DOENÇAS METABÓLICAS

COMBINED NUTRITIONAL SUPPORT AND CONTINUOUS VENOVENOUS REMOVAL THERAPY IN THE ACUTE PHASE OF MSUD: A CASE REPORT

Maria João Lage *, Sílvia Sequeira **, Micaela Serelha *

*Neonatal Intensive Care Unit and **Metabolic Unit - Hospital de D.Estefânia

3º Simposio Internacional da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas (Poster)
Luso, 24-25 Novembro 2005

Introduction: Acute onset of MSUD is frequent and acute elevation of MSUD metabolites results in severe neurologic deterioration. Nutritional support is the treatment of choice but extracorporeal removal of the toxic metabolites is indicated when nutritional support is not efficient.

Among the three extracorporeal modalities (peritoneal dialysis, intermittent hemodialysis, continuous extracorporeal removal therapy - CECRT-) CECRT has proven to be more efficient and less likely to increase gastrointestinal intolerance, hypotension or cerebral edema.

Case Report: A 10 day old boy was referred to our NICU in a comatose state after an apparently non-eventful perinatal period. He was started on a nonproteic hypercaloric diet and laboratory results confirmed a MSUD diagnosis with leucine levels of 3040 micromol/L on the 10th day.

The neurologic condition deteriorated and the neonate was ventilated, sedated, a dual lumen catheter was inserted in the femoral vein and continuous venovenous hemodialysis was started combined with nutrition manipulation. The leucine levels decreased to 513 micromol/L on the 4th day of extracorporeal therapy and the session was ended. No major side effects were detected during the procedure and the neonate's neurologic status improved progressively. Ventilatory support was withheld and enteral feeding was restarted on the 2nd day of treatment.

One month after the acute episode, the patient is conscious, alert, bottle fed, with only a slight increase in the axial tonus.

Comments: In severe acute decompensation of MSUD, CECRT, combined with nutritional support, can efficiently decrease toxic metabolites levels, limiting central nervous system lesion.

Key Words: MSUD, neonate, continuous venovenous hemodialysis

SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA

DIRECTOR: PROF. DR. JOSÉ ROSADO PINTO

**MEDIÇÃO DO pH NO CONDENSADO BRÔNQUICO DE DOENTES ASMÁTICOS –
COMPARAÇÃO DE DOIS MÉTODOS**

Pedro Martins^{1,2,3}, Iolanda Caires², José Rosado Pinto¹, Nuno Neuparth^{2,3}, António Rendas²

¹Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, ²Departamento Universitário de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas – UNL, ³Centro de Estudos de Patologia Respiratória – FCT

XXI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Pneumologia Comunicação oral: Vidago, 9 a 12 de Novembro de 2005.

Introdução: Estudos recentes tem sugerido que o pH medido no condensado brônquico (CB) poderá constituir um marcador da inflamação brônquica, de grande interesse na avaliação de diversas doenças pulmonares, nomeadamente da asma. Os valores médios de pH no CB publicados apesar de diferentes são aproximados, existindo autores que apontam médias de 7.65 ± 0.2 , 5.23 ± 0.2 , 7.8 ± 0.1 respectivamente em indivíduos saudáveis, em indivíduos com asma aguda e com asma controlada¹. Actualmente encontram-se comercializados dois dispositivos para a colheita de CB: um portátil e descartável (R Tube®) e outro não transportável e reutilizável (Ecoscreen® Viasys).

Objectivo: Comparar os valores do pH medido no CB, recolhido em doentes asmáticos, utilizando o R Tube® e o Ecoscreen®.

Material e Métodos: Nos meses de Julho e Agosto de 2005 foram seleccionados na Consulta de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, 15 doentes com asma brônquica persistente, sensibilizados a pelo menos um aeroalergeno. Todos se encontravam medicados com corticoides inalados. A estes doentes foram efectuados no Laboratório de Fisiopatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNL os seguintes exames funcionais: pletismografia com prova de broncodilatação, medição de óxido nítrico no ar exalado (eNO) e recolha de CB com o R Tube® e o com Ecoscreen®. Após a recolha do condensado foi efectuada medição do pH.

Resultados: Dos doentes estudados, 8 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino. A idade média foi de 14.27 ± 4.12 (9-22 anos). O pH médio do CB, para o R Tube®, foi de 8.07 ± 1.23 , a uma temperatura média de $26.66^\circ\text{C} \pm 1.49$. Para o Ecoscreen®, o pH médio foi de 7.78 ± 1.42 , a uma temperatura média de $26.69^\circ\text{C} \pm 1.55$. Comparando os resultados do pH no CB medidos com ambos os métodos, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre eles. A média das diferenças dos dois métodos foi de 0,28. Não se verificou qualquer correlação entre os valores de pH no CB e os valores do eNO e os resultados da pletismografia.

Conclusões: Apesar de se tratar de uma pequena amostra, as medições do pH no CB foram comparáveis para os dois dispositivos, pelo que ambos poderão ser utilizados com este intuito. Os resultados obtidos aproximam-se dos valores publicados em doentes com asma controlada.

Palavras chave: pH, condensado brônquico, asma, R Tube®, Ecoscreen®

Financiamento: Projecto SaudAr, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian

ADVIA CENTAUR[®]: VALIDAÇÃO DE UM MÉTODO DIAGNÓSTICO

Pedro Martins¹, Sónia Rosa¹, Ana Romeira¹, Sara Prates¹, Graça Pires¹, Vitória Matos²,
Virgínia Loureiro², José Rosado Pinto¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

² Secção de Imunologia, Serviço de Patologia Clínica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

8Poster com discussão)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Resumo: Na abordagem diagnóstica da doença alérgica, a história clínica (HC) é complementada pela avaliação da existência de sensibilização para alérgenos. Para além dos testes cutâneos por *prick* (TC), considerados a técnica *gold standard*, existem vários métodos *in vitro* que procuram determinar a existência de IgE específicas. Recentemente foi introduzido um novo método de diagnóstico, o ADVIA Centaur[®], para doseamento das IgE.

Objectivo: Avaliar o desempenho do ADVIA Centaur[®] no diagnóstico da doença alérgica respiratória, face aos dados da HC e TC. Os resultados foram comparados com os do método de diagnóstico *in vitro* utilizado no Hospital de Dona Estefânia (HDE), o Immulite 2000[®].

Material e métodos: Foram seleccionados 41 doentes da consulta de Imunoalergologia do HDE, com história de doença alérgica respiratória e TC positivos para pelo menos um aeroalérgeno, aos quais foram efectuados doseamentos de IgE específica através dos métodos ADVIA Centaur[®] e Immulite 2000[®], para os seguintes alérgenos: *Dermatophagoides pteronyssinus* (d1), panasco (g3), azevém (g5), rabo de gato (g6), *Parietaria officinalis* (w19).

Resultados: Dos 41 doentes estudados, 20 eram do sexo feminino e 21 do masculino. A média etária foi de 17 anos (4-57 anos). Comparando o ADVIA Centaur[®] com a HC e TC, os resultados obtidos para d1 foram: sensibilidade (S) de 90,3%, especificidade (E) de 80%, valor preditivo positivo (VPP) de 93,3% e valor preditivo negativo (VPN) de 72,7%. Para w19 os valores obtidos para a S, E, VPP e VPN foram de 100%, 96,6%, 87,5% e 100% respectivamente. Para g3 obteve-se: S (74%), E (92,9%), VPP (95,2%) e VPN (65%). Para g5 os resultados foram: S (81,4%), E (92,9%), VPP (95,7%) e VPN (72,2%). Para g6: S (59,3%), E (84,6%), VPP (88,8%) e VPN (50%). Comparando o Immulite 2000[®] com a HC e TC, os resultados obtidos para d1 foram: S de 93,5%, E de 80%, VPP de 93,5% e VPN de 80%. Para w19 obteve-se: S (87,5%), E (91,3%), VPP (77,7%) e VPN (95,5%). Para g3: S (84,6%), E (90%), VPP (95,7%) e VPN (69,2%). Para g5 os resultados foram: S (87%), E (76,9%), VPP (87%) e VPN (76,9%). Para g6: S (77,7%), E (90,9%), VPP (93,3%) e VPN (71,4%). A concordância entre resultados positivos e negativos para d1 foi de 87,8%, para w19 de 93,1%, para g3 de 91,6%, para g5 de 88,8% e para g6 de 89,6%. **Conclusão:** Neste trabalho o ADVIA Centaur[®] apresentou uma boa performance diagnóstica, podendo constituir um método de diagnóstico *in vitro* para os alérgenos estudados.

HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

Teresa Vau, Susana Palma Carlos, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Comunicação oral – 5ª Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

Guimarães, 30 de Abril de 2005

A hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) pode manifestar-se por reacções farmaco-específicas ou outras, por provável alteração do metabolismo que torna determinados indivíduos mais susceptíveis aos efeitos secundários da inibição da Ciclooxigenase 1 (COX1). Os fármacos que inibem preferencial (nimesulide) ou selectivamente (rofecoxibe, etirocoxibe, ...) a Ciclooxigenase 2 (COX2) geralmente são melhor tolerados nestas situações.

Apresenta-se o caso de uma criança do sexo feminino de 10 anos, com atopia (asma brônquica, rinite alérgica, eczema atópico) e urticária colinérgica que desde há 3 anos tem quadros de urticária, angioedema, edema da glote e broncospasmo após toma de ibuprofeno, de ácido acetil salicílico (AAS) ou de paracetamol, sendo este último dependente da dose. Fez provas de provocação sob terapêutica com antagonista dos receptores dos leucotrienos primeiro com nimesulide e posteriormente com etirocoxibe, que foram ambas positivas para doses cumulativas de 50 e 30 mg respectivamente. Discutem-se as particularidades deste caso e as opções de abordagem diagnóstica/terapêutica.

ALERGIA A PERCEVES NO CONTEXTO DA SÍNDROME ÁCAROS – CRUSTÁCEOS – MOLUSCOS - BARATAS

Susana Marinho¹, Ângela Gaspar¹, Mário Morais-Almeida¹, Idoia Postigo², Jorge Guisantes², Jorge Martínez^{2,3}, José Rosado-Pinto¹

Serviço de Imunoalergologia ¹, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

Departamento de Imunologia, Microbiologia e Parasitologia, Faculdade de Farmácia, Universidade do País Basco², Vitoria, Espanha

Sweden Diagnostics Espanha SL³, Laboratorio de Aplicaciones, Barcelona, Espanha

Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13: 187-93.

Introdução: A tropomiosina dos invertebrados é o pan-alergénio que une crustáceos, moluscos, aracnídeos, insectos e parasitas, encontrando-se significativa homologia de sequência entre as proteínas dos vários grupos. Os perceves são um tipo de crustáceo particularmente apreciado e consumido no nosso país; no entanto, a alergia a este crustáceo é uma situação bastante rara da qual só existe um trabalho publicado na literatura. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino, de 9 anos de idade, com asma brônquica, rinoconjuntivite alérgica e eczema atópico, sensibilizada a ácaros e baratas. Aos 7 anos, 10 minutos após a primeira ingestão de perceves refere síndrome de alergia oral, angioedema periorbitário e rinoconjuntivite. Aos 8 anos, ocorreram 4 episódios semelhantes após ingestão de caracol, camarão, lula e choco (referindo ingestão prévia destes alimentos sem queixas). Aos 9 anos, refere episódio de urticária da face e angioedema periorbitário com inalação de vapores de cozedura de camarão. Foram realizados testes cutâneos por *prick* que se revelaram positivos para perceves, camarão, caracol, lula, choco, polvo e amêijoa em natureza, e para gamba, caranguejo e mexilhão com extractos comerciais. Os doseamentos de IgE específica sérica revelaram-se positivos para camarão, caracol, lula, polvo e amêijoa, bem como para perceves e tropomiosina recombinante. Foi efectuado *SDS-PAGE immunoblotting* com extracto de perceves que revelou várias fracções alergénicas com grande variação de

pesos moleculares (19-88 kDa); foi ainda efectuado estudo de inibição com *D.pteronyssinus*, que inibiu várias fracções fixadoras de IgE no extracto de perceves. **Discussão:** Apresenta-se um caso raro de uma criança, com quadro de alergia respiratória associada a sensibilização a ácaros e baratas, com alergia alimentar a crustáceos – incluindo a perceves - e moluscos gastrópodes, bivalves e cefalópodes. Foram caracterizados os alergénios implicados na alergia a perceves e demonstrada a presença da tropomiosina como alergénio implicado, bem como a reactividade cruzada entre estes crustáceos e os ácaros.

IgE MEDIATED HYPERSENSITIVITY TO PARACETAMOL

Pedro Martins, Ângela Gaspar, Graça Pires, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

Immunoallergy Department, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology (Poster)

Muniqu, 26 de Junho a 1 de Julho de 2005

Background: Hypersensitivity to paracetamol is unusual. The most part of the reactions described are non-IgE mediated, and occur on patients with a previous history of hypersensitivity to AAS or to others NSAID. As skin tests have a low sensitivity on this kind of drug allergy, the clinical approach doesn't include it by routine. The diagnosis is based mainly on the clinical history and on the provocation test. The authors present four clinical cases of patients with immediate hypersensitivity to paracetamol and positive skin tests.

Case 1: GA, 32 years of age, female, with a previous history of rheumatoid arthritis and arterial hypertension, was sent to our outpatient clinic by three episodes of facial rash / labial angioedema / urticaria / nausea and vomits, 5-10 minutes after the intake of paracetamol (500mg). Skin tests with paracetamol (Dafalgan®) were performed (prick and intradermic) that were positive at 1:100 dilution (10x6mm). Drug provocation tests with naproxen and ibuprofen were negative.

Case 2: SA, 15 years of age, female, with a previous history of asthma and allergic rhinitis, experienced four episodes of urticaria, angioedema and dyspnoea, when she was 10-11 years of age. The reactions occur on the 30 minutes after the drug intake. Skin tests to paracetamol were performed as above and were positive at 1:10 dilution (8x6mm). Provocation tests to AAS and nimesulide were negative.

Case 3: TV, 33 years, female

Case 4:

Discussion: Hypersensitivity to paracetamol on patients who tolerate AAS or other NSAID is rare. On these four cases the clinical history, the skin tests results and the provocation tests suggest that we could be in front of patients with a IgE mediated hypersensitivity to paracetamol.

ANAFILAXIA NO PERÍODO PERI-OPERATÓRIO: IMPLICAÇÕES DE UMA DEFICIENTE COMUNICAÇÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Romeira, Susana Rodrigues Carvalho, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia do Hospital Dona Estefânia, Lisboa

5ª Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)
(Comunicação oral)
Guimarães, 30 de Abril de 2005

A anafilaxia é uma situação clínica potencialmente fatal, com uma incidência anual estimada de 10 a 20 casos em cada 100.000 pessoas, cujo amplo leque de apresentações clínicas resulta da libertação sistémica de mediadores químicos pelos mastócitos e basófilos, através de um mecanismo imunológico IgE mediado. No contexto de uma cirurgia sob anestesia geral, estima-se que ocorra uma reacção anafiláctica em cada 5.000 a 25.000 casos, com uma taxa de mortalidade que pode alcançar os 6%. Os três agentes mais frequentemente implicados são os relaxantes musculares (50% a 70%), o látex e os antibióticos.

Apresenta-se um caso clínico de uma doente de 46 anos de idade que, no decurso de uma intervenção cirúrgica sob anestesia geral, desenvolveu uma reacção anafiláctica. Atendendo a que não havia antecedentes pessoais de reacções adversas a fármacos, incluindo anti-inflamatórios não esteróides e antibióticos, o estudo inicial foi desenvolvido no sentido de testar os agentes mais frequentemente envolvidos nestas situações (relaxantes musculares e látex), o qual se revelou negativo. Num contacto posterior com o anestesista, a cefazolina foi apontada como a causa mais provável da reacção anafiláctica (relação temporal), tendo o estudo subsequente comprovado tal suspeita, com positividade dos testes cutâneos (intradermo-reacção) para cefazolina e amoxicilina.

Trata-se de uma situação ilustrativa das implicações de uma abordagem diagnóstica não orientada, pretendendo-se realçar a importância de uma melhor comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no seguimento do doente.

ESPIROMETRIA PRÉ-ESCOLAR: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO – QUE IMPLICAÇÕES?

Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, Nuno Neuparth, José Rosado Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia
Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13(3); 225-31.

A espirometria é uma ferramenta major para o estudo de doentes com várias patologias, nomeadamente respiratórias, comumente usada em adultos e em crianças mais velhas. A idade pré-escolar tem sido a “idade das trevas” para a função pulmonar até aos últimos anos, pela necessidade de cooperação e pela impraticabilidade da sedação. Objectivo: Determinar o número de crianças em que se torna possível efectuar espirometrias em idade pré-escolar, em função da sua idade, cumprindo critérios de aceitabilidade e exequibilidade das curvas de débito-volume. Metodologia: Entre os meses de Março e Junho de 2004 foram efectuadas espirometrias animadas com equipamento Jaeger, a um grupo de 53 crianças, admitidas na consulta de Imunoalergologia do nosso hospital por quadro clínico de asma, tosse crónica ou queixas de esforço. Foram efectuadas a cada criança 15 manobras expiratórias, antes e após administração de 400 µg de salbutamol, em câmara expansora, sendo utilizados critérios de aceitabilidade e de reprodutibilidade de espirometria, para esta faixa etária, publicados recentemente por Aurora et al. Resultados: Do universo alvo (n= 53) foi possível obter curvas com critérios de aceitabilidade e de reprodutibilidade em 45 crianças (85%), com uma média etária de 4,8 anos (2-6 anos) e ratio M/F de 2,2/1. Obteve-se FEV₁ em 22 crianças (42%), FEV_{0,75} em 32 (60%) e FEV_{0,5} em 45 (85%). Analisando a globalidade da população em estudo

reporta-se um ganho efectivo de 45% usando FEV_{0,75} em vez do FEV₁, bem como um ganho de 104% reportando FEV_{0,5} em vez de FEV₁. Tempo médio de exame, incluindo prova de broncodilatação: 1,30 h (35 min- 2 h). 22% (n=10) tinham padrão obstrutivo basal, dos quais 6 tiveram prova de broncodilatação positiva. Conclusões: As crianças com 2 e 3 anos só conseguiram efectuar manobras de duração máxima de 0,5 e 0,75 segundos, respectivamente. O grau de sucesso para manobras de duração superior é proporcional à idade. No período intercrise, 22% tinham padrão obstrutivo basal, alguns dos quais com reversibilidade. A espirometria em idade pré-escolar é uma excelente ferramenta, que pode ser utilizada diariamente, possibilitando analisar um grande número de crianças, que seria impossível utilizando os critérios empregues no adulto.

SÍNDROME DE ECZEMA/DERMATITE ATÓPICA EM PORTUGAL – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO

Susana Oliveira, Miguel Borrego, Elsa Pargana, Sara Prates, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia. Hospital de Dona Estefânia

Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13(1):81-8.

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crónica da pele, tendo por base diversos mecanismos etiopatogénicos. Considerando a sua heterogeneidade, foi, recentemente, introduzida outra designação para esta patologia - Síndrome Eczema / Dermatite Atópica (SEDA). A associação com alergia alimentar ou respiratória parece ser variável entre as diferentes populações.

Objectivo: Analisar um grupo de doentes referenciados à Consulta de Imunoalergologia com o diagnóstico de SEDA, com o intuito de avaliar a associação desta síndrome com a alergia alimentar e doença respiratória nesta população.

Métodos: Do número total de primeiras consultas do nosso Serviço durante os anos 2000-01 (n = 3436) foram seleccionados todos os doentes com história de SEDA. A população foi analisada quanto a idade, sexo, existência de alergia alimentar, doença respiratória e resultados de testes cutâneos (TC) por picada. Resultados: Foram encontrados 193 doentes com uma idade média de 7,5 anos de idade (1 - 54 anos) e relação F/M = 1 / 1,5. Eram 68 (35,8%) os doentes com SEDA isolada. SEDA associada a doença respiratória foi identificada em 113 (58,5%) e a alergia alimentar em 19 (9,8%) - na maioria dos casos manifestando-se por urticária/angioedema. Os TC revelaram-se positivos para aeroalergénios em 74% e para alergénios alimentares em 18% da amostra. Os TC foram positivos em 58,9% dos doentes com SEDA isolada, 84,2% dos doentes com alergia alimentar e 92% com doença respiratória.

Conclusão: Em contraste com outras séries, foi encontrada uma baixa prevalência de alergia alimentar, na maioria dos casos manifestada por reacções imediatas. Mais de metade dos doentes estudados apresentava doença respiratória alérgica associada a uma elevada prevalência de sensibilização a aeroalergénios. Estes resultados reflectem a heterogeneidade das populações com SEDA e a importância dos aeroalergénios na nossa população.

ASMA – FACTOR DE RISCO PARA HIPERSENSIBILIDADE AOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES?

Carlos Neto Braga, Luís Miguel Borrego, Paula Leiria Pinto, Susana Marinho, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia
Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005;13(2):171-5.

A caracterização dos doentes com reacções adversas a anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) e a identificação de eventuais factores de risco são importantes, uma vez que estas reacções são relativamente frequentes na prática clínica, são imprevisíveis e, por vezes, potencialmente fatais. Foi nosso objectivo caracterizar a população de doentes observados na nossa consulta com reacção adversa aos AINEs, nos últimos 2 anos, e avaliar a relação entre asma e hipersensibilidade aos AINEs. Incluíram-se 48 doentes com intolerância aos AINEs confirmada através da história clínica e/ou prova de provocação, seguidos na nossa consulta nos últimos 2 anos (grupo A). Esta população de doentes foi comparada com 61 doentes referenciados à nossa consulta por suspeita de hipersensibilidade a fármacos, a qual não se confirmou (grupo B). Os doentes foram caracterizados quanto a: idade, sexo, manifestações clínicas das reacções adversas, antecedentes pessoais e familiares de atopia e quanto à presença de sensibilização alérgica. Efectuaram-se testes cutâneos em picada com os aeroalergénios mais comuns. Realizaram-se provas de provocação com o fármaco suspeito para confirmação do diagnóstico e/ou com outro AINE para encontrar uma alternativa terapêutica. Nas situações em que havia reexposição ao medicamento e a sintomatologia era reprodutível, as provas de provocação foram dispensadas. Utilizámos o teste C2 para comparação dos resultados obtidos nos dois grupos de doentes.

Encontrou-se uma elevada prevalência de asma e sensibilização a aeroalergénios nos doentes com hipersensibilidade os AINEs, o que sugere a existência de uma associação entre estas entidades clínicas.

O LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM URTICÁRIA CRÓNICA E/OU ANGIOEDEMA

Pedro Martins¹, Vitória Matos², Virgínia Loureiro², José Rosado Pinto¹.

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, ²Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Poster)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: Durante a avaliação laboratorial de doentes com urticária crónica e/ou angioedema, é frequentemente solicitado um estudo imunológico (auto-imunidade, complemento, serologias virais). O interesse deste estudo é frequentemente colocado em questão.

Objectivo: Avaliar o interesse diagnóstico dos diferentes exames solicitados à Secção de Imunologia do Laboratório do Hospital de Dona Estefânia, no estudo de doentes com urticária crónica e/ou angioedema do serviço de Imunoalergologia.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos pedidos efectuados à Secção de Imunologia, de Janeiro a Dezembro de 2004, no contexto da avaliação de doentes com urticária crónica e/ou angioedema.

Resultados: Identificaram-se 57 pedidos relativamente às patologias em questão, durante o ano de 2004. Estes corresponderam a 56 doentes diferentes: 38 (68%) eram do sexo feminino e 18 (32%) do sexo masculino. A mediana das idades dos doentes foi de 28 anos (1-76 anos). Quanto aos pedidos efectuados, solicitaram-se os seguintes estudos: ANA's (42, em 5 dos quais positivos), ENA's (40, todos negativos), RA teste (14, todos negativos), C3 (54, em todos normal), C4 (54 pedidos, encontrando-se um diminuído), CH100 (44 pedidos, estando somente um diminuído), C1q (27, em todos normal), C1 inibidor (43, em 2 com valores inferiores a 120mg/L), C1 inibidor funcional (25 pedidos, dois com valores inferiores a 40% e outros dois com valores entre 40-60%). Relativamente às serologias virais, para o Citomegalovirus foram efectuados 24 pedidos (todos com IgG positiva e somente um com IgM positiva), para o vírus Epstein Barr foram solicitados 30 (sugestiva de infecção recente em três doentes e de reactivação noutros três), para o vírus da Hepatite B solicitaram-se 28 (todos negativos), 19 para o da Hepatite C (um positivo), e 3 para o vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (ambos negativos).

Conclusão: A avaliação laboratorial de doentes com urticária crónica e/ou angioedema apresentou alterações em apenas 32% dos doentes. Dos exames solicitados o estudo dos ANA's, das serologias virais (EBV e VHC) e do complemento foram positivos numa minoria de doentes, em alguns dos casos sem implicações clínicas. Estes pedidos não devem ser padronizados, dada a sua baixa rentabilidade diagnóstica/terapêutica quando não orientados pela história do doente.

DERMATITE ATÓPICA CANINA EM LISBOA: PREVALÊNCIA DE REACÇÕES POSITIVAS NOS TESTES INTRADÉRMICOS

Ana Mafalda Lourenço^{1*}, Mário Morais de Almeida², M.C.Peleiteiro¹, J.H.Duarte Correia¹

¹CIISA, Faculdade de Medicina Veterinária, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa

²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

* Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica da pele, associada a fenómenos de hipersensibilidade face a alérgenos de origem ambiental. Afecta mais de 10% das crianças e é causa de incapacidade em adultos. A dermatite atópica também ocorre frequentemente nos animais de companhia, especialmente nos canídeos, para os quais a prevalência se situa entre 10 a 30% da população canina, sobretudo em raças predispostas. Existem várias semelhanças entre a DA canina e a que se verifica nos humanos, sugerindo que possa ser exequível a utilização do cão como modelo para a doença em humanos, nomeadamente para estudar a eficácia da evicção alérgénica ou da farmacoterapia. Numerosos alérgenos têm sido implicados na DA.

Objectivo: Determinar os alérgenos ambientais mais relevantes na dermatite atópica canina, na área metropolitana de Lisboa

o seu aparecimento na lista dos alimentos mais frequentemente envolvidos em quadros de hipersensibilidade alimentar. O contacto com farinha de trigo, quer por via inalatória quer por via digestiva, tem a capacidade de desencadear sintomas reprodutíveis que desaparecem quando se cumprem medidas estritas de evicção. As formas de apresentação clínica são variadas e a rentabilidade dos exames auxiliares de diagnóstico depende da sua adequação aos alérgenos envolvidos na etiopatogenia destas entidades clínicas.

EXPOSIÇÃO A ANIMAIS DOMÉSTICOS, SENSIBILIZAÇÃO E DOENÇA ALÉRGICA

Susana Marinho, Ana Margarida Romeira, Mário Morais-Almeida, José Rosado-Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa
Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13:359-67.

Introdução: A exposição a animais domésticos tem uma prevalência significativa e aparentemente crescente. A relação complexa entre exposição alérgica, sensibilização e clínica tem sido recentemente alvo de controvérsia, discutindo-se se a exposição a animais será um factor de risco/protector para o desenvolvimento de sensibilização e posterior doença alérgica.

Objectivo: Caracterizar uma população da consulta de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia relativamente à exposição a animais domésticos, sensibilização alérgica e presença de sintomas relacionados com o contacto.

Material e Métodos: Foi aplicado um questionário, caracterizando a exposição a animais domésticos e a ocorrência de manifestações clínicas, sendo realizados testes cutâneos por picada para aeroalérgenos, em doentes observados em primeira consulta durante o primeiro trimestre de 2003.

Resultados: Foram incluídos 167 doentes, 67,1% com idade inferior a 16 anos, média etária de 17,1 anos (1 a 70 anos), *ratio* M/F:1,1/1. 80,8% dos doentes tem contacto actual com animais domésticos, 62,2% em casa e 37,8% na escola/trabalho ou casa de amigos. O cão era o animal doméstico mais prevalente, correspondendo a 80% dos casos de contacto actual; 46% estavam expostos a gatos e 37% tinham contacto regular com outros animais. Praticamente todos os doentes (88,6%) tinham na actualidade, ou no passado, contacto com animais domésticos: cão-83,1%, gato-51,4%, outro-47,3%. Em relação à sensibilização alérgica, 61,7% eram atópicos, 18,4% sensibilizados a cão e 19,4% sensibilizados a gato. Em relação à associação entre exposição (actual e/ou passada) e sintomatologia relacionada com a mesma, observou-se esta relação em 14,6% dos doentes relativamente a cão e em 23,7% dos doentes relativamente a gato. Dos doentes com exposição actual e/ou passada a cão *vs* gato, apenas 12,2% *vs* 21,1% estavam sensibilizados. Observou-se associação de exposição regular alguma vez e sintomatologia e sensibilização para cão *vs* gato em 3,3 % *vs* 9,2%. O contacto actual e passado com gato está associado a um maior risco de asma do que um contacto só no passado ou só actual. O contacto com gato (actual e/ou passado) está associado a maior risco de desenvolvimento de sensibilização para gato e sintomatologia com contacto.

Discussão: A exposição a animais domésticos tem uma prevalência significativa nos nossos doentes, embora apenas uma pequena percentagem dos doentes apresente sensibilização e/ou sintomas associados a exposição. No entanto, em alguns casos observa-se ocorrência de sintomatologia sem evidência de sensibilização.

Palavras-chave: animais

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA RINITE EM DOENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DE PORTUGAL CONTINENTAL – ESTUDO ARPA

Mário Morais-Almeida*, Carlos Loureiro**, Ana Todo-Bom**, Carlos Nunes***, Celso Pereira**, Luís Delgado****, Mário Miranda****, Maria da Graça Castel-Branco****, Ana Macedo*****

*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; **Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra; ***Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão; ****Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto; *****KeyPoint, Consultoria Científica, Lisboa

Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13: 69-80.

Nos países Ocidentais, nos últimos decénios, verificou-se um aumento substancial na prevalência de sintomas alérgicos nasais; sub-diagnóstico e sub-tratamento são em geral dificuldades acrescidas para estes doentes, frequentemente com sintomas graves. Este estudo, aplicado em 2004, teve como objectivo determinar a prevalência e caracterizar a rinite alérgica, incluindo uma grande amostra populacional, seleccionada nos centros de saúde de Portugal Continental. Obtendo-se uma taxa de participação superior a 85%, foram analisados 6859 inquiridos, correspondendo a uma idade média (\pm dp) de 48.3 (\pm 18.6) anos (16 a 95 anos), com predomínio do sexo feminino (64.6%); 71% dos indivíduos residiam em zonas urbanas. As queixas nasais habituais foram referidas com frequências entre 21.5% e 33.4%; a prevalência estimada de rinite será de 26.1% (25% a 27%, IC 95%), sendo mais frequente no sexo feminino e na região do Alentejo; a menor prevalência foi encontrada no Algarve. Em 70.4% dos casos de rinite, estavam também associadas queixas oculares. Nos casos de rinite, 48% correspondiam a formas intermitentes e 52% a persistentes. Apenas cerca de um terço dos indivíduos com rinite foram previamente diagnosticados (30%) ou tomaram medicação no último ano (34%). Numa escala de gravidade de 0 a 10 pontos, o valor médio (\pm dp) foi de 6.1 (\pm 2.5) pontos, sendo considerada mais grave no sexo feminino, nos casos diagnosticados previamente ou que fizeram medicação e, a quem tinha sido solicitada a realização de testes cutâneos. Em conclusão, identicou-se uma significativa prevalência de rinite e de rinoconjuntivite, evidenciando-se uma clara situação de sub-diagnóstico e de sub-tratamento, em doentes com uma elevada gravidade de sintomas, traduzindo o significativo impacto destas doenças na população nacional.

Promotor: Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Patrocínio: Schering-Plough Farma

ALERGIA A PERCEVES NO CONTEXTO DA SÍNDROME ÁCAROS-CRUSTÁCEOS-MOLUSCOS-BARATAS

Susana Marinho¹, Ângela Gaspar¹, Mário Morais-Almeida¹, Idoia Postigo², Jorge Guisantes², Jorge Martínez^{2,3}, José Rosado-Pinto¹

Serviço de Imunoalergologia¹, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal
Departamento de Imunologia², Microbiologia e Parasitologia, Faculdade de Farmácia,
Universidade do País Basco, Vitoria, Espanha
Sweden Diagnostics Espanha³ SL, Laboratorio de Aplicaciones, Barcelona, Espanha
Revista Portuguesa de Imunoalergologia 2005; 13: 187-93.

Introdução: A tropomiosina dos invertebrados é o pan-alergénio que une crustáceos, moluscos, aracnídeos, insectos e parasitas, encontrando-se significativa homologia de sequência entre as proteínas dos vários grupos. Os perceves são um tipo de crustáceo particularmente apreciado e consumido no nosso país; no entanto, a alergia a este crustáceo é uma situação bastante rara da qual só existe um trabalho publicado na literatura. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino, de 9 anos de idade, com asma brônquica, rinoconjuntivite alérgica e eczema atópico, sensibilizada a ácaros e baratas. Aos 7 anos, 10 minutos após a primeira ingestão de perceves refere síndrome de alergia oral, angioedema periorbitário e rinoconjuntivite. Aos 8 anos, ocorreram 4 episódios semelhantes após ingestão de caracol, camarão, lula e choco (referindo ingestão prévia destes alimentos sem queixas). Aos 9 anos, refere episódio de urticária da face e angioedema periorbitário com inalação de vapores de cozedura de camarão. Foram realizados testes cutâneos por *prick* que se revelaram positivos para perceves, camarão, caracol, lula, choco, polvo e amêijoia em natureza, e para gamba, caranguejo e mexilhão com extractos comerciais. Os doseamentos de IgE específica sérica revelaram-se positivos para camarão, caracol, lula, polvo e amêijoia, bem como para perceves e tropomiosina recombinante. Foi efectuado *SDS-PAGE immunoblotting* com extracto de perceves que revelou várias fracções alergénicas com grande variação de pesos moleculares (19-88 kDa); foi ainda efectuado estudo de inibição com *D.pteronysinus*, que inibiu várias fracções fixadoras de IgE no extracto de perceves. **Discussão:** Apresenta-se um caso raro de uma criança, com quadro de alergia respiratória associada a sensibilização a ácaros e baratas, com alergia alimentar a crustáceos – incluindo a perceves - e moluscos gastrópodes, bivalves e cefalópodes. Foram caracterizados os alergénios implicados na alergia a perceves e demonstrada a presença da tropomiosina como alergénio implicado, bem como a reactividade cruzada entre estes crustáceos e os ácaros.

DOENÇA(S) ALÉRGICA(S) DAS VIAS AÉREAS: RINITE E ASMA?

Susana Piedade, Susana Marinho, Ana Romeira, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa
XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)
(Comunicação oral)
Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: A rinite alérgica no mundo desenvolvido, constitui a doença crónica mais frequente em idade pediátrica, com prevalências que atingem os 30%, tal como se verifica em Portugal, tendo sido identificada como um factor de risco independente para a expressão de asma, bem como para a persistência dos sintomas, ficando por esclarecer se a asma representa uma progressão natural daquela que será uma doença única da via aérea.

Objectivo: Integrado no estudo ISAAC, através da aplicação de um modelo de regressão logística múltipla, pretendeu-se estudar factores de risco para asma num estudo epidemiológico transversal, incluindo crianças com idades entre os 9 e os 11 anos, residentes na área de Lisboa. **Métodos:** Com a colaboração do Ministério da Educação (Programa da Educação para a Saúde), efectuou-se a randomização de 40 escolas da área da grande Lisboa, permitindo incluir 1045 crianças, com o rácio masculino / feminino de 1, com uma média etária de 9.8 anos; durante o ano 2001, foram respondidos pelos pais inquéritos de auto-preenchimento, segundo a metodologia proposta para a fase II do estudo ISAAC. Estudou-se a influência de múltiplas variáveis, como factor de risco para o diagnóstico cumulativo de asma e para a ocorrência de sintomas no último ano. Para o tratamento estatístico usou-se o programa SPSS-PC.

Resultados: Foram incluídos na análise as variáveis significativas identificadas na análise univariada considerando o diagnóstico cumulativo de asma: diagnóstico pessoal de rinite - OR=4.3, 95%IC=3.2-5.8; p<0.001, contacto com gato fora casa primeiro ano de vida - OR=2.3, 95%IC=1.4-3.8; p=0.001, história materna asma - OR=1.9, 95%IC=1.1-3.3; p=0.017, história materna rinite - OR=1.7, 95%IC=1.1-2.5; p=0.011, diagnóstico pessoal eczema - OR=1.6, 95%IC=1.2-2.3; p=0.006, sexo masculino - OR=1.6, 95%IC=1.2-2.1; p=0.002, mãe fumadora primeiro ano de vida - OR=1.4, 95%IC=1.0-2.0; p=0.04, frequência infantário primeiro ano de vida - OR=1.4, 95%IC=1.0-1.9; p=0.04, e para a existência de queixas de asma no último ano: história pessoal de rinite - OR=7.5, 95%IC=5.1-11.0; p<0.001, e de eczema - OR=1.9, 95%IC=1.2-2.8; p=0.004.

Discussão: Numa amostra randomizada da população pediátrica, confirmou-se a rinite como o principal factor de risco independente para a ocorrência de asma, actual ou passada, em idade pediátrica. O diagnóstico precoce e o controlo da rinite, serão factores determinantes para a prevenção da asma.

DIA MUNDIAL DA ALERGIA: RASTREIO DE DOENÇAS ALÉRGICAS NO SPORT LISBOA E BENFICA

Miguel Paiva, Joana Caiado, Anna Ravasqueira, Ângela Gaspar, Elisa Pedro, Adozinda Antunes, Margarida Cortez, Susel Ladeira, Carlos Nunes, Manuel Branco Ferreira, Mário Morais de Almeida

Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Poster com discussão)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: No dia 8 de Julho 2005 comemorou-se, com várias acções, o Dia Mundial da Alergia, iniciativa promovida, a nível mundial pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e WAO (*World Allergy Organization*) e a nível nacional pela SPAIC.

Objectivos: Aumentar a percepção da importância crescente das doenças alérgicas; aumentar o conhecimento de profissionais de saúde, de doentes e do público em geral sobre estas patologias.

Métodos: Realização de um rastreio de doenças alérgicas no Sport Lisboa e Benfica. A todos os indivíduos que voluntariamente quiseram participar, foram efectuados: questionário de auto-preenchimento avaliando sintomas alérgicos, adaptado do estudo ISAAC; testes cutâneos por *prick* - TC (Multi-Test®II) para *D.pteronyssinus*, mistura de gramíneas, parietária, oliveira,

alternária e gato (extractos ALK-Abelló); avaliação funcional respiratória com determinação do VEMS, por dispositivo electrónico (Piko[®] 1).

Resultados: Foram avaliados 106 indivíduos, com uma média etária de 37,1±17,3 anos (6 a 76 anos), 54,7% do sexo feminino; 12 (11,3%) tinham menos de 15 anos. A análise das respostas permitiu encontrar as seguintes frequências.

	Sibilância (%)	Rinite (%)	Eczema (%)
Diagnóstico Cumulativo “Teve Alguma Vez”	34,9	58,5	24,8
Diagnóstico Actual “Teve no Último Ano”	24,5	53,8	18,1

Em 16% dos indivíduos o diagnóstico de asma tinha sido colocado por um clínico e em 21,2% existia um diagnóstico prévio de rinite; a 21,2% da amostra tinha sido diagnosticado eczema. Referiam clínica actual de pelo menos uma doença alérgica (asma e/ou rinite e/ou eczema) 61% dos indivíduos. Os TC eram positivos (pelo menos um dos aeroalergénios comuns) em 36,9% da amostra: *D.pteronyssinus*-20,4%; gramíneas-16,5%; oliveira-11,7%; gato-10,7%; parietária-8,7%; alternária-5,8%. Tiveram alguma vez hábitos tabágicos 43,3%, mantendo-se fumadores activos 28,3%. Referiam reacção adversa a algum alimento 5,7%, e a algum fármaco 12,5%. Referiam reacção a picada de himenópteros 11,5%. Observaram-se alterações do VEMS em 10,7%.

Conclusões: Na amostra estudada, um número muito expressivo encontra-se afectado por doenças alérgicas em actividade, com provável impacto nas actividades quotidianas. Estas iniciativas usando metodologia validada e rápida, contando com o apoio da comunicação social, permitem alertar para a dimensão sócio-económica deste problema de saúde pública, visando o diagnóstico e tratamento precoces, e a melhoria da qualidade de vida dos doentes alérgicos.

RASTREIO POPULACIONAL DE DOENÇA ALÉRGICA – DIA MUNDIAL DA ASMA 2005

Susana Piedade, Pedro Martins, Susana Carvalho, Miguel Borrego, Anália Matos, Joana Melo, Eduarda Serôdio, Adozinda Antunes, Cristina Santa Marta, Susana Marinho, Mário Morais de Almeida

Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Apoio e colaboração: Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia (Director: Dr.José Rosado Pinto) e Associação Portuguesa de Asmáticos (Presidente: Dra.Marianela Vaz)
XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: A doença alérgica constitui a nível mundial um problema de Saúde Pública, associando-se a um impacto social cada vez mais significativo, sendo essencial conhecer a realidade a nível comunitário, procurando sensibilizar a população para esta temática realçando que, sendo situações muito prevalentes e de morbilidade considerável, são controláveis.

Objectivos: Incluída nas acções comemorativas do Dia Mundial da Asma – Maio de 2005, efectuou-se um rastreio de doença alérgica em funcionários de uma instituição pública (Assembleia da República).

Métodos: Aos colaboradores que aceitaram o convite para participar no rastreio, aplicou-se um questionário de auto-preenchimento para identificação de patologia alérgica, adaptado do estudo ISAAC, realizando-se testes cutâneos por prick (TC) para aeroalergénios (*Dermatophagoides pteronyssinus* - Dpt, epitélio de gato, alternária e pólenes de gramíneas, oliveira e parietária), efectuando-se ainda espirometria.

Resultados: Foram avaliados 182 funcionários, 118 do sexo feminino, com média etária de 45 anos (24-67 anos). Dos indivíduos estudados, verificou-se que 64 (35.2%) apresentavam TC positivos para pelo menos um aeroalergénio; destes 64 funcionários atópicos, 38 eram do sexo feminino, com uma média etária de 44 anos (25-67 anos), sendo que em apenas 3 casos não foi identificada qualquer doença alérgica. Considerando os resultados dos TC efectuados, 48 (75%) foram positivos para Dpt, 10 (15.6%) para gato, 3 (4.7%) para alternária, 28 (43.8%) para gramíneas, 13 (20.3%) para parietária e 8 (12.5%) para oliveira. Relativamente à frequência de patologia entre os atópicos e na amostra global, foi identificada asma atópica em 27 (42.2% e 14.8% respectivamente), rinite atópica em 55 (85,9% e 30.2% respectivamente) e eczema atópico em 28 (43.8% e 15.4% respectivamente), sendo de 33.5% a percentagem de colaboradores acometidos de pelo menos uma doença atópica em actividade.

Conclusões: Confirmou-se, também nesta população, que cerca de um terço da população nacional se encontra acometida de doença atópica em actividade. A positividade dos TC evidenciou-se como um excelente marcador de patologia. A SPAIC em colaboração com outras entidades, como a APA e os vários serviços nacionais de Imunoalergologia, deverá continuar a promover iniciativas dirigidas à população em geral, contando com a divulgação da comunicação social.

MAPA POLÍNICO DA REGIÃO DE LISBOA: 2002-2005

Ângela Gaspar*, Mário Morais de Almeida*, Elsa Caeiro**, Rui Brandão**, José Rosado Pinto*

*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, **Departamento de Biologia, Universidade de Évora

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: A alergia a pólen é uma causa frequente de manifestações alérgicas. O conhecimento detalhado do mapa polínico de cada região é fundamental na abordagem, quer diagnóstica quer terapêutica, do doente com polinose. Nesse sentido, a SPAIC criou e tem vindo a promover a Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA), na qual se incluem os dados apresentados.

Objectivo: Conhecer o conteúdo polínico atmosférico da região de Lisboa e a sua evolução quantitativa e qualitativa, determinando os principais tipos polínicos presentes, avaliando a variação anual e interanual e estabelecendo o respectivo calendário polínico.

Material e Métodos: Monitorização diária e de uma forma contínua das contagens polínicas atmosféricas da cidade de Lisboa, com um colector volumétrico tipo *Hirst* modelo *Burkard*, desde o dia 15 de Fevereiro de 2002. A metodologia utilizada foi a padronizada pela RPA. Os tipos polínicos monitorizados foram seleccionados quer pela sua elevada concentração atmosférica quer pelas suas propriedades alérgicas.

Resultados: A contagem polínica total foi de 16004 grãos de pólen/m³ em 2002 (15Fev-31Dez), 45395 grãos/m³ em 2003, 52636 grãos/m³ em 2004 e 36236 grãos/m³ em 2005 (1Jan-30Jun). As famílias polínicas mais frequentes ao longo destes anos foram, por ordem decrescente: *Urticaceae*: 26-39% (*Urtica*: 13-31%; *Parietaria*: 8-13%); *Oleaceae* (*Olea europaea*): 9-14%; *Cupressaceae*: 6-20%; *Fagaceae*: 5-14% (*Quercus*: 3-12%; *Quercus suber*: 1-5%); *Poaceae*: 5-13%; *Plantanaceae* (*Platanus*): 4-12%. A análise comparativa interanual das contagens polínicas demonstrou diferenças, quantitativas e qualitativas. A análise do calendário polínico anual revelou a existência de uma única época polínica, de Janeiro a Julho, com valores polínicos mais elevados nos meses de Março a Maio. Todos os pólenes mais relevantes tiveram o pico de polinização mais intenso na Primavera (*Poaceae*: Maio-Junho; *Olea*: Abril-Maio; *Parietaria*: Março-Junho; *Platanus*: Março-Abril), com excepção do pólen de *Cupressaceae* com pico de maior incidência no Inverno (Fevereiro-Março).

Conclusões: Os pólenes de herbáceas *Urticaceae* foram os mais prevalentes; os outros pólenes mais frequentes foram, de árvores *Oleaceae*, *Cupressaceae*, *Fagaceae* e *Plantanaceae*, e de *Poaceae*. Este estudo permitiu identificar os principais tipos polínicos presentes na atmosfera de Lisboa e as respectivas épocas de polinização, não se confirmando uma época polínica mais intensa ou prolongada durante o corrente ano.

IS IT IMPORTANT TO MODIFY THE DETECTION LEVELS OF SPECIFIC IgE IN CLINICAL PRACTICE?

Mário Morais-Almeida*, Susana Piedade*, Ângela Gaspar*, Virgínia Loureiro**, José Rosado-Pinto*

*Imunoallergy Department, **Clinical Pathology Department, Dona Estefânia Hospital, Lisbon, Portugal

XXIV Congresso da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI), (Poster)

Munique, 26 de Junho a 1 de Julho de 2005

Background: In the study of allergenic sensitizations, skin prick tests (SPT) and the in vitro determinations of specific IgE (sIgE), are valuable methods. Recently a third generation method to the determination of sIgE was introduced and validated – Immulite 2000 Allergy; with this new method it is possible to decrease the cut-off of positivity to 0.10kU/l, below the classical reference of 0.35kU/l. But are these results lower than 0.35kU/l clinically relevant? Casuistic from Clinical Pathology Departments have shown that until 12% of sIgE determinations can be found between 0.10 and 0.35kU/l, namely for allergens as hymenoptera, drugs and foods; the same results were found in a epidemiological survey of hymenoptera sensitisation applied in Portugal. **Aim and Method:** To determine in 173 patients, children and adults, 141 with asthma and/or rhinitis (aged 1 to 67 years; 78 aged less than 15 years), the efficiency (sensitivity and specificity) of sIgE determinations using both positivity cut-offs 0.35 and 0.10kU/l. The in vitro method used was the Immulite 3gAllergy from Diagnostic Products Corporation. **Results:** None of the controls had sIgE concentrations higher than 0.10kU/l. From the 409 sIgE determinations performed, in 40 (9.8%) there was sIgE concentrations below 0.35kU/l, being in 29 samples detected sIgE concentrations >0.10 and <0.35kU/l, allowing the determinations of 100% in terms of specificity and sensitivities of 90.2 and 97.3% for both cut-offs in study, respectively >0.35 and >0.10 kU/l. In what concern these

previously false negative, in 71.4% it was found positive immunoblots (all negative in controls). The lower detection limiar was not related with lower specificity, but with a significant higher sensitivity similar to the SPT performance. **Conclusions:** These data are particularly relevant in the clinical validation of in vitro methods, but also when the early identification of allergenic sensitisation, as in the first years of life, can had a prognosis value for allergy expression later in life, as to recommend prophylatic measures; in addition prospective surveys had already pointed out the importance of detection of this low levels of sIgE.

INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA AO LEITE DE VACA – QUEM, PORQUÊ, QUANDO, COMO E ONDE?

Mário Morais de Almeida, Susana Piedade, Ângela Gaspar, Susana Marinho, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: Frequentemente, na criança, a alergia alimentar é um fenómeno transitório; no entanto, com ou sem predisposição familiar, pode ser muito persistente. A indução de tolerância pode constituir uma alternativa para as formas mais persistentes, embora careça ainda de validação.

Métodos: Nos últimos 2 anos, temos vindo a utilizar um protocolo de indução de tolerância oral com leite de vaca (LV), em jovens com APLV de longa duração de apresentação IgE mediada, com risco anafiláctico, tendo permitido alcançar a ingestão diária de doses significativas. Para documentação e troca de experiências, apresentam-se dois casos clínicos de jovens alérgicos ao LV, discutindo metodologia, critérios de selecção e resultados, bem as dificuldades do procedimento:

CFL, sexo masculino, nascido em 1990, APLV longa duração, IgE mediada, desde o 1º mês de vida; contactos accidentais com LV relacionados com urticária / angioedema e dificuldade respiratória baixa; em 2001, prova de provocação (PP) com leite – anafilaxia com dose cumulativa de 76ml; em Julho 2003, PP leite positiva (anafilaxia) com 38ml. Em Agosto de 2003, início de indução de tolerância – de 30 a 200ml de LV/ dia em 2 semanas, descrevendo-se a evolução sintomática e os acidentes; diminuição significativa até negatização da reactividade dos testes cutâneos para leite total, mantendo reactividade para proteínas LV e os níveis de IgE específica para LV. Tolera actualmente ingestão de LV superior a 1000ml/dia.

DCC, sexo masculino, nascido em 1994, APLV longa duração desde o 4º mês de vida; contactos accidentais com LV relacionados com episódios de anafilaxia. TC positivos, concentrações de IgE específica para LV com aumentos progressivos apesar da evicção (até 350 KUA/l). PP leite positiva (anafilaxia) em 2004 com 11ml e Julho de 2005, com 10ml. Indução de tolerância - em três dias reacção sistémica com 80ml, tolerando 40ml após uma semana; ao 3º dia, diminuição significativa da reactividade cutânea para leite total (de 8mm para 3mm de diâmetro médio), mantendo reactividade semelhante para proteínas do LV.

Discussão: Demonstrámos que é possível reduzir o risco de anafilaxia, em jovens nos quais a exposição accidental se pode tornar muito mais provável. No futuro, os protocolos de indução

de tolerância deverão estar dependentes do melhor conhecimento dos mecanismos imunitários subjacentes e o uso de anticorpos monoclonais anti-IgE pode vir a constituir um adjuvante importante desta metodologia.

HYPERSENSITIVITY TO INHALED CORTICOSTEROIDS – WHAT IS THE ROLE OF SKIN TESTS?

Ana Romeira, Teresa Almeida, Luís M. Borrego, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXIV Congresso da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI),
(Poster)

Munique, 26 de Junho a 1 de Julho de 2005

Resumo: A asma e a rinite alérgica são as doenças alérgicas mais prevalentes, sendo utilizada terapêutica com corticoides inalados para o seu controlo. A ampla utilização destes fármacos aumentou o risco de reacções de hipersensibilidade. Pela sua importância no controlo das doenças alérgicas é crucial encontrar uma alternativa terapêutica, nos casos de reacções de hipersensibilidade. Os testes cutâneos são úteis para alcançar este objectivo. Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de uma criança do sexo feminino, 14 anos de idade, com asma desde os 10 anos. Iniciou terapêutica com budesonido inalado (Miflonide® aerolizer) referindo 4 dias mais tarde urticária peribucal, que persistiu após suspensão do fármaco. Foi reiniciada terapêutica surgindo 5 dias mais tarde prurido orofaríngeo, rouquidão e odinofagia. Após suspensão da medicação ocorreu resolução do quadro. Foram efectuados testes cutâneos por picada com budesonido e fluticasona, que foram negativos. Os patch tests foram positivos com budesonido e negativos com fluticasona. Foi medicada com fluticasona (Flixotaide® diskus) sem intercorrências. Conclusões: As reacções de hipersensibilidade podem ocorrer com corticóides inalados. A reacção descrita neste caso clínico é do tipo retardado, sendo os testes cutâneos importantes para a confirmação diagnóstica e alternativa terapêutica. Os corticóides inalados são a terapêutica de primeira linha para o plano terapêutico das doenças alérgicas crónicas. A existência de diferentes moléculas nesta família de fármacos é muito importante para a escolha de uma alternativa terapêutica segura.

HOSPITAL DE DIA NA HIPERSENSIBILIDADE A FÁRMACOS: SEGURANÇA DAS PROVAS DE PROVOCAÇÃO

Susana Palma-Carlos, Susana Carvalho, Teresa Almeida, Carlos Braga, Miguel Borrego, Ana M Romeira, Ângela Gaspar, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC),
(Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

O Hospital de Dia tem um papel cada vez mais preponderante na abordagem da hipersensibilidade a fármacos, quer na confirmação diagnóstica, quer na obtenção de

alternativas terapêuticas adequadas, através do recurso às provas de provocação. Por este motivo foi nosso objectivo avaliar os riscos associados a este tipo de procedimentos.

Realizou-se um estudo retrospectivo, no qual foram incluídas todas as provas realizadas entre Janeiro de 2001 e Junho de 2005, correspondendo a um total de 209 provas em 160 indivíduos. Durante as provas são monitorizados os parâmetros vitais e registadas as reacções adversas.

A idade média foi de 19,3 anos \pm 18,7; sendo que 17,7 % tinham idade inferior ou igual a 15 e 82,3% idade superior a 15 anos de idade. Os fármacos utilizados foram, na sua maioria, β -lactâmicos (48,8%) e antiinflamatórios não esteróides (39,9%). 64,7% das provas foram realizadas com intuito diagnóstico e 35,3 % com intuito de encontrar uma alternativa terapêutica.

Apenas 20 provas (9,6%) foram positivas, 65 % com reacções imediatas e 35% com reacções tardias. As imediatas foram sobretudo mucocutâneas (urticária/angioedema, 69,2%), gastrointestinais (38,5%) ou respiratórias (7,7%). Em geral reverteram com corticoterapia e antihistamínico; houve apenas um caso de anafilaxia com necessidade de administração de adrenalina. As reacções tardias foram mucocutâneas (urticária/angioedema/rash) e gastrointestinais (vómitos/dor abdominal), ligeiras ou moderadas, controladas com antihistamínico e corticóide. Não houve necessidade de proceder a nenhum internamento.

Em conclusão, as provas de provocação foram associadas a baixa ocorrência de reacções adversas (10%). As reacções tardias não se associaram a risco de vida, apesar de algumas terem ocorrido fora do ambiente hospitalar. Estes resultados permitem afirmar que as provas de provocação são, em geral, seguras e a conduta adoptada é adequada.

ANAFILAXIA A MANDIOCA: IDENTIFICAÇÃO DO ALERGÉNIO RESPONSÁVEL PELA REACTIVIDADE CRUZADA COM LÁTEX

Ângela Gaspar¹, Pedro Martins¹, Graça Pires¹, Monika Raulf-Heimsoth², Hans-Peter Rihs², Teresa Fonseca³, Rita Murta³, Mário Morais de Almeida¹, José Rosado Pinto¹

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; ²Research Institute for Occupational Medicine (BGFA), Bochum, Alemanha; ³Amerlab-DPC, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Poster com discussão) - Prémio SPAIC / Schering Plough 2005 - Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: A existência de reactividade cruzada entre mandioca (*Manihot esculenta*) e látex foi previamente documentada pelos autores (*Allergy* 2003;58:683-4), permitindo adicionar este vegetal à lista, crescente, de alimentos implicados na síndrome látex-frutos.

Objectivo: Identificar o alergénio implicado na reactividade cruzada entre látex e mandioca.

Métodos: Estudaram-se dois casos clínicos de doentes alérgicas ao látex, com 54 e 41 anos, com anafilaxia após ingestão de mandioca. Foram efectuados: testes cutâneos por *prick* (TC) para látex (extractos comerciais) e mandioca (alimento em natureza); determinação sérica de IgE específica para látex e mandioca (*CAP system*®); estudo do perfil de sensibilização alérgica ao látex por painel alargado de alergénios individuais recombinantes (*CAP system*®) e naturais purificados (método EAST): rHev b 1, nHev b 2, rHev b 3, rHev b 5, rHev b 6.01, rHev b 7, rHev b 8, rHev b 9, rHev b 10, rHev b 11, rHev b 12 e nHev b 13. Foram realizados, em ambos os casos, *SDS-PAGE immunoblotting* com extracto de mandioca e de látex e estudos de inibição (*AlaBLOT*®inhibition, DPC, Los Angeles).

Resultados: Caso 1: Os TC foram positivos com látex e mandioca. A IgE específica foi positiva para látex (67,4kU/l) e para mandioca (5,1kU/l). O estudo com o painel de alérgenos demonstrou IgE específica para rHev b 5 (19kU/l) e para nHev b 13 (0,8kU/l). Caso 2: Os TC foram positivos com látex e mandioca. A IgE específica foi positiva para látex (>100kU/l) e para mandioca (40,1kU/l). O estudo com o painel de alérgenos demonstrou IgE específica para rHev b 1 (91,3kU/l), nHev b 2 (1,5kU/l), rHev b 3 (2,8kU/l), rHev b 5 (>100kU/l), rHev b 6.01 (>100kU/l), rHev b 7 (0,5kU/l), rHev b 8 (0,5kU/l), rHev b 9 (0,6kU/l), rHev b 10 (0,4kU/l), rHev b 11 (31,9kU/l), rHev b 12 (0,5kU/l) e nHev b 13 (18,9kU/l).

Foram efectuados, em ambos os casos, *immunoblotting* com extracto de mandioca e extracto de látex, que se revelaram positivos. O estudo de inibição (*AlaBLOT[®]inhibition*, DPC, Los Angeles) com o alérgeno recombinante Hev b 5, revelou uma inibição significativa do extracto de mandioca de 100% e 64%.

Conclusões: O alérgeno do látex Hev b 5, alérgeno *major* nos profissionais de saúde, foi identificado como o alérgeno responsável pela ocorrência de reactividade cruzada com mandioca, não existindo até à data documentada outra associação clara deste alérgeno na síndrome látex-frutos, à excepção com o kiwi.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA HIPERSENSIBILIDADE ÀS CEFALOSPORINAS, REFLEXÕES A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Teresa Almeida, Susana Palma-Carlos, Susana Carvalho, Paula Leiria Pinto, José Rosado Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC),
(Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Actualmente, na abordagem diagnóstica de hipersensibilidade às cefalosporinas, não está ainda definido o valor preditivo dos testes cutâneos. As concentrações utilizadas nos testes intradérmicos também variam com os diferentes autores. Em geral, a positividade dos testes conduz à suspensão da marcha diagnóstica. Apresentam-se 2 casos clínicos para discussão da abordagem diagnóstica.

- Doente 18 anos, sexo feminino, referenciada à consulta por episódio de urticária, angioedema e artralhas, 30 minutos após 6^a toma de amoxicilina (AMX) com ácido clavulânico. O episódio motivou internamento hospitalar, tendo revertido em 3 dias, com a administração de antihistamínico. Foram doseadas IgE específicas para penicilina (Pen) G, Pen V e AMX, que foram negativas. Os testes cutâneos em picada com os determinantes *major* (PPL) e *minor* (MDM) da Pen, Pen G, AMX com ácido clavulânico e cefuroxime, foram também negativos. Os testes intradérmicos foram negativos para PPL, AMX com ácido clavulânico e cefuroxime (2,5 mg/ml) e duvidosos para o MDM. Optou-se pela realização de prova de provocação aberta com cefuroxime, que foi positiva (urticária, epigastralgia e vômitos 10 minutos após toma de 10 mg).

- Criança de 4 anos, sexo masculino, com insuficiência renal crónica terminal sob diálise peritoneal com vários internamentos hospitalares por peritonite. No último internamento desenvolve urticária aguda e angioedema no decurso da administração intra-peritoneal de vancomicina e ceftazidima que reverte com lavagem intraperitoneal e terapêutica com antihistamínico. É referido reaparecimento da urticária com a utilização de ceftazidima isolada,

pelo que a substituem por cefazolina, sem reacção. Com o intuito de ser instituída quimioprofilaxia é referenciado à consulta para testar a cefradina. Foi realizado teste cutâneo em picada com o fármaco que foi negativo. O teste intradérmico foi negativo para a concentração de 2,5 mg/ml e positivo para 25 mg/ml. Atendendo à inexistência de alternativas terapêuticas realiza-se prova de provocação com cefradina, que foi negativa.

Em conclusão, recomenda-se a utilização da concentração de 2,5 mg/ml nos testes intradérmicos para evitar o sobrediagnóstico de hipersensibilidade às cefalosporinas. A negatividade dos testes deve conduzir à realização de provas de provocação. No entanto, podem ocorrer reacções sistémicas, em geral de fácil controlo, pelo que as provas devem ser realizadas em meio hospitalar.

CAMARÃO – “...MAS VOCÊS COMEM AS CABEÇAS??”

Sónia Rosa¹, Natália Fernandes², Susana Piedade¹, Teresa Fonseca³, Rita Murta³, Sara Prates¹, Cristina Santa Marta¹, José Rosado Pinto¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, ² Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente S.A., Lisboa, ³ DPC Amerlab

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Resumo: Uma das dificuldades na alergia a crustáceos é a variabilidade no padrão de reactividade. Um dos factores a considerar é a eventual sensibilização a alérgenos específicos de espécie. Além da tropomiosina, proteína muscular de cerca de 36 Kd, e da arginina kinase, proteína de 40 Kd também presente no músculo, outros determinantes alérgénicos existem, embora menos bem caracterizados. Objectivos: Apresentamos os casos clínicos de 3 doentes alérgicos ao camarão com um padrão de reactividade invulgar e discutimos a problemática da abordagem diagnóstica nesta situação. Resultados: Nos últimos 12 meses foram consecutivamente observados na consulta 3 adultos com história de alergia ao camarão, cujos dados de anamnese sugeriam que a reacção era desencadeada apenas quando ingeriam a “cabeça”. Os testes cutâneos por *prick* com extractos comerciais de camarão foram negativos. Os testes *prick* com o alimento em natureza foram negativos com o “corpo” e positivos com a “cabeça”. O doseamento de IgE específica sérica (Immulite 2000) foi positivo num dos casos (0,86 kU/L) e negativo nos restantes. No estudo por immunoblotting (AlaBlot), apenas no doente com IgE positiva foram observadas várias bandas, entre os 34 e os 87 kD. Nos três casos foi confirmada a tolerância à ingestão do “corpo” do camarão. Discussão: Nos 3 casos que apresentamos, a reactividade clínica exclusiva à “cabeça” do camarão sugere a existência de alérgenos presentes nesta estrutura e ausentes, ou pouco abundantes no tecido muscular. Os extractos fornecidos pelas casas comerciais, para diagnóstico *in vivo* e *in vitro*, poderão não conter os alérgenos relevantes. Por outro lado, uma franca positividade dos métodos *in vitro* pode coexistir com a ausência de reactividade clínica, dificultando ainda mais o diagnóstico. Os testes cutâneos com o alimento em natureza foram o método de diagnóstico mais fiável.

DEFICIÊNCIA DE FACTOR C3 – UM CASO CLÍNICO

Pedro Martins, Ângela Gaspar, José Rosado-Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)
(comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Revista Portuguesa de Imunoalergologia (*in press*)

O sistema de complemento é um componente essencial do sistema imunitário inato, pelo que as deficiências de proteínas da sua complexa cascata podem ter consequências mais ou menos grave, de acordo com a importância do factor afectado. As complicações mais usuais das deficiências do complemento, são infecções recorrentes a bactérias encapsuladas e distúrbios autoimunes. Neste trabalho os autores apresentam um caso clínico de deficiência do factor C3, situação extremamente rara, discutindo brevemente a fisiopatologia, apresentação clínica, investigação laboratorial e abordagem terapêutica.

EXPOSIÇÃO A ANIMAIS DOMÉSTICOS E RISCO DE ASMA – ESTUDO POPULACIONAL

Susana Marinho, Susana Piedade, Ana Romeira, Ângela Gaspar, Mário Morais de Almeida, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC),
(Poster com discussão)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Introdução: Existem múltiplos estudos com dados controversos relativamente à associação entre exposição a animais e doença alérgica.

Objectivo: Caracterizar a exposição a animais de uma amostra randomizada de crianças e relacioná-la com a prevalência de asma.

Métodos: Foram analisados os dados do questionário ISAAC Fase II, aplicado em 2001 a uma amostra randomizada de 1045 crianças (9-11 anos), residentes na região de Lisboa. Foram consideradas as questões relativas a asma alguma vez na vida (*ever*) e no último ano (*actual*). Foi também avaliada a prevalência e características da exposição a animais, actual ou no 1º ano de vida. Foi efectuada uma análise estatística de factores de risco para asma relativamente à exposição a animais, uni e multivariada, utilizando o teste de X^2 e regressão logística.

Resultados: A prevalência de asma *ever* foi de 36.4% e a de asma actual foi de 15.2%. No que diz respeito a contacto actual com animais de companhia verificou-se que 22.8% das crianças têm cão e 9.2% têm gato em casa, 3.4% das crianças têm outros animais com pêlo, 24.4% têm pássaros e 6% outros animais. Quanto ao contacto actual fora de casa com animais (pelo menos uma vez por semana), 46.2% das crianças referiram contacto com cão, 20.3% com gato, 8.6% animais de quinta e 7.7% outros animais. No que diz respeito a contacto com animais em casa, durante o 1º ano de vida, 11.6% referiram cão, 4.9% gato, 1% outros animais com pêlo, 11.9% pássaros e 2.2% outros animais. Às questões relativas a contacto fora de casa (pelo menos uma vez por semana), durante o 1º ano de vida, 19.1% referiram cão, 8.1% gato, 5.1% animais de quinta e 3.1% outros animais. Da análise univariada de factores de risco para asma actual, não

foi identificado qualquer significado estatístico relativamente à exposição, actual ou passada, a animais. No que diz respeito à análise relativa a asma *ever*, foi encontrada associação com contacto fora de casa com cão ($p=0.02$) ou com gato ($p=0.002$) no 1º ano de vida, tendo ainda sido identificada uma tendência para o contacto actual com cão em casa ($p=0.05$). No modelo de regressão logística múltipla para asma *ever* foi identificado como factor de risco independente o contacto fora de casa com gato no 1º ano de vida (OR=2.3, IC95% 1.4-3.8, $p=0.001$).

Discussão: A exposição a gato foi identificada como factor de risco independente para asma, não se tendo evidenciado qualquer factor de protecção no contacto com animais na prevenção da asma em crianças portuguesas.

ANAFILAXIA ALIMENTAR GRAVE – É IMPORTANTE NOTIFICAR?

Natália Páris Fernandes¹, Sónia Rosa², Pedro Martins², Sara Prates², José Rosado Pinto²

¹Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente S.A., Lisboa

²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Comunicação oral)

Porto, 12 a 15 de Outubro

Resumo: A alergia alimentar é uma das causas mais frequentes de anafilaxia. Em Portugal, ao contrário de outros países, não existe um sistema de notificação da anafilaxia alimentar.

Objectivos: Caracterizar clinicamente a anafilaxia alimentar grave e avaliar os principais parâmetros clínicos a notificar. **Métodos:** Foram analisados por amostra de conveniência os registos clínicos de doentes com alergia alimentar, observados em consulta entre 2001 e 2005. O diagnóstico de alergia alimentar baseou-se na história clínica, testes cutâneos por *prick* e prova de provocação oral (quando não contra-indicada). Foram incluídos no estudo os casos de anafilaxia alimentar grave, classificados de acordo com critérios actuais. **Resultados:** Da população alvo ($n= 386$ registos) identificaram-se 36 casos de anafilaxia alimentar grave (34 doentes). A relação M/F encontrada foi de 2,0/1. A média etária à data da reacção foi de 8,9 anos (15 dias a 60 anos), evidenciando-se um predomínio do grupo dos 0 aos 3 anos (21 doentes).

Identificaram-se os seguintes alergénios: leite de vaca (10 casos), peixe (10), crustáceos (6), ovo (3), frutos frescos (3), leite de cabra (2) e caracol (2). Estratificando a população por grupos etários verificou-se uma variabilidade da relevância do alergénio com a idade: grupo dos 0 aos 3 anos - peixe (10 casos), leite de vaca (9) e ovo (2); 4 aos 6 anos - crustáceos (2), leite de vaca (1), ovo (1) e leite de cabra (1); 7 aos 12 anos - leite de cabra (1); idade superior a 12 anos - crustáceos (4), frutos frescos (2) e caracol (2). Foram descritas manifestações clínicas cutâneas em 34 casos (94,4%), respiratórias em 34 (94,4%) e cardiovasculares em 6 (16,7%). Em 19 casos (52,8%) a reacção alérgica ocorreu até 10 minutos após a ingestão, em 12 (33,3%) até 30 minutos, em 2 (5,5%) até 60 minutos e em 2 até 6 horas.

A reacção alérgica ocorreu por ingestão acidental em 28 casos (77,8%) e em prova de provocação hospitalar em 8 (22,2%). Realizaram terapêutica 31 casos (86,1%), dos quais 21 (58,3%) em meio hospitalar: corticosteróide (14), anti-histamínico (13), adrenalina (8), broncodilatador (5), não especificado (15). Existia o diagnóstico concomitante de asma em 17 doentes e de outra alergia alimentar em 13. **Conclusões:** Salienta-se a importância do peixe, do

leite de vaca e dos crustáceos como alergénios potencialmente causadores de reacções graves. A notificação sistemática da anafilaxia alimentar poderá contribuir para uma melhoria das medidas preventivas e terapêuticas.

ANAFILAXIA RECORRENTE – A CRUA VERDADE

Cristina Santa Marta, Susana Piedade, José Rosado Pinto
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa
XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC),
(Poster com discussão)
Porto, 12 a 15 de Outubro

A anafilaxia recorrente é uma entidade clínica pouco frequente, que pressupõe um inquérito clínico rigoroso no sentido de excluir todas as causas. O registo dos acontecimentos ocorridos no passado imediato de cada reacção, constitui um elemento essencial para o diagnóstico etiológico.

Apresentamos o caso clínico de uma doente de 51 anos de idade, enviada à nossa consulta a partir do serviço de urgência (SU) do Hospital de S. José com quadro de anafilaxia recorrente.

Em Maio de 2003 recorreu ao SU, com quadro de urticária generalizada, angioedema da face, náuseas, dor abdominal, rouquidão e dificuldade respiratória, de início súbito, durante uma refeição; fez terapêutica IM e EV, tendo alta após 12h, saindo medicada com cetirizina e deflazacort. Foi por nós observada 24h após a alta. Tratava-se do sexto episódio com as mesmas características nos últimos 6 meses, tendo recorrido sempre ao SU, onde efectuou terapêutica parentérica, com alívio progressivo da sintomatologia em cerca de 2h. Dada a relação temporal inequívoca com as refeições, pressupôs-se a etiologia alimentar, pelo que se pediu à doente um registo dos alimentos ingeridos antes de cada novo episódio, sendo prescrito *kit* de adrenalina.

Nas consultas subsequentes registaram-se oito novos episódios e, diferentes alimentos foram suspeitados (testes cutâneos (TC) por *prick* e doseamentos de IgE específica), sempre com resultados inconclusivos. Em Fevereiro de 2004 a doente teve uma reacção sistémica, com edema da glote, após ingestão de ovo mexido, alimento que sempre referiu tolerar. A avaliação retrospectiva dos vários registos confirmou a presença de ovo cru nas diferentes refeições que desencadearam os vários episódios de anafilaxia. Uma posterior ingestão de fatia dourada reproduziu o quadro clínico.

Os TC foram positivos para o extracto comercial de gema e clara de ovo, bem como para gema e clara cruas e, negativos para gema e clara cozidas; doseamentos de IgE específica: clara -12,4 kUA/L, ovalbumina -13,40kUA/L.

Os autores apresentam este caso como exemplo das dificuldades associadas ao diagnóstico da alergia alimentar, sobretudo quando as reacções ocorrem após a ingestão de múltiplos alimentos, bem como da importância insubstituível dos registos dietéticos. Por outro lado, também a etiologia da alergia alimentar consoante o grupo etário deve, a cada momento e sempre que necessário, ser questionada.

MÚLTIPLOS ALIMENTOS, MÚLTIPLAS MANIFESTAÇÕES, MÚLTIPLOS MECANISMOS

Susana Piedade, Cristina Santa Marta, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), (Poster com discussão)

Porto, 12 a 15 de Outubro

A alergia alimentar tem vindo a aumentar a sua prevalência constituindo um desafio na prática imunoalergológica.

Apresentamos o caso clínico de uma criança de 3 anos de idade, com antecedentes familiares de atopia, enviado à consulta de Imunoalergologia, a partir da consulta de Gastrenterologia Pediátrica, aos 4,5 meses (M) de idade por quadro de eczema atópico e proctocolite. Cumpria aleitamento misto desde o nascimento e, 15 dias antes desta consulta, foi-lhe prescrita fórmula láctea extensamente hidrolisada com melhoria clínica (cutânea e gastrintestinal). Realizou testes cutâneos por *prick* (TC) que foram negativos para leite de vaca (LV) e fracções proteicas.

Após introdução de arroz e trigo (aos 5 M e 10 M), re-inicia queixas de proctocolite, melhorando com a evicção dos mesmos. Nesta sequência repetem-se TC que foram negativos para trigo, arroz, soja, LV e positivos para clara e gema de ovo.

Com 13 M, 2 min. após ingestão de bolachas de milho e soja (com eventuais vestígios de ovo): episódio de urticária, angioedema e crises esternutatórias. Os TC foram então positivos para LV, β -lactoglobulina, trigo, peixes e gato e negativos para soja. Os doseamentos de IgE específica foram negativos para LV, soja, trigo, milho, peixe, ácaros e positivos para clara – 50,1KUA/L, gema – 7,98KU/L e pêlo de gato – 1,64KUA/L.

Aos 19 M, após prova de provocação oral negativa com soja, foi introduzida soja na sua dieta. Tolerou iogurtes de soja e reagiu com urticária aguda à ingestão de sopa de soja. Os TC com alimentos em natureza foram positivos para soja crua e cozida, negativos para iogurte de soja e extracto comercial de soja.

Aos 20 M, introduz peixe na dieta com agravamento do eczema, seguido de quadro de vómitos, sangue e muco nas fezes.

Sob evicção de LV, trigo, arroz, peixe, ovo, soja e carne de aves, a criança manteve-se assintomática, admitindo-se como diagnóstico: alergia às proteínas do LV não IgE-mediada, alergia ao trigo e ao arroz não IgE-mediada, provável alergia ao ovo IgE-mediada, alergia à soja e ao peixe IgE-mediada.

Aos 24 e aos 29 M introduz na dieta arroz e LV respectivamente, sem reaparecimento da clínica.

Os quadros clínicos de alergia alimentar múltipla têm sido cada vez mais observados na nossa consulta, evidenciando-se este caso pelo facto de estarem envolvidos diferentes alérgenos condicionando distintas manifestações clínicas, com diversos mecanismos etiopatogénicos.

URTICÁRIA AO FRIO: UMA REALIDADE EM CARACTERIZAÇÃO

Susana Piedade, Mário Morais de Almeida, Ângela Gaspar, Sónia Rosa, Cristina Santa Marta, Sara Prates, Graça Pires, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

XXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC)
(comunicação oral) - Prémio SPAIC / Schering Plough 2005
Porto, 12 a 15 de Outubro
Revista Portuguesa de Imunoalergologia (*in press*)

Introdução: A urticária ao frio (UF), habitualmente considerada como benigna e autolimitada, é muitas vezes não diagnosticada nem devidamente valorizada. No entanto, pode ser causa de reacção sistémica grave, potencialmente fatal.

Objectivos e Métodos: De forma a aprofundar o conhecimento sobre esta patologia, avaliámos 16 doentes com UF, caracterizando a clínica, etiologia e duração da doença.

Resultados: A média etária foi de 18,3 anos (7-54 anos), com predomínio de crianças (69%) e do sexo masculino (63%). O início dos sintomas ocorreu entre os 3 e os 46 anos. Em 5 doentes foi adquirida tolerância, variando a duração da doença entre 2 e 7 anos (média-3,8 anos). Nos 11 doentes que mantinham sintomas, o tempo médio da doença foi 4,3 anos (1-9 anos). As queixas eram do tipo imediato em todos os doentes, ocorrendo sobretudo no decurso de actividades aquáticas, mas também com exposição a ar frio, chuva, neve, ingestão de alimentos frios e manipulação de objectos frios. O padrão clínico foi do tipo I (urticária/angioedema localizado) em 4 doentes, do tipo II (urticária/angioedema generalizado, sem hipotensão) em 6, e do tipo III (reacção sistémica grave) em 6 (dos quais 5 eram crianças). O teste do cubo de gelo foi positivo em todos os casos, à excepção de 2 casos de UF atípica. Na maioria dos doentes com padrão clínico tipo III, o teste foi positivo com ≤ 3 minutos de estimulação. A maioria dos casos (81%) correspondeu a UF adquirida idiopática, destacando-se 3 casos de UF adquirida secundária: 1 criança com crioglobulinémia primária e 2 com uma forma secundária a infecção por vírus Epstein-Barr. Nenhum doente tinha história familiar de UF. Em 3 doentes a UF associava-se a outra urticária física: urticária colinérgica (2) e urticária aquagénica (1). A melhoria sintomática foi obtida em todos os doentes com anti-histamínico H₁ (isoladamente ou em associação). Foi prescrito kit de adrenalina nos casos com padrão clínico tipo III.

Conclusões: A UF adquirida idiopática é o tipo mais frequente, destacando-se 3 casos raros de UF secundária, um a crioglobulinémia primária e dois a mononucleose infecciosa. A quantificação do resultado do teste do cubo de gelo revelou-se importante para a avaliação da gravidade da doença e para o seguimento do doente. A UF manifestou-se, num elevado número de doentes (38%), por reacção sistémica grave, particularmente em crianças e durante actividades aquáticas, realçando a importância do reconhecimento desta entidade clínica.

EGG ALLERGY – A CASE REVIEW

Sónia Rosa¹, Ana Margarida Romeira¹, Carlos Braga¹, Susana Oliveira², Sara Prates¹, Graça Pires¹, José Rosado Pinto¹

¹Serviço de Imunoalergologia; Hospital Dona Estefânia, Lisboa

²Unidade de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Funchal, Funchal

XXIV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, (Poster com discussão)

Munique, 26 de Junho a 1 de Julho de 2005

Resumo: O ovo é uma causa importante de alergia alimentar em idade pediátrica e é o segundo alimento mais frequentemente implicado (28,5%), logo a seguir ao leite, nas reacções de hipersensibilidade a alimentos na população pediátrica do nosso serviço.

É habitualmente considerada uma situação transitória e tem tendência a diminuir com a idade. A sensibilização ao ovo é um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas respiratórios e para a posterior sensibilização a aeroalergenos.

Objectivo: Caracterizar a população do nosso serviço com alergia IgE mediada ao ovo.

Material e Métodos: Seleccionaram-se 53 indivíduos com o diagnóstico de alergia ao ovo, com base na história clínica, sintomas e nos testes cutâneos por prick e doseamento de IgEs específicas. Resultados: A idade média da população estudada foi de 6,9 anos (11 meses a 16 anos). A relação feminino:masculino foi de 1:2,3. A introdução do ovo na dieta da criança foi efectuada, em média, aos 13 meses (4 meses a 354 meses). O aparecimento dos primeiros sintomas ocorreu, em média, aos 6 meses (4 meses a 192 meses).

Na maioria dos casos os sintomas de apresentação foram mucocutâneos (79,2%) seguidos dos sintomas gastrintestinais (28,3%) e respiratórios (22,6%). 9,4% dos doentes apresentava sintomas de contacto e 3,8% tinham sintomas após inalação de vapores de cozedura.

Relativamente aos antecedentes pessoais, a dermatite atópica foi a entidade mais frequente 64%, seguida da asma brônquica 50,9%, rinite alérgica 37,7% e alergia alimentar 32%.

Actualmente, há 25 doentes que toleram ovo: 5 toleram apenas gema cozida, 18 toleram ovo cozido. Conclusões: Existem poucos estudos a caracterizar as populações com alergia ao ovo.

O conhecimento da história natural desta entidade pode proporcionar uma abordagem adequada e permite fornecer melhor informação aos doentes relativamente ao curso e prognóstico da mesma.

ASSOCIATION BETWEEN FOOD ALLERGY AND OTHER ALLERGIES – ARE THERE DIFFERENCES?

Sónia Rosa, Ana Margarida Romeira, Graça Sampaio, Pedro Martins, Sara Prates, Graça Pires, José Rosado Pinto

Serviço de Imunoalergologia; Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XXIV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, (Poster) Munich, 26 de Junho a 1 de Julho de 2005

Resumo: A nossa experiência clínica diária tem-nos indicado que a alergia a determinados alimentos poderá representar um risco mais elevado. O objectivo deste estudo foi verificar se existem diferenças na prevalência de outras doenças alérgicas em três grupos de crianças alérgicas a três alimentos diferentes. Também foram pesquisadas eventuais diferenças nas manifestações clínicas. Métodos: Seleccionámos três grupos de crianças, seguidas na nossa consulta externa, com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos, com alergia alimentar: Grupo A: alergia às proteínas do leite de vaca (n=45); Grupo B: alergia ao ovo (n=30); Grupo C: alergia ao peixe (n=14). A média etária foi de 7,5 anos nos três grupos. Em cada um dos grupos analisámos o tipo de manifestações de alergia alimentar (mucocutâneas, gastrintestinais e respiratórias) e a prevalência de doenças alérgicas associadas: asma brônquica (AB), rinite (R) e eczema atópico (EA). Os resultados foram comparados com os resultados obtidos a partir do estudo ISAAC relativamente à nossa população em geral. Resultados: os sintomas mucocutâneos foram os mais prevalentes em todos os grupos (89%, 77% e 93% respectivamente). Os sintomas gastrintestinais são menos prevalentes no Grupo B do que nos outros grupos (47%, 27%, 45%). Os sintomas respiratórios são muito mais comuns no grupo C (7%, 27%, 58%). No que diz respeito a outras doenças alérgicas coexistentes, o Grupo A

apresenta a menor prevalência (AB: 36%, R: 40%, EA: 22%). No grupo B a doença alérgica mais prevalente é o EA (66%), sendo a prevalência de AB de 57% e a de R de 50%. No Grupo C a AB apresenta a maior prevalência (71%), seguido pelo EA (57%) e pela R (50%). Em todos os grupos a prevalência de outras doenças alérgicas é mais elevada do que na população geral pediátrica. Conclusão: Os diferentes Grupos apresentam diferenças, quer nas suas manifestações clínicas, quer nas outras doenças alérgicas associadas. A alergia ao ovo demonstrou a mais elevada associação com EA. A alergia ao peixe tem uma elevada frequência de sintomas respiratórios e uma forte associação a AB. O conhecimento destas diferenças pode levar a um melhor acompanhamento destes doentes.

ALERGIA ALIMENTAR – MANUAL DE SOBREVIVÊNCIA...

Mesa Redonda - “O ambiente, a criança e o adolescente - patologias emergentes”

Sara Prates.

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

A alergia alimentar resulta de uma reacção de hipersensibilidade a alimentos, de base imunológica. Pode ser mediada pela produção de anticorpos IgE (alergia alimentar IgE mediada) ou ter subjacentes mecanismos dependentes de outras células e mediadores do sistema imunitário (alergia alimentar não IgE mediada). As manifestações clínicas de alergia alimentar podem ser muito variadas, evidenciando o envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas, com predomínio do atingimento muco-cutâneo, gastrintestinal e respiratório. As manifestações de tipo imediato (IgE mediadas) podem ser graves, acarretando risco de vida, pelo que não devem ser subestimadas.

A ampla diversidade de apresentações clínicas levanta várias dificuldades diagnósticas, especialmente quando estão em causa patologias crónicas e multifactoriais, como a asma brônquica e a dermatite atópica, ou quando se confia excessivamente nos resultados dos meios auxiliares de diagnóstico *in vivo* e *in vitro*, eles próprios com valores predictivos negativo e positivo variáveis. O diagnóstico exige uma interpretação cuidadosa e integrada dos dados da clínica, exames laboratoriais e resultado das dietas de evicção e/ou provas de provocação.

Os alergénios alimentares mais importantes variam entre as diferentes populações, em função dos hábitos alimentares predominantes e do grupo etário estudado. Na nossa população em idade pediátrica o leite e o ovo são os mais frequentes, seguidos do peixe e do trigo. A partir da idade escolar começa a ganhar expressão outro tipo de alimentos, como os crustáceos, o amendoim, frutos secos e frutos frescos.

O tratamento da alergia alimentar assenta fundamentalmente na evicção dos alimentos identificados e responsabilizados pelo quadro de alergia. Embora à primeira vista pareça simples, exige um grande investimento e pode ter um grande impacto na vida e no bem estar da criança e da família. As rotinas de preparação e consumo das refeições podem sofrer grandes alterações; nas compras, os pais e as crianças mais velhas devem habituar-se a ler atentamente os rótulos e aprender a identificar a presença do alimento em causa, mesmo quando aparece sob uma designação diferente; comer fora de casa, nomeadamente em festas ou restaurantes, traz um risco acrescido. Há que salientar que na maioria dos casos graves ou fatais o alimento foi ingerido inadvertidamente pelo doente. Na escola, a criança com alergia alimentar pode

também correr vários riscos: nem sempre as pessoas responsáveis se encontram sensibilizadas para a potencial gravidade da doença e a necessidade de uma evicção rigorosa pode ser subestimada; é difícil controlar a tendência natural das crianças para partilhar os alimentos; a criança com alergia alimentar pode sentir-se excluída em ocasiões especiais, como festas de anos; algumas actividades escolares podem envolver a manipulação de produtos alimentares, a qual pode ser suficiente para desencadear sintomas (ex: elaboração de pastas de moldar ou tintas para pintar com as mãos à base de farinha de trigo).

No que diz respeito ao tratamento de emergência, é necessário elaborar planos de actuação escritos, que devem incluir informação que permita ao doente e/ou aos pais identificar os sintomas de alarme e definir critérios para utilização da terapêutica. Caso se considere que se trata de um doente de alto risco anafiláctico (história prévia de reacções graves, asmático ou alérgico a alimentos habitualmente associados com reacções graves), deve ser prescrito kit para autoadministração de adrenalina e as pessoas que contactam mais de perto com a criança devem ser informadas e treinadas na sua utilização. Após a terapêutica inicial da reacção o doente deve sempre ser observado em meio hospitalar, onde deverá permanecer em vigilância algumas horas, dado o risco de reacções bifásicas.

A escola deve ser o mais possível envolvida nos planos de acção preventiva e de emergência. Os adolescentes devem ser encorajados a informar os amigos mais próximos sobre a sua alergia alimentar e sobre o modo de actuação em caso de reacção. Nos casos de alto risco, devem trazer sempre consigo um kit de adrenalina. A sua administração precoce pode fazer a diferença entre uma reacção controlada e uma reacção fatal.

SERVIÇO DE NEUROPEDIATRIA

DIRECTORA: DR^a. EULÁLIA CALADO

STEREOTYPIES IN RETT SYNDROME – ANALYSIS OF 65 PORTUGUESE PATIENTS

Temudo T¹, Santos MJ², Dias K³, Moreira A³, Vieira JP³, Oliveira G⁴, Calado E³, Levy A⁵, Carrilho I⁶, Fonseca MJ⁷, Dias A⁸, Lobo Antunes N⁹, Cabral P¹⁰, Monteiro JP⁷, Gomes R¹¹, Barbosa C¹¹, Sequeiros J¹², Maciel P¹³

¹Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal; ²IBMC, Porto, Portugal; ³HD Estefânia, Lisboa, Portugal; ⁴H Pediátrico, Coimbra, Portugal; ⁵H Santa Maria, Lisboa, Portugal; ⁶H Maria Pia, Porto Portugal; ⁷H Garcia Horta, Almada, Portugal; ⁸H D Estefânia, Lisboa, Portugal; ⁹CADIM, Lisboa, Portugal; ¹⁰H Egas Moniz, Lisboa, Portugal; ¹¹H Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal; ¹²Unigene IBMC, Porto, Portugal; ¹³Universidade do Minho, Braga, Portugal

6th European Pediatric Neurology Society, EPNS Congress

Rett Syndrome (RS) was discovered by Andreas Rett, a Viennese paediatrician, when he noticed that two girls who were waiting for his consultation presented the same movement disorder: hand stereotypes.

Hand stereotypes may be in the midline, with symmetrical movements of both hands or with hands apart. Behind hand stereotypes there are also other type of stereotypes involving other parts of the body.

We analysed stereotypes in 65 patients who fulfilled the revised diagnostic criteria for RS. All the patients were videotaped and stereotypes were classified based on the video and the information registered on the database. The age of observation ranged between 1,5 year and 32 years and 61% were classified as classical forms. In 64/65 DNA study was performed and 60% had MECP2 mutations (32 classical, 3 congenital and 4 preserved speech forms).

All the patients have hand stereotypes: 80% hand washing and the remaining other type of stereotypes. The rate of MECP2 mutations was the same in both groups. Some stereotypes behind hand washing seem to be quite specific of this syndrome: hair pulling with one hand (7/7 with MECP2 mutations), body balance with shifting of body weight (3/3 with MECP2 mutations), intermittent leg elevation and tapping of the floor (3/3 with MECP2 mutations) and intermittent toe walking (4/4 with MECP2 mutations). One girl with a MECP2 mutation has symmetrical feet stereotypes.

We conclude that behind hand washing other type of manual stereotypes or stereotypes involving other body parts may appear in RS and that some of them seem to be specific of this condition.

NEUROMUSCULAR DISORDERS IN PORTUGUESE PAEDIATRIC POPULATION – PRELIMINARY STUDY

Santos, Manuela A¹; Fineza, Isabel²; Moreno, Teresa³; Cabral, Pedro⁴; Ferreira, José Carlos⁴; Silva, Rita⁵; Vieira, JP⁵; Moreira, A⁵; Dias, Ana I⁵; Calado E⁵; Monteiro, J Paulo⁶; Fonseca, M José⁶; Moço, C⁷; Carrilho, Inês¹; Barbot, C¹; Furtado, F⁸; Levy, A³; Fagundes, F⁹

¹Hospital Crianças Maria Pia, Porto, Portugal; ²Hospital Pediátrico Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal; ⁴Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal; ⁵Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal; ⁶Hospital Garcia Orta, Almada, Portugal; ⁷Hospital Faro, Faro, Portugal; ⁸Hospital Évora, Évora, Portugal; ⁹Hospital Angra Heroísmo, Angra Heroísmo, Portugal

Purpose: The aim of this work was to know the number and the type of neuromuscular disorders observed in neuropediatric outpatient clinics in Portugal.

Methods: Child neurologists were asked to fulfil an inquiry consisting of date of birth, residence and origin of patients, diagnosis and investigation performed.

Results: We had reports of 607 patients, observed for the last 10 years, from the three multidisciplinary neuromuscular unities and from six other centres. Three centres didn't answer.

Main disorders reported were: Dystrophinopathies 152 patients: DMD 130, DMB 22. Sarcoglycanopathies 34 patients: LGMD2C 19; LGMD2E 10; LGMD2D 4; 1 not characterized; LGMD1B (lamina/C) 3 patients, LGMD2I 1 patient, LGMD not classified 17 patients, Fasciocapulohumeral Dystrophy 12 patients. Congenital Muscular Dystrophy was reported in 46 patients: merosine negative 17, Ullrich 3 patients, DMC1C in 1 patient, others are merosine positive and still under study. Myotonic Dystrophy was reported in 37 patients. Others myopathies were multiminicore 5, centronuclear 7, myotubular 3, nemalinica 8, central core 3; congenital myasthenia 10; congenital miotonia 9, metabolic myopathies 17, 11 of which are mitochondrial. In 39 patients myopathy could not be classified. In the group of neuropathies, we found HSMN 40, congenital 5, others 4. Ninety-one patients had Spinal Muscular Atrophy (34 SMA I; 30 SMA II; 13 SMA III, Distal 1; Autosomal Dominant 3, others 10).

Comments: It is the first time in Portugal that we have an approximate number of these disorders. As expected, myopathies are the larger group, with dystrophinopathies being 25% of all neuromuscular disorders found. SMA is a very important group namely types I and II. This work must be regarded as a preliminary study. It was an important step for clinics but also to political entities and to patients associations since it may help to plan the support for these patients.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA CRIANÇA – CASUÍSTICA DA CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Elisabete Gonçalves, Cláudia Cristovão, Ana Isabel Dias, Ana Moreira, José Pedro Vieira, Eulália Calado

Reunião Nacional Sociedade Portuguesa de Neuropediatria sobre “Doenças Cérebro-Vasculares na Criança” - Hospital de Santa Maria, (Comunicação oral)

Lisboa, 14 e 15 Janeiro 2005

Objectivos: Caracterizar a população seguida na Consulta de Neuropediatria, com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos das crianças seguidas nesta Consulta nos últimos três anos, por AVC. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, raça, tipo de AVC, factores de risco pessoal e familiar/ etiologia, apresentação clínica, território vascular atingido, estudo imagiológico e laboratorial, terapêutica, recorrência e sequelas.

Resultados: Num total de trinta e dois doentes, catorze eram do sexo feminino e dezoito do sexo masculino. Em dez casos (31%) o AVC ocorreu *in útero*. O tipo de AVC mais frequente foi o isquémico (26 casos – 81%). A etiologia foi identificada em catorze (44%) das crianças, não tendo sido possível defini-la em dezoito. Relativamente aos antecedentes destaca-se a cardiopatia congénita em doze crianças, das quais 4 tiveram o AVC no pós-operatório imediato. Os doentes com AVC pós-natal apresentaram um quadro neurológico agudo, com sinais focais. A RMN permitiu concluir que o território da artéria cerebral média foi o mais frequentemente atingido. Na maioria dos doentes houve uma melhoria progressiva do quadro neurológico mas apenas seis tiveram uma recuperação completa

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL EM 11 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Manuela Ferreira, Sandra Jacinto, Ana Isabel Dias, Ana Moreira, Eulália Calado, Margarida Guimarães, José Pedro Vieira

Reunião Nacional Sociedade Portuguesa de Neuropediatria sobre “Doenças Cérebro-Vasculares na Criança” - Hospital de Santa Maria (Comunicação oral)

Lisboa, 14 e 15 Janeiro 2005

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC), rara em idade pediátrica, pode causar sequelas neurológicas potencialmente graves e incapacitantes.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo das crianças internadas no HDE com o diagnóstico de TVC, entre Janeiro de 1996 e Dezembro de 2004 (oito anos).

Resultados: Foram identificados 11 doentes com trombose venosa cerebral, dois recém-nascidos e nove crianças e adolescentes (5 meses a 16 anos).

Foi identificado o factor etiológico em todos os casos (meningite-2, otomastoidite-6, desidratação hipernatremica-1, lúpus eritematoso disseminado-1 e presumível doença autoimune neonatal por transferência de anticorpos maternos-1). O estudo de coagulação revelou a presença de factores protrombóticos em quatro crianças; duas tinham mais de um factor protrombótico.

O quadro clínico mais frequente foi o de hipertensão intracraniana (cefaleias, parésia do VI par e estase papilar); nos doentes com envolvimento do seio longitudinal superior ocorreram também letargia e convulsões. Em todos os doentes a trombose envolveu o seio lateral; em quatro o seio longitudinal superior; em um o seio recto e em um o seio cavernoso.

Cinco doentes foram sujeitos a anticoagulação (heparina, heparina de baixo peso molecular e varfarina) sem complicações decorrentes desta. Cinco crianças necessitaram de terapêutica para a hipertensão intracraniana, uma das quais com colocação shunt lombo-peritoneal.

Dois doentes ficaram com sequelas neurológicas atribuíveis à trombose venosa. Não se observaram recorrências até à data; não houve recanalização em duas das 11 crianças de que dispomos de exames RM de controle.

Conclusões: A literatura sobre TVC tem acumulado evidência de que há um risco considerável de sequelas neurológicas. A TVC idiopática é claramente rara nas crianças, sendo frequentemente associada a patologias do foro otorrinolaringológico. O papel dos factores protrombóticos permanece por definir nomeadamente quanto às implicações terapêuticas. A anticoagulação parece melhorar o prognóstico desta situação nos adultos. A probabilidade de recanalização pode depender da localização da trombose, sendo menos frequente no seio lateral.

PARALISIA CEREBRAL E EPILEPSIA

Sandra Jacinto, Eulália Calado

Reunião da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (comunicação oral)

Lisboa, 7 Maio de 2005

XXXIIIème Réunion de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique (poster)

Girona, 20 Maio de 2005

Objectivo: Caracterizar a epilepsia em crianças com Paralisia Cerebral (PC).

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo de dados da história clínica, terapêutica, EEG e imagiologia de crianças seguidas na Consulta de Neuropediatria do Hospital Dona Estefânia.

Resultados: Foram incluídas 98 crianças, sessenta e duas com tetraparésia, 30 com hemiparésia e 6 com diplegia.

Nas tetraparésias, 77% foram de termo com asfixia perinatal em 46%. Ocorreram convulsões neonatais em cerca 50%. Na imagiologia predominam a encefalomalácia multiquística, lesões dos núcleos da base e atrofia cerebral e/ou dilatação ventricular.

Nas hemiparésias, 80% foram de termo. Determinou-se etiologia pós-natal em 30% e pré-natal em 20%. A epilepsia iniciou-se em média aos 3,6 anos. O EEG mostrou actividade paroxística focal em 60%.

Nas diplegias, 83% eram pré-termo e 50% teve convulsões neonatais. O início da epilepsia ocorreu, em média aos 2 anos. Todas apresentam leucomalácia periventricular.

Conclusões: Neste grupo com PC, as hemiplegias e tetraplegias, representam 94% dos casos com epilepsia. Mais de metade das crianças iniciou convulsões no 1º ano de vida (34% no período neonatal). Os espasmos infantis verificaram-se em aproximadamente um terço dos casos de diplegia e tetraplegia e em 16% das hemiplegias. A idade de início da epilepsia é mais tardia nas hemiplegias.

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DO SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Catarina Gouveia, Isabel Fragata, Orquídea Freitas, Teresa Almeida, Ana Moreira, Eulália Calado

Reunião Interdepartamental do Hospital D. Estefânia,

Lisboa 11 de Novembro de 2005

Introdução: O Síndrome Hemofagocítico (SHF) é uma doença rara, potencialmente fatal, que resulta da proliferação incontrolada de linfócitos e histiocitos, que infiltram tecidos e órgãos, e conduzem a um estado de hipercitocinemia. A forma de apresentação clínica é muito variável e o envolvimento do sistema nervoso central é frequente (60% casos), podendo antecipar, complicar ou mesmo dominar o quadro clínico.

Doentes e métodos: Com o objectivo de descrever as principais alterações neurológicas associadas a esta síndrome, os autores discutem os sintomas e sinais neurológicos mais frequentes, alguns aspectos relativos à neuroimagem, diagnóstico diferencial e prognóstico, exemplificando com três casos clínicos recentes

Comentários: Salienta-se a importância da monitorização cuidadosa do envolvimento do sistema nervoso central nestes doentes, que implica diferente orientação terapêutica e que condiciona negativamente o prognóstico.

ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Alexandra Emilio, Manuel Manita^a, Cláudia Cristovão^b, M. Silva^b, Orquídea Freitas^b, Teresa Almeida^b, Lígia Braga^b, Eulália Calado^a

^aNeurologia Pediátrica ^bImunohematologia do HDE

2^a Reunião Ibérica de Neuropediatria (Comunicação oral)

Estoril, 13-15 de Outubro de 2005

Reunião Clínica do Serviço 2 do HDE

Lisboa, 8 de Novembro de 2005

Introdução. : A Drepanocitose (Hb SS) está associada a um elevado risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico na idade pediátrica (11% até aos 20 anos). A terapêutica transfusional regular em doentes de elevado risco, identificados pela velocimetria no doppler transcraniano (DTC), reduz significativamente o número de AVC, tendo esta indicação sido adoptada no nosso hospital nos últimos anos.

Objectivos: Descrever a população pediátrica com Drepanocitose (Hb SS) seguida na consulta de Hematologia: situação hematológica, eventos neurológicos registados, controlo por DTC e terapêutica transfusional em curso.

Métodos: Avaliação retrospectiva dos processos clínicos da consulta de Hematologia com recolha de parâmetros demográficos, hematológicos (laboratoriais e clínicos), história de AVC, velocimetrias no DTC e eventual terapêutica transfusional.

Resultados: Foram identificadas 44 crianças Hb SS com um seguimento médio de 6 anos (1 a 20 anos). Destes, 6 crianças (13.3%) sofreram uma lesão vascular cerebral isquémica antes ou durante o acompanhamento (previamente ao controlo sistemático por DTC). Todas apresentavam uma evolução “grave” da doença e 5 tinham velocimetrias anormais no DTC aquando do evento neurológico. Estão em regime transfusional 11 crianças: as seis com história de AVC, duas por alteração no DTC e 3 por outras razões, não se tendo registado nenhuma lesão de novo desde que o iniciaram.

Conclusões: A percentagem de crianças com lesão vascular cerebral nesta população é semelhante à da literatura. A relação entre ocorrência de AVC e gravidade dos parâmetros hematológicos e alteração do DTC e a evolução benigna após terapêutica transfusional realça a necessidade de generalização destes procedimentos.

TROMBOFILIA COMO UM DOS FACTORES DE RISCO PARA O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM PEDIATRIA

Marina Rita Soares^a, C. Santos^b, P. Santos^c, Orquídea Freitas^d, Teresa Almeida^d, Eulália Calado^e

^aServiço 1 de Pediatria . ^dHematologia. ^eNeuropediatria. Hospital de Dona Estefânia. Lisboa.

^bPediatria. Hospital Distrital de Cascais.. ^cHematologia, Hospital de Egas Moniz, Lisboa.

2^a Reunião Ibérica de Neuropediatria (Comunicação oral)

Estoril, 13-15 de Outubro de 2005

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma causa de mortalidade e morbidade em Pediatria; a sua incidência é de 2,5 casos em cada 100,000 crianças/ano. A etiologia é

frequentemente multifactorial, podendo ser a cardiopatia congénita e a trombofilia hereditária condições predisponentes.

Doentes e métodos: Os autores apresentam dois casos clínicos, o primeiro de uma criança com persistência do foramen ovale, que aos sete anos sofre AVC isquémico e o segundo de uma criança com antecedentes familiares de avó paterna com AVC aos trinta e quatro e quatro anos, com diagnóstico de taquicárdia fetal às trinta semanas de gestação e que no período neonatal é diagnosticado AVC isquémico. Da investigação etiológica efectuada nos dois casos salienta-se no estudo de trombofilia, homocigotia para hiperhomocisteinemia mutação MTHFR e heterocigotia para a mutação 5G/4G do Inibidor activador plasminogénio-1.

Conclusões: Nos casos apresentados foram identificados mais do que um factor de risco. O rastreio de trombofilia justifica-se em crianças que tenham tido um AVC. É importante a identificação dos factores de risco para determinar o prognóstico e delinear medidas de actuação.

WEST SYNDROME: A 22 YEAR EXPERIENCE IN A NEUROPEDIATRICS DEPARTMENT

Carla Moço; Rita Soares; Alexandra Emílio; Eulália Calado; José Pedro Vieira; Ana Moreira; Ana Isabel Dias

6th European Paediatric Neurology Society, EPNS Congress (poster)

Goteborg, Sweden, 14-17 Setembro, 2005

Background: In the last two decades ACTH has been contested as the first choice in West syndrome (WS). Of the newer antiepileptic drugs only Vigabatrin has been considered an alternative.

Aim: Overview of the treatment and outcome of WS in the last two decades in our department and evaluate changes in our medical practice.

Methods: A retrospective analysis of clinical records of all children with WS registered in our data base, followed between 1983 and 2004. Sex, age of onset, classification (symptomatic or cryptogenic), therapy and outcome were evaluated.

Results: A total of 58 patients were identified, with a follow-up between one and 19 years. Mean age of onset was 6,4 months within a range of 1-21 months. 84% were symptomatic (hypoxic ischemic encephalopathy most frequent) and 15% cryptogenic. ACTH was first line in 50% of patients and second or third option in 20%. Vigabatrin (since 1998) was the first drug in 32% and second choice in 13%. Prednisolone has been used in 12%. Of the 41 patients treated with ACTH, 30 (73%) had resolution of hypsarrythmia against 44% in Vigabatrin group. In the last 6 years Vigabatrin was the first choice in 56% (18 patients) but 6 needed ACTH to resolve spasms; in the same period we used first ACTH in 31% (10 patients) and only one required Vigabatrin to clear hypsarrythmia. Subsequently epilepsy was more frequent (75%) and more refractory to therapy (37%) in the symptomatic group as compared to the cryptogenic group (55 and 14% respectively). Overall development was normal in 19% of all patients (66% in the cryptogenic group).

Conclusion: Our results are in agreement with other studies concerning WS outcome and treatment response. In the last years we have tried to avoid the use of ACTH but Vigabatrin still does not fulfil our expectations

PARALISIA CEREBRAL E OSTEOPOROSE: O PAPEL DA VITAMINA K

Alexandra Emílio, M. Rita Soares, Eulália Calado

XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria (poster)

Braga, 21-23 Abril 2005

Introdução: As fracturas são uma morbidade comum em crianças e adolescentes com paralisia cerebral e doenças neuromusculares, muitas delas experimentando episódios repetidos ao longo da vida. A baixa densidade óssea secundária à inactividade e desnutrição, a rigidez articular, os fracos reflexos de defesa posturais às quedas e traumatismos e as crises epilépticas com contracção muscular violenta (bem como alguma da medicação antiepiléptica) são factores que determinam esta maior susceptibilidade às fracturas patológicas neste grupo, devido à fraca mineralização óssea.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma jovem de 12 anos, com paralisia cerebral (secundária a esquizencefalia e estenose do Aqueduto de Sylvius) e tetraparésia espástica, epilepsia e antecedentes de fracturas patológicas do fémur esquerdo. A osteodensitometria realizada aos 12 anos mostrou grave osteoporose.

Discussão: É urgente adoptar uma estratégia preventiva da osteoporose nas crianças com limitações motoras graves. Resultados de estudos recentes dão relevância ao papel da vitamina K2 no metabolismo ósseo, como co-factor da gama-carboxilase, essencial à carboxilação da osteocalcina, que promove a mineralização óssea normal. Estas crianças parecem ser fortes candidatos a um suplemento com vitamina K, vitamina D e cálcio, diminuindo o risco de fracturas patológicas e melhorando a sua qualidade de vida a longo prazo.

NEUROPATIA INDUZIDA PELO CARBAMATO

Catarina. França Gouveia^a, Manuel Manita^a, Margarida Marujo^b, Lurdes Ventura^c, Deolinda Barata^c, José Pedro Vieira^a

^aNeurologia Pediátrica. ^bUnidade Cuidados Intensivos Pediátricos

Comunicação oral na 2ª Reunião Ibérica de Neuropediatria, Estoril, 13-15 de Outubro de 2005

Introdução: A polineuropatia tardia induzida pelo carbamato é rara e surge geralmente duas semanas após exposição ao tóxico. Apresenta-se como uma polineuropatia simétrica, distal, de predomínio motor. Estão descritas disfunções periféricas, de predomínio craniano e proximal, de início mais precoce, designado por síndrome intermediário.

Caso Clínico: Rapaz, 16 meses, internado por afogamento e aspiração acidental de carbamato. Apresentou quadro grave de toxicidade colinérgica aguda (sialorreia, miose, sudorese, contracção muscular generalizada e edema pulmonar) e subsequente síndrome de dificuldade respiratória aguda com necessidade de ventilação prolongada e corticoterapia, mesmo após melhoria do quadro pulmonar. Após extubação verificou-se estar vigil, com afonia, disfagia, diparésia facial tipo periférico, hipotonia cervical, limitação da excursão torácica e hipotonia generalizada com arreflexia dos membros superiores e marcada hiporreflexia dos membros inferiores, na ausência de sinais piramidais. RM crânio-encefálica com atrofia córtico-subcortical moderada. A recuperação iniciou-se de forma progressiva e após três meses apresentava discreta disфонia, deambulava sem ajuda, com esboço de pé pendente à direita e tinha hiporreflexia dos membros superiores, mas sem alterações cognitivas relevantes.

Comentários: Criança com quadro neurológico compatível com disfunção neuropática de predomínio craniano, cervico-torácico e dos membros superiores. Embora não se possa excluir lesão de etiologia multifactorial (ventilação, curarização e corticoterapia prolongada), o predomínio craniano, o tempo de instalação e a evolução sugerem uma complicação tardia associada ao carbamato. Salienta-se que após recuperação de um quadro grave de intoxicação por carbamato pode surgir um quadro de neuropatia com importantes implicações terapêuticas e de prognóstico.

IRMÃOS SEM DIAGNÓSTICO

Elisabete Gonçalves, Eulália Calado

Reunião da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (Comunicação oral)

Lisboa, 7 Maio de 2005

Introdução: As doenças geneticamente determinadas são conhecidas desde há muito. Os avanços recentes da Genética Médica tornaram possível o reconhecimento de muitos novos síndromes. Contudo nem sempre é possível a confirmação dum diagnóstico específico, quer clínica, bioquímica ou geneticamente. Nestes casos a reavaliação periódica da criança durante anos é mandatória.

Casos Clínicos: Apresentamos o caso de dois irmãos de sexo diferente, raça branca, filhos de pais consanguíneos, que têm uma história comum, no período neonatal, de Torcicolo Congénito e de Estenose Hipertrófica do Píloro. Desde os primeiros meses que foi notado um atraso global de desenvolvimento, associado a dismorfias faciais (assimetria marcada da face) e sindactilia; ambos vieram a ter uma epilepsia, de fácil controlo. O rapaz, actualmente com vinte e três anos tem um atraso mental grave, ausência completa de linguagem e graves perturbações do comportamento. A rapariga, de onze anos, é idêntica e apresenta períodos de grande agitação. Toda a seriada investigação etiológica nomeadamente na área da Neurogenética e da Imagiologia foi inconclusiva. Na ausência de etiologia identificável para esta história familiar, apresenta-se a evolução, documentada com vídeos, para se discutirem hipóteses diagnosticas

DÉFICE DE CICLOHIDROLASE (DISTONIA DOPA SENSÍVEL) AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Manuel Manita¹, Ana Moreira¹, Eulália Calado¹, Laura Vilarinho²

1-Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa; 2 – Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães, Porto

Congresso de Neurologia (Comunicação oral)

Lisboa., 19-21 Nov.2005,

Sinapse, vol.5; nº2 CB 21

Introdução: O défice de actividade da enzima ciclohidrolase leva à diminuição da síntese de múltiplos neurotransmissores, entre os quais se destaca a dopamina, com o quadro clínico dominado pela instalação precoce de um síndrome parkinsonico e distónico com flutuações acentuadas ao longo do dia e uma marcada resposta à levodopa. Não são habitualmente referidas na literatura alterações neuropsiquiátricas relevantes.

Caso Clínico: Adolescente, avaliada inicialmente aos 14 anos, com dificuldades motoras desde a infância, diagnosticando-se atraso cognitivo e síndrome parkinsonico acentuados e perfil

neuroquímico do liquor compatível com défice de ciclohidrolase (diminuição da neopterinina, biopterina, ácido-5-hidroxiindolacético e ácido homovanílico) com melhoria franca com levodopa em dose baixa. Reinternada aos 16 anos, após interrupção da levodopa, por reagramento do quadro parkinsoniano agora também com abulia/adinamia, alucinações visuais e comportamento desadequado, que respondeu à levodopa, risperidona e amitriptilina. A redução da actividade da ciclohidrolase foi atestada em cultura de fibroblastos da pele. História familiar pesada para atraso cognitivo, síndrome parkinsoniana e esquizofrenia compatível com padrão autossómico dominante (défice de ciclohidrolase confirmado numa irmã).

Conclusão: O diagnóstico de défice de ciclohidrolase, causa de parkinsonismo pediátrico, foi confirmado pelos exames efectuados. Neste caso, destacam-se as alterações neuropsiquiátricas associadas e a extensão da família afectada conhecida, quer com perturbação do movimento, quer com atraso cognitivo e esquizofrenia, aspectos não valorizados na literatura.

PARTNERS IN EPILEPSY (PIE): INTERNATIONAL EPILEPSY MANAGEMENT WITH ELECTRONIC RECORDS REGISTRY SYSTEM: DATA ANALYSIS IN PAEDIATRICS

L. Lagae^a, E. Calado^b, J. Cross^c, A. Gil-Nagel^d, K. van Rijkevorsel^e
^aPaediatric Neurology. Hospitals KULeuven. Leuven. ^bNeurologia Pediátrica. Hospital D. Estefânia. Lisboa. ^cGreat Ormond St. Hospital NHS Trust. St. Hospital NHS Trust. London - United Kingdom. ^dNeurologia. Hospital Ruber Internacional. Madrid. ^eNeurology. Saint Luc University Hospital. Brussels.

6th European Paediatric Neurology Society, EPNS Congress, (poster)

Goteborg, Sweden, 14-17 Setembro, 2005

2ª Reunião Ibérica de Neuropediatria, (poster)

Estoril, 13-15 de Outubro de 2005

Background: Study current practices and clinical outcomes, based on naturalistic data, as well as to identify needs in epilepsy management.

Methods: Electronic record management in daily clinical practice (demographics, aetiology, syndrome, treatment) in epilepsy centres in Belgium, France, Portugal, Spain, Switzerland and United Kingdom: data were analysed in 979 children.

Results: Aetiology was entered in 29% of records: cortical/development disorders/malformations were the most frequent cause (48/281), 35% did not fall into a predefined category. Epilepsy syndrome was defined in 32% of cases, of which 47% had partial epilepsy, 35% generalised, 14% undetermined, and 3% special syndromes. At the date of the last consultation (median 6 months), 42% of children were seizure-free. Among the children still presenting with seizures, partial seizures were the most frequent seizure type, present in 52% (median: 2/month; range: 0-600/month). Antiepileptic drugs (AEDs) were prescribed in 96% of the cases. The most common AEDs were: valproic acid (59%), carbamazepine (37%), lamotrigine (23%), topiramate (15%); 82% were on monotherapy, 12% on two, 5% on three, and 1.4% on four AEDs. The most common AED combinations were lamotrigine/valproate (11%), topiramate/valproate (9%), carbamazepine/lamotrigine (4%), carbamazepine/valproate (4%). Side effects not commonly reported and occurred at lower incidence than according to adult records.

Conclusions: Registry analyses provided valuable information on epilepsy characteristics, outcome and AED use in children. Partial epilepsy was the most common type identified. In the majority, however, the epileptic syndrome was not recorded. Four in ten were seizure-free at the last consultation. The majority received monotherapy. Side effects not often reported.

EEG NEONATAL.

Mesa Redonda - “Formação contínua e reflexo no desempenho profissional”

Ana Isabel Dias.

Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

Com o desenvolvimento da Neonatologia no HDE, nomeadamente após a abertura da nova Maternidade, verificava-se, de um modo cada vez mais premente, a necessidade de uma resposta eficaz a nível do EEG neonatal. Enquanto responsável pelo Laboratório de Electroencefalografia deste Hospital, esta era precisamente uma das áreas em que a minha formação tinha incidido menos, em que sentia mais dificuldades e poucas eram as pessoas com quem podia trocar impressões e tirar dúvidas. Assim surgiu a motivação para procurar fazer um estágio num centro especializado que fosse uma referência internacional nesta área. Foi fácil obter os contactos e o acordo do responsável do Laboratório de EEG neonatal do Hospital Arnaud de Villeneuve, em Montpellier (França). Foi fácil obter a autorização do HDE e ultrapassar alguns aspectos burocráticos e logísticos. Em Fevereiro 2005 realizei um estágio de um mês naquele centro, exclusivamente dedicado à realização de EEG a recém-nascidos, que se encontra integrado num Centro Hospitalar Universitário e que regista um grande volume de exames/ano.

Embora breve, dado que os meus objectivos eram específicos e dado o movimento e a variedade de patologias que tive a oportunidade de observar, aliado à grande experiência e excelente acolhimento com que fui recebida pela médica responsável, julgo poder afirmar que o estágio foi intenso em conteúdo e correspondeu às expectativas que tinha traçado. Saliento a avaliação seriada da maturação cerebral em grandes prétermos e a caracterização de situações de convulsões neonatais. Em formação profissional dever-se-á perguntar: “o que mudei?” e “o que mudou?” :

Aprofundei os meus conhecimentos teóricos e práticos em electroencefalografia dos recém-nascidos, ganhei alguma segurança na interpretação dos EEG's (embora seja uma área sempre sujeita a controvérsias e ainda em desenvolvimento), entrei em contacto com especialistas doutro país com quem poderei trocar impressões e participar em reuniões alargadas. Tento melhorar a qualidade da resposta do Laboratório de EEG às solicitações da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a outras unidades do HDE, contribuindo para o diagnóstico, terapêutica e prognóstico dos recém-nascidos, e para o diálogo com os profissionais envolvidos.

Dentro de uma perspectiva de melhoria das condições e inovação, planeio, logo que possível, introduzir um protocolo de seguimento com EEG's seriados dos RN prétermos e, a curto prazo, a realização de vídeo-EEG, técnica actualmente imprescindível para a caracterização de inúmeras patologias.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

DIRECTOR: DR. JOSÉ AUGUSTO ANTUNES

SERVIÇO DE CIRURGIA

DIRECTORA: DR^a. MARIA JOSÉ LEAL

ANGIOMAS

João Henriques, Margarida Espanha
Serviço Cirurgia Pediátrica Hospital de Dona Estefânia
Reunião Nacional do Grupo Português de Cirurgia Dermatológica (Comunicação oral)
Estoril, Abril 2005

Os angiomas são as neoplasias mais frequentes da infância. Os autores descrevem estes tumores benignos do endotélio à luz da classificação de Mulliken, que os divide em hemangioma, angioma tuberoso e hemangioendotelioma Kaposiforme, de acordo com o seu comportamento biológico (os dois últimos mais invasivos e mais frequentemente associados ao síndrome de Kasabach Merritt). Discute-se a fisiopatologia de cada uma destas entidades, com especial relevo para as diferentes fases da angiogénese e suas consequências a nível celular e microscópico, ao longo do crescimento da criança. São descritas e ilustradas as principais características clínicas e histológicas dos três tipos, bem como a sua abordagem diagnóstica. São ainda discutidas as diferentes opções de tratamento, sendo a terapêutica expectante a regra, reservando-se terapêuticas específicas tais como – corticoterapia intra-lesão (triamcinolona) e/ou sistémica; terapêutica com INF α 2a ou 2b recombinante; terapêutica esclerosante (polidocanol); terapêutica laser; terapêutica compressiva e terapêutica cirúrgica – para situações específicas. Por último, revê-se o quadro clínico das síndromes de Kasabach Merritt, Sturge-Weber e Klippel-Trenaunay.

ESPLENECTOMIA EM IDADE PEDIÁTRICA – ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

João Henriques, Rui Alves, Cristina Borges
Unidade de Cirurgia Geral, Hospital Dona Estefânia- Chefe Serviço: Julião Magalhães
Unidade de Imuno-hematologia - Chefe Serviço: Dr. Lino Rosado
III Congresso Ibérico Cirurgia Pediátrica (Comunicação oral)
Maio 2005

Introdução:

A esplenectomia está indicada nas doenças hematológicas e auto-imunes resistentes à terapêutica médica. A via laparoscópica é uma opção que permite excelentes resultados com um internamento curto.

Objectivo:

Rever as indicações, técnica cirúrgica e resultados das esplenectomias laparoscópicas realizadas no período entre Jan 2000 - Jan 2005.

Material e método:

Revisão dos processos de 9 crianças submetidas a esplenectomia laparoscópica com idades compreendidas entre 4 e 11 anos (média – 6,5 anos) - 5 com esferocitose hereditária, 3 com PTI e 1 com drepanocitose. Em todas a técnica cirúrgica foi idêntica – posicionamento em decúbito lateral direito com colocação inicial de 3 portas.

Resultados:

O tempo operatório médio foi de 132 minutos. Não houve necessidade de conversão. Não se registaram complicações intra-operatórias para além de dificuldade na extracção do órgão em 2 casos, nos quais foi necessário alargar uma das portas. Num dos casos foi necessária a utilização de uma quarta porta. A pesquisa de baços acessórios foi positiva em 3 casos. O tempo de internamento variou entre os 3 e os 8 dias (média – 4 dias). No pós-operatório há apenas a registar 1 complicação – pneumonia à esquerda. O período de follow-up foi em média de 15 meses, com apenas uma complicação – hérnia incisional de uma das portas de 5mm.

Conclusão:

A abordagem laparoscópica é uma técnica com poucas complicações intra ou pós-operatórias. Permite um traumatismo mínimo da parede, e um internamento curto e indolor, sendo a técnica ideal para a esplenectomia electiva.

ACUTE CHOLECYSTITIS: LAPAROTOMIC VS LAPAROSCOPIC APPROACH

J. Corte Real*, J. Lamelas*, João Henriques**, João Gíria*

Department of General Surgery - Hospital Garcia de Orta*, Department of Paediatric – Surgery Hospital Dona Estefânia ** -Lisbon, Portugal

1º EAES (European Association for Endoscopic Surgery) and IPEG (International Pediatric Endoscopic Group) Joint Meeting - Poster

Veneza, Junho 2005

Background/ Objective: The aim of this work was to determine if surgical approach (open versus laparoscopic) had impact on morbidity and postoperative recovery after cholecystectomy for acute cholecystitis.

Methods: 5-year retrospective analysis (Jan 2000 – Dec 2004) of 222 cases who met the criteria for acute cholecystitis and were submitted to a cholecystectomy.

Results: The laparoscopic group had 103 cases and laparotomic 111. the two groups were similar with respect to demographic and clinical characteristics. Although average operating time was longer in the laparoscopic group – 74 minutes (range 30-190) than in the laparotomic group – 68 minutes (range 25-170), the rate of postoperative complications was significantly lower in the former - 4,85% (4 cases) than in the latter - 9.9% (11). Average postoperative hospital stay was also shorter in the laparoscopic group- 3 days versus 5 days, as was the need for analgesics in the first 3 postoperative days. The conversion rate was 7.7% (8). In this group the average operating time was 103 minutes (range 60-190), the postoperative complications rate was 12,5% (1/8) and the average postoperative hospital stay was of 9 days.

Conclusion: This series reinforces the advantages of the laparoscopic technique in what regards morbidity and postoperative recovery, in the management of acute cholecystitis.

The conversion group had a longer operating time, postoperative period and showed a higher complication rate.

FEOCROMOCITOMAS – ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VIA LAPAROSCÓPICA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

João Henriques*, J Lamelas**, J corte Real**, João Gíria**

Serviço Cirurgia Pediátrico – Hospital Dona Estefânia*; serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia Orta

XXV Congresso Nacional de Cirurgia Geral (Poster)

Lisboa, Março 2005

O feocromocitoma é um tumor com origem nas células cromafins. Tem uma maior incidência na 4ª e 5ª décadas, sendo responsável por 0,1 % dos casos de HTA.

A principal forma de apresentação é a esporádica mas pode estar associado a síndromes genéticas.

O 1º caso é o de uma doente de 32 anos, raça caucasiana com uma gestação de 36 semanas complicada de eclâmpsia em 1998 e diagnóstico de HTA em 2000. Por se apresentar com paroxismos diários de sudorese profusa, palpitações e ansiedade (± 10 minutos), realizou investigação laboratorial e imagiológica que revelou a presença de um feocromocitoma.

A doente foi submetida a adrenalectomia esquerda laparoscópica por via transperitoneal. Teve alta clínica no 3º dia pós-operatório.

O 2º caso é do sexo masculino, 68 anos, raça caucasiana, com antecedentes de HTA e DM tipo 2, com um internamento prévio por fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, tendo nesse internamento sido diagnosticado um feocromocitoma.

O doente foi submetido a adrenalectomia direita laparoscópica por via transperitoneal. Teve alta clínica ao 2º dia pós-operatório.

A adrenalectomia laparoscópica é uma técnica mini-invasiva com bons resultados nos doentes com feocromocitoma, não se tendo registado complicações intra e/ou pós-operatórias.

GINECOMASTIA NO ADOLESCENTE: ABORDAGEM CIRÚRGICA

João Henriques, Cristina Borges, Guilhermina Fonseca

Serviço Cirurgia, Unidade Endocrinologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa,

8th IAAH (International Association for Adolescent Health) World Congress (Poster)

Lisboa, Maio 2005

Introdução: A ginecomastia pubertária, uni ou bilateral, é um aumento do tecido glandular mamário e/ou adiposo no rapaz, de causa fisiológica na maioria dos casos. O despiste de etiologias patológicas envolve uma história clínica e exame objectivo cuidadosos bem como o recurso a exames complementares específicos. Embora a terapêutica, na maior parte dos casos, envolva o apoio psicológico e uma atitude expectante até à remissão espontânea, a cirurgia está indicada quando a patologia não regride ou quando afecta consideravelmente a vida do doente.

Objectivo: O objectivo do trabalho foi avaliar as complicações e o grau de satisfação com o resultado cosmético da cirurgia.

Material e método: Apresenta-se uma análise retrospectiva dos últimos 5 anos (1997 – 2003) baseada em 15 casos de rapazes com indicação para cirurgia. A técnica cirúrgica consistiu na mastectomia subcutânea através de uma incisão circumareolar com drenagem aspirativa em sistema fechado. No pós-operatório foi utilizada a contenção elástica por um período de tempo variável.

Resultados: O tempo de atitude expectante foi em média de 2,5 anos nos casos bilaterais (n=12) e de 6 meses nos unilaterais (n=3). As complicações pós-operatórias precoces incluíram hematoma residual (n=1), seroma (n=1) e infecção da ferida operatória (n=1). As complicações tardias foram a retracção areolar (n=1) e a depressão excessiva da área central da mama (n=1). No que diz respeito ao resultado cosmético, 13 doentes ficaram satisfeitos (85%) e os restantes dois correspondem aos casos das complicações tardias.

Conclusão: A ginecomastia em rapazes adolescentes é comum e fisiológica na maior parte dos casos. Nos casos em que a cirurgia está indicada, as complicações são pouco frequentes e o grau de satisfação com o resultado estético elevado.

QUISTO DO COLÉDOCO TIPO IVA ASSOCIADO A MALFORMAÇÃO UROGINECOLÓGICA – CASO CLÍNICO

Cristina Borges, Rui Alves, Rafaella Murinello
 Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Dona Estefânea
 III Congresso Ibérico de Cirurgia Pediátrica (Poster)
 Funchal, 18-21 Maio 2005

QUISTO DO COLÉDOCO TIPO IVA ASSOCIADO A MALFORMAÇÃO UROGINECOLÓGICA – CASO CLÍNICO –

Borges C, Alves R, Murinello R

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Type
I
II
III
IV
V

INTRODUÇÃO

- Tipos I-V (Classificação de Alonso-Lej/Todani), com ou sem anomalia do confluente pancreatobiliar
- Incidência: 1 em 100000-150000
- ♀:♂ = 3-4:1
- Apresentação clássica (rara): dor + icterícia + massa abdominal

CASO CLÍNICO

- 8A, Sexo ♀, com antecedentes de *sinus urogenital* e megaureteres refluxivos ectópicos
- Abdomen agudo por provável rotura de hidrópsia vesicular com colangite e 48h de evolução

Sphincter of Oddi

- 1ª Cirurgia: Drenagem vesicular percutânea com cateter tipo *pigtail*, com boa resposta clínica

- 2ª Cirurgia (D15): Excisão de quisto (mucosectomia) até porção dilatada do confluente pancreatobiliar, duodeno-duodenostomia e hepatico-jejunosomia a nível da confluência dos hepáticos

CONCLUSÃO

- A drenagem da VB permitiu diferir a cirurgia até à resolução do quadro séptico
- A sua associação a malformações uro-ginecológicas é raramente descrita na literatura

VÁLVULAS DA URETRA POSTERIOR – “REVISÃO DE 6 ANOS”:

Filipe Catela Mota, Fátima Alves, Vanda Pratas Vital; Rafealla Murinello
 Unidade de Urologia, Serviço de Cirurgia, Hospital Dona Estefânea
 III Congresso Ibérico de Cirurgia Pediátrica (Poster)
 Funchal, 18-21 Maio 2005



URETEROCELO – CASO ATÍPICO

Filipe Catela Mota, Fátima Alves, Vanda Pratas Vital, Rafela Murinello

Unidade de Urologia – Hospital de Dona Estefânia

“III Congresso Ibérico de Cirurgia Pediátrica

Funchal, 18-21 de Maio 2005



URETEROCELO – CASO ATÍPICO

Catela Mota F, Alves F, Pratas Vital V, Murinello R
Unidade de Urologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

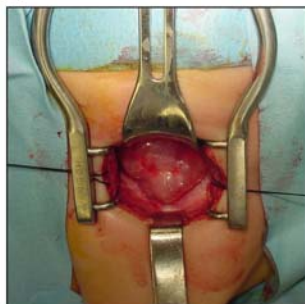
INTRODUÇÃO

- Incidência: 1 em 500-4000
- 4-7x mais comum no sexo ♀
- 10% bilaterais
- 80% ectópicos (geralmente associados ao pielão superior de uma duplicidade renal completa)
- **Clínica:** ITU, urosépsis, hidronefrose, retenção urinária, massa e dor abdominal
- **Opções cirúrgicas:** incisão endoscópica, heminefrectomia polar superior e ureterectomia, ureteropielostomia, excisão de ureterocelo e reimplantação ureteral



CASO CLÍNICO

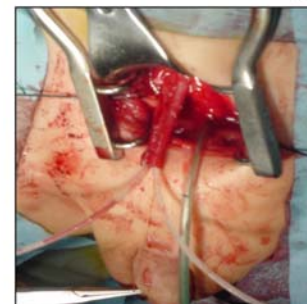
- 6 meses, sexo ♂, DPN de hidronefrose; Infecção urinária (E. coli) aos 3 meses
- Ecografia: provável duplicidade bilateral, parênquima do pielão superior direito conservado e bexiga com ureterocelo multilobulado
- CUM: ureterocelos gigantes, sem RVU
- Renograma (DTPA): assimetria da função (RD=24% e RE=76%), sem evidência de obstrução mecânica
- Cirurgia: excisão de cecoureterocelo gigante multilobulado e ureteroureterostomia latero-lateral com reimplantação ureteral direita pela técnica de Politano-Leadbetter



Cecoureterocelo gigante multilobulado

CONCLUSÃO

Este caso mostra um ureterocelo de configuração pouco frequente, levando a uma opção terapêutica diferente



Ureteroureterostomia latero-lateral

“REFLUXO VÉSICO-URETERAL – EXPERIÊNCIA DE 1 ANO COM DEFLUX®”

Rafela Murinello, Fátima Alves, Filipe Catela Mota

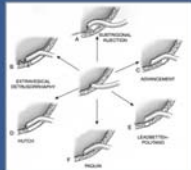
Unidade de Urologia– Hospital de Dona Estefânia

“Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005”

Lisboa, 17-19 de Novembro 2005

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO REFLUXO VESICO-URETERAL: EXPERIÊNCIA DE UM ANO COM DEFLUX®

Murinello R, Alves F, Catela Mota F
Unidade de Urologia Pediátrica - Departamento de Cirurgia Pediátrica
Hospital de Dona Estefânia




INTRODUÇÃO

- Refluxo vesico-ureteral (RVU) define-se como fluxo retrógrado de urina da bexiga para os rins.
- Incidência 30-50% entre crianças com infeções urinárias sintomáticas.
- Pode ter repercussões devastadoras sobre os rins, com infeções recorrentes, nefropatia de refluxo, cicatrizes e atrofia renal, insuficiência renal crónica e hipertensão.
- Decisão sobre a abordagem terapêutica deve ter em consideração a idade (tendência para melhoria) e eventuais anomalias associadas:
 - * Médica: Tratamento/Prevenção de infeções e de distúrbios miccionais associados.
 - * Cirúrgica: Reimplantação ureteral.
 - * Endoscópica: Injeção submucosa de diversos materiais, na parede posterior do ureter, de forma a fixá-lo, aumentar o seu trajecto intramural e melhorar eficácia do sistema valvular.

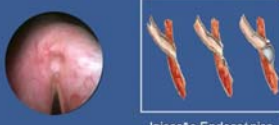
OBJECTIVOS:

- Determinar a vantagem do tratamento minimamente invasivo utilizando Deflux® (gel composto de dextranómero e ácido hialurónico) sobre a reimplantação ureteral convencional.



TÉCNICA:

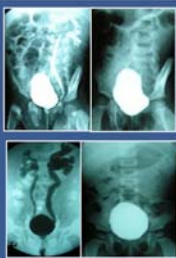
- Productu injectado por UR = 0,3-2mL (média 0,8mL).
- Todos os doentes em ambulatório desde Abril 2005.
- Protocolo de seguimento:
 - * Ecografia às 4 semanas pós-implante
 - * Cistouretrografia às 12 semanas pós-implante
 - * Quimioprofilaxia diária
 - * Urocultura mensal até critério imagiológico de cura



Injeção Endoscópica


RESULTADOS:

- Período de 30 Nov 2004 – 3 Nov 2005
- 39 Unidades Renais (UR) em 30 Doentes
 - * ♀ = 14 (6 Unilateral/8 Bilateral)
 - * ♂ = 16 (5 Unilateral/11 Bilateral)
 - * 4 Duplicidades (1 completa)
- Idade = 11 Meses a 17 Anos
- Graus de RVU:
 - * I = 3 UR
 - * II = 15 UR (1 Duplicidade)
 - * III = 13 UR (1 Duplicidade Completa)
 - * IV = 12 UR (1 Duplicidade)
 - * V = 6 UR (1 Duplicidade)




- Malformações associadas = 6 (Rim Único, Extrofia Vesical, Displasia Renal Bilateral Pré-Transplante, Cardiopatia Complexa, Síndrome Intestino Curto)
- Resolução documentada por ecografia e cistouretrografia = 13 doentes (19 UR)
- Persistência de RVU = 1 doente (1 UR com Duplicidade Incompleta, Grau II)
- Aguardam cistouretrografia 10 doentes (16 UR), apenas 1 com ecografia desfavorável
- Aguardam ecografia 6 doentes (12 UR)
- Abandono da consulta = 1 doente (1 UR)
- Ausência de outras complicações

CONCLUSÕES:



- Método simples, com curva de aprendizagem rápida
- Válido para tratamento de todos os graus de RVU, em sistemas simples ou duplos
 - Aplicável numa larga faixa etária
 - Taxa de cura = 95% (19/20 UR)
 - Procedimento de ambulatório



Implante

RETALHO MUSCULAR NO TRATAMENTO DE FÍSTULA SAGRADA PERSISTENTE

João Henriques*, António Gentil Martins**

Serviço de Cirurgia Pediátrica – Hospital Dona Estefânia*, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil**, Lisboa, Portugal

III Congresso Ibérico Cirurgia Pediátrica – (Poster)

Madeira, Maio 2005

Introdução / Objectivo: Demonstrar a utilidade de um retalho muscular como solução para o tratamento de uma fístula sagrada persistente, após ressecção de teratoma pélvico.

Metódo: Os autores apresentam o caso de uma rapariga de 10 anos submetida a laparotomia para remover teratoma pélvico trigerminal, e um mês depois, a subsequente abordagem sagital posterior para remoção de presumível tumor residual no fundo de saco de Douglas, que revelou ser um abcesso que foi drenado. Uma semana após a cirurgia detectou-se drenagem purulenta no terço médio da sutura. Esta última deu origem a uma fístula que, durante 2 anos, foi resistente a todos os tipos de combinações de antibióticos e soluções cirúrgicas, desde a drenagem simples com pensos complexos até à fistulectomia.

A resolução do problema envolveu uma nova abordagem posterior, circunvalando o orifício da fístula, com cuidadosa dissecação e curetagem do tracto fistuloso. A fístula parecia terminar numa pequena cavidade em posição pré-sagrada. Foi então realizada uma nova incisão transversal numa das nádegas, para permitir a dissecação de parte da porção interna do grande glúteo e sua rotação num sentido mediano, para preencher a referida cavidade.

Resultados: Um mês após a cirurgia a fístula tinha resolvido completamente. O follow-up aos 2 anos não revelou recorrência da doença ou fístula residual.

Conclusões: Os retalhos musculares são uma solução possível para o tratamento de fístulas sagradas persistentes, resistentes a outras soluções cirúrgicas de primeira linha.

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR – UM CASO CLÍNICO

Vanda Pratas Vital, Rui Alves, Cristina Borges, Julião Magalhães, M^a Carmo Pinto, Marta Conde, Gonçalo Cordeiro Ferreira

Departamento de Cirurgia Pediátrica, Unidade de Cirurgia Geral; Departamento de Pediatria, Unidade de Adolescentes - Hospital Dona Estefânia, Portugal

Introdução: O Síndrome da Artéria Mesentérica Superior é uma causa rara de obstrução duodenal, provocada pela redução do ângulo aórtico-mesentérico.

Material e Métodos: Apresentamos um caso clínico de uma adolescente de 15 anos com uma anorexia e um crescimento rápido em altura que desenvolveu progressivamente um quadro de dor pós prandial, enfartamento e vômitos biliosos. O diagnóstico de obstrução duodenal foi demonstrado após realização de um estudo contrastado gastroduodenal e de uma tomografia axial computadorizada. Após um período de terapêutica médica de suporte sem sucesso procedeu-se à correcção cirúrgica da situação. Optou-se pela libertação do ligamento de Treitz e desrotação do intestino delgado e cólon direito, sem necessidade de realização de enterotomias de bypass.

Resultados: Foi iniciada alimentação entérica 8 dias após a intervenção com tolerância e recuperação progressiva do peso.

Conclusão: A operação de Ladd é uma técnica aceitável para tratar o Síndrome da Artéria Mesentérica Superior.

TETRAPARTIÇÃO DO AQUILES APÓS RESSECÇÃO MUSCULAR EXTENSA NUM SARCOMA SINOVIAl

João Henriques*, António Gentil Martins**

Serviço Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia*; Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil **, Lisboa, Portugal

III Congresso Ibérico Cirurgia Pediátrica (Poster)

Madeira, Maio 2005

Introdução / Objectivo: O sarcoma sinovial é uma patologia maligna que pode requerer uma amputação ou, no mínimo, uma ressecção extensa. Os autores descrevem uma nova solução cirúrgica para evitar o pé pendente e equinvaro, resultante da perda dos músculos do compartimento anterior e lateral da perna.

Método: Criança, 3 anos, sexo feminino, internada por massa nos 2/3 proximais da perna, condicionando pé paralítico equinvaro. A RM revelou massa de 10x7x8cm envolvendo estruturas vasculares e nervosas mas sem critérios de invasão. A CAAF, e posteriormente a biópsia tumoral, revelaram um sarcoma sinovial monomórfico. A TAC torácica demonstrou a existência de lesões secundárias em ambos os pulmões. Realizou QT (MMT 95, 953B) durante 4 meses com boa resposta – redução apreciável do volume tumoral e desaparecimento das metástases. A cirurgia consistiu na ressecção dos músculos envolvidos (tibial anterior, extensor próprio do 1º dedo, extensor comum dos dedos, curto e longo peroneal) bem como do nervo peroneal comum. Para evitar um pé pendente e equinvaro realizou-se a partição do tendão de Aquiles em 4 feixes, três dos quais se anastomosaram aos tendões dos músculos ressectados.

Resultados: O exame anátomo-patológico demonstrou uma ressecção completa, com margens de segurança. Embora com movimentos limitados do pé, a criança anda sem qualquer tipo de meios auxiliares. O follow-up aos 6 meses, com RM e TAC, não revelou recorrência.

Conclusões: A partição do tendão de Aquiles, e sua transposição através da membrana interóssea, e subsequente tenodése aos tendões dos músculos ressectados é uma nova solução para permitir a estabilidade do pé apesar da flexão/extensão limitadas.

TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO ESPLÉNICO – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 8 ANOS

Jorge Lamelas*, João Henriques*, R. Cardoso*, P. Costa*, J. Corte Real*, P. Moniz Pereira*, João Gíria*

Serviço de Cirurgia Geral Hospital Garcia Orta*; Serviço de cirurgia Pediátrica – Hospital dona Estefânia**

XXV Congresso Nacional de Cirurgia Geral (Comunicação)

Lisboa, Março 2005

A lesão esplênica está frequentemente associada ao traumatismo abdominal e torácico baixo. Devido à importância do baço no nosso sistema imunitário, a terapêutica habitual destas lesões mudou gradualmente nos últimos 50 anos, optando-se cada vez mais por uma abordagem conservadora.

No nosso hospital, nos últimos 8 anos, foram tratados 78 doentes com esta patologia: 6 lesões grau I, 16 grau II, 32 grau III, 13 grau IV, 3 Grau V e 6 cujo grau é desconhecido.

Foram avaliados os vários parâmetros que determinaram a abordagem conservadora Vs terapêutica cirúrgica, sendo eles: estabilidade hemodinâmica, lesões associadas, evolução clínica e critérios de intervenção cirúrgica.

O tratamento conservador foi tentado em 28 doentes hemodinamicamente estáveis, sem outras lesões intra abdominais aparentes. Destes, foram operados 10, nas primeiras 72 horas, por agravamento do quadro clínico (1/8 Grau II, 5/11 grau III, 4/4 grau IV).

Em 3 doentes com lesões grau II e em 2 com grau III foi efectuada cirurgia conservadora.

A esplenectomia foi a opção terapêutica em 43 doentes por instabilidade hemodinâmica e/ou lesões intra abdominais associadas, à entrada.

Na nossa experiência, a abordagem conservadora é possível em doentes com lesão esplênica isolada, até ao IV grau, desde que hemodinamicamente estáveis e correctamente monitorizados.

RABDOMIOSARCOMA DA PERNA – QUANDO A MESMA ABORDAGEM PODE ESTAR CERTA OU ERRADA

João Henriques*, António Gentil Martins**

Serviço de Cirurgia – Hospital Dona Estefânia*, Instituto Português Oncologia Francisco Gentil**, Lisboa, Portugal

III Congresso Ibérico Cirurgia Pediátrica (Poster)

Madeira, Maio 2005

Introdução/ Objectivo: Os rabdomiosarcomas da perna exigem decisões terapêuticas difíceis, que deveriam contemplar não apenas o tratamento em si, mas também o prognóstico e qualidade de vida.

Métodos: Sexo feminino, 17 meses, rabdomiosarcomas da perna com metástases crurais, confirmadas por CAAF e biópsia. Completou 4 meses de QT após os quais foi aconselhada cirurgia, com eventual necessidade de amputação. A RT não foi considerada, devido ao previsível encurtamento e dismetria. Os pais procuraram uma segunda opinião no estrangeiro, onde a ressecção completa foi garantida mas não conseguida. Consequentemente foi aconselhada RT, com bons resultados – desaparecimento do tumor residual.

Novamente ao nosso cuidado, foram detectadas metástases inguino-crurais. Além de reiniciar QT e RT, foi submetida a linfadenectomia inguino-crural. Seis meses depois, com o aparecimento de metástases popliteias a questão da amputação foi novamente levantada. Dado o prognóstico reservado e prévia boa resposta à RT, os autores sugeriram manutenção da RT e QT e reavaliação dentro de 1 ano. Os pais, contra o nosso conselho, optaram pela realização imediata de uma desarticulação da anca.

Resultados: A criança faleceu 7 meses após desarticulação da anca, o que não só causou sofrimento desnecessário mas também piorou significativamente a sua qualidade de vida.

Conclusões: No tratamento dos tumores dos membros inferiores, especialmente aqueles com prognóstico reservado, é imperativo considerar todos os factores envolvidos e tentar salvar o membro se possível, mas não a todo o custo. Na fase mais avançada da doença devemos sempre relembrar – “*primum non nocere...*” e ter como objectivo a melhor qualidade de vida possível.

QUEIMADURAS- EQUILÍBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO

Ana Mariano*, Dora Gomes**

*Serviço de Pediatria do Hospital de Faro, **Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Serviço de Cirurgia do Hospital de Dona Estefânia (Comunicação oral)
Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: Apesar de se assistir a uma diminuição da sua incidência, as queimaduras continuam a constituir uma causa major de morte não intencional nas crianças, logo a seguir aos acidentes de viação.

Objectivos: Os autores, através de uma revisão bibliográfica, propõem-se definir o conceito de desequilíbrio hidro-electrolítico e descrever algumas das numerosas estratégias para tratá-lo, que passam, na grande maioria das vezes, pela aplicação da fórmula de Parkland na instituição de fluidoterapia endovenosa.

O tratamento dos doentes pediátricos com queimaduras desafia ainda o conhecimento médico, já que a criança difere fisiologicamente do adulto.

O manuseio do equilíbrio hidro-electrolítico tem vindo a sofrer grandes avanços nas últimas décadas, a par de uma maior divulgação de medidas de prevenção, de alterações do comportamento social e de outras medidas como o suporte nutricional adequado, a terapia respiratória agressiva e o reconhecimento e tratamento precoces da infecção.

A descoberta de que o desequilíbrio hidro-electrolítico secundário a uma queimadura estaria na origem da grande taxa de mortalidade a ela associada levou ao aparecimento do conceito de *desequilíbrio induzido pela queimadura*, o que em muito contribuiu para os grandes avanços no seu tratamento que, quando instituído em tempo útil, reduz o risco de falência multi-orgânica e a taxa de mortalidade.

Palavras chave: desequilíbrio hidro-electrolítico, fluidoterapia, fórmula de Parkland, lactato de Ringer

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA TARDIA

Maria de Fátima Nunes, Paula Gonçalves, Luisa Silva, Paolo Casella
Serviço de Pediatria - Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo
Director de Serviço: Dr. Francisco Gomes
Serviço de Cirurgia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia
Director de Serviço: Dr^a. Maria José Leal

A hérnia diafragmática congénita manifesta-se geralmente no período neonatal. No entanto, têm sido descritos novos casos com apresentação clínica tardia.

Apresentamos um lactente de seis meses, natural de Angra do Heroísmo, sem antecedentes pessoais relevantes que recorreu ao serviço de urgência por síndrome febril e dificuldade respiratória. Na sequência da avaliação clínica realizou radiografia de tórax que revelou condensação paracardíaca no hemitórax esquerdo com desvio da traqueia. A tomografia axial computadorizada confirmou hérnia diafragmática esquerda com presença de baço e intestino no tórax. Foi transferido para o Hospital de Dona Estefânia para correção cirúrgica. Operado no dia seguinte foi realizada a reintegração das vísceras sem dificuldade na cavidade abdominal e encerramento do defeito diafragmático posterior. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com necessidade de ventilação mecânica por apenas 24 horas. Foi transferido no 5º dia de pós-operatório para o hospital de origem. A hérnia diafragmática com apresentação clínica tardia tem um prognóstico favorável. O seu diagnóstico deve ser considerado na presença de uma condensação pulmonar paracardíaca esquerda.

APOPTOSE

Cláudia Constantino*, Ana Caldeira**

Interna de Pediatria do H. Dona Estefânia*, Interna de Pediatria do HSFJ**

Serviço de Cirurgia Pediátrica

Resumo:

A Apoptose, palavra que deriva do grego *Apo-* de; *Ptoxis* – queda em alusão à queda inevitável das folhas de árvore caduca, é um processo activo, geneticamente controlado, de “suicídio” celular ou Morte Celular Programada. Foi descrita pela primeira vez por Kerr em 1962 e desde aí a investigação relacionada com este tema tem sido crescente.

A apoptose está implicada em diversos processos fisiológicos como a perda das membranas interdigitais ou a fase de recanalização do tubo digestivo durante o desenvolvimento embrionário. Também diversas doenças podem ser explicadas por alterações da apoptose. São exemplos disso as fendas palatinas e a doença de Hirschsprung em que se acredita que haja um excesso do processo apoptótico. Em contrapartida, as atresias esofágica e intestinal, bem como as malformações anorectais podem ser explicadas por uma deficiente apoptose.

Apesar de ser um campo em constante actualização, são necessários mais estudos para um melhor conhecimento dos mecanismos implicados permitindo assim a manipulação dos processos fisiopatológicos, para com isso podermos ter estratégias terapêuticas específicas.

MORBILIDADE DA ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO (EHP) NO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (HDE) NO ÚLTIMOS CINCO ANOS (2001-2005)

Rita Machado¹, Luís Amaral²

1 Interna do Internato Complementar de Pediatria do HDE; 2- Interno do Internato Complementar de Pediatria do Hospital Espírito Santo-Évora

Sessão clínica no serviço de Cirurgia do Hospital de Dona Estefânia

Dezembro de 2005

Introdução: A hipertrofia da musculatura do piloro, leva à obstrução do esvaziamento gástrico, condicionando um quadro clínico de vômitos de gravidade progressiva, em jacto, que em situações mais graves podem condicionar desidratação, alcalose metabólica e, mesmo, desnutrição. A EHP tem um incidência de cerca de 1-8:1000 nascimentos. Ocorre preferencialmente em recém nascidos e lactentes do sexo masculino (4-5♂ : 1♀), caucasianos, primogénitos, com grupos sanguíneos B e 0. Existe história familiar de EHP em cerca de 13% dos casos (20% do rapazes e 10% raparigas, filhos de mãe com antecedentes de EHP).

Em 95% dos casos, a idade de apresentação desta patologia é entre as 3 e as 12 semanas de vida.

O diagnóstico é essencialmente clínico, com história sugestiva. O exame objectivo pode ser útil, quando existem movimentos peristálticos gástricos visíveis e se palpa a oliva pilórica. De qualquer modo, a ecografia abdominal tornou-se o exame de eleição para confirmar ou afastar o diagnóstico de EHP. O tratamento curativo desta patologia, após correcção de eventuais desequilíbrios hidro-electrolítico e ácido-base no período pré-operatório (se desidratação >5%), é cirúrgico, seja pela tradicional piloromiotomia extramucosa modificada de Fredet-Ramstedt, seja por via laparoscópica. O tratamento médico com atropina ev ou oral tem vindo a ser considerado.

O tratamento da EHP de eleição no Serviço de Cirurgia do HDE é piloromiotomia de Ramstedt, que, segundo a literatura, não apresenta complicações peri-operatórias significativas e tem bons resultados a longo termo. De facto, em grandes séries a mortalidade conjunta anestesia-cirurgia desta técnica é <1% e a morbilidade ronda os 3,7%.

Objectivo: Averiguar e caracterizar morbilidade dos casos de EHP internados no Hospital Dona Estefânia (HDE) nos últimos cinco anos (2000 a 2005).

População e métodos: trata-se de um tipo de estudo descritivo e retrospectivo, em que os dados foram obtidos através da consulta de processos clínicos de crianças com diagnóstico de EHP segundo classificação ICD-9, com internamento no HDE de duração superior a três dias. O período contemplado foi de Janeiro 2001 a Dezembro 2005. Foram avaliados dados epidemiológicos e demográficos, a apresentação clínica, dados laboratoriais, terapêutica efectuada e evolução durante e após internamento.

Resultados: Nestes últimos cinco anos, registaram-se 172 casos de EHP, submetidos a piloromiotomia extramucosa de Ramstedt; ocorreu morbilidade durante o internamento em 15 casos (8,8%); destes, quatro casos (2,3%) apresentaram morbilidade operatória. Num deles houve necessidade de reintervenção cirúrgica. Os vômitos prolongados foram causa mais prevalente de morbilidade, tendo sido descritos quatro casos de hipotonia gátrica. Não se registaram óbitos.

TERATOMA SACRO-COCCÍGEO: REVISÃO DE 5 ANOS

Rafaela Murinello, Cristina Borges

Serviço de Cirurgia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

“Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005”, (revisão teórica casuística)

Lisboa, 17-19 de Novembro

Introdução: Os teratomas são tumores embrionários, que correspondem a 3% das neoplasias pediátricas, sendo os sacro-coccígeos os mais comuns. São mais frequentes no sexo feminino e geralmente são identificados à nascença.

Objectivo: Revêr os casos tratados nesta insituição nos últimos 5 anos, avaliando a forma de apresentação, terapêutica efectuada e respectivos resultados, comparando com outras séries publicadas na literatura.

Métodos: Revisão de processos clínicos e protocolos operatórios.

Resultados: Foram tratados 8 doentes neste período, 6 dos quais foram submetidos a intervenção cirúrgica no período neonatal.

Conclusões: Todos foram submetidos a excisão completa dos tumores, com evolução favorável.

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

DIRECTOR: DR. JOSÉ AUGUSTO ANTUNES

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

DIRECTORA: DR^a. LUÍSA MONTEIRO

CASUÍSTICA DA CONSULTA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

A. Lopes*, Pedro Brazão Santos**, Luísa Varão***, F. Almeida***, A. Baptista***, N. Santos***, Vera Pinto****, Mafalda Caeiro*****, T. Lavra*****, Luísa Monteiro*****

Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital de Dona Estefânia

1^a Reunião do Hospital Dona Estefânia – Audiologia Pediátrica & Workshop (Poster)

Lisboa, 23 e 24 de Junho de 2005

Introdução: A Consulta de Reabilitação Auditiva tem como objectivos avaliar a acuidade auditiva e a necessidade de adaptação de próteses, o estudo etiológico da surdez, avaliar e orientar as necessidades e especificidades de cada criança e respectiva família, informar sobre as diversas áreas do desenvolvimento e ajudar a desenvolver estratégias de comunicação, avaliar periodicamente as áreas cognitiva, emocional e de linguagem.

Objectivos: Mostrar a idade de diagnóstico, grau de surdez, etiologia provável da surdez, exames audiológicos realizados, idade de adaptação protética, modo de comunicação preferencial e tipo de escola frequentada.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo cuja amostra é constituída por 216 doentes seguidos na Consulta de Reabilitação Auditiva do HDE, durante o período de 1985 a 2005. Foi efectuada a revisão dos questionários preenchidos em formulário/tabela Access por entrevista aos pais, consulta do Processo Clínico e do Boletim Individual de Saúde.

Resultados: A idade média de diagnóstico das crianças observadas nesta Consulta é de 3,4 anos, os graus de surdez predominantes são os de moderado, severo e profundo, as etiologias mais prováveis de surdez são a genética não sindrómica e a infecciosa adquirida, os exames audiológicos mais realizados são audiograma, timpanograma e ERA, a idade média de adaptação protética é de 4,2 anos, o modo de comunicação preferencial é a oralidade e a maioria das crianças frequenta uma escola de ensino regular.

Conclusões: Trata-se de uma população muito heterogénea, proveniente de todas as regiões do país e dos PALOP. Existe um outro grupo, proveniente dos Rastreios Universal e de Alto Risco do HDE e da MAC, em que a idade de diagnóstico é bastante inferior. A idade média de diagnóstico, excluindo as crianças provenientes dos PALOP, é de 3,1 anos, existe assim, necessidade de implementar medidas para diminuir a idade de diagnóstico, nomeadamente através da realização de rastreios.

* Interna do Internato Complementar de ORL do Centro Hospitalar Lisboa – Zona Central – Hospital São José

** Assistente Hospitalar de ORL do Hospital de Dona Estefânia , *** Audiologista do Hospital de Dona Estefânia, **** Psicóloga do Hospital de Dona Estefânia, ***** Terapeuta da fala do Hospital de Dona Estefânia, ***** Directora do Serviço de ORL do Hospital de Dona Estefânia

ABCESSOS RETROFARÍNGEOS DE CAUSA TRAUMÁTICA NA CRIANÇA

Patrícia Melo*; I. Guerreiro*; Vítor Neto**; Luísa Monteiro***

* Interno Complementar, serviço de ORL, Centro Hospitalar de Lisboa, região central, Hospital de S. José, ** Assistente hospitalar graduado, serviço de ORL, Hospital de Dona Estefânia, *** Director de serviço, Serviço de ORL, Hospital de Dona Estefânia
Congresso Nacional do 51º Aniversário da SPORL / II Congresso Luso-Brasileiro de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
Porto, 22–25 de Maio de 2004
Revista Portuguesa Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial 2005; 42: 357-366.

Os abscessos retrofaríngeos constituem uma entidade clínica relativamente rara, grave e por vezes fatal, devido à sua localização anatómica e conseqüente potencial para complicações graves, pelo que requerem diagnóstico e terapêutica precoces e correctos.

Predominam na criança, podendo a sua etiologia ser traumática ou não traumática, sendo esta a mais frequente.

Pela sua raridade, os autores apresentam três casos clínicos de abscessos retrofaríngeos de causa traumática em crianças com menos de cinco anos de idade, a propósito dos quais tecem considerações acerca da clínica, diagnóstico e terapêutica desta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: abscesso retrofaríngeo; traumatismo; criança; cirurgia.

COLESTEATOMA NA CRIANÇA – REVISÃO DE CASUÍSTICA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Patrícia Melo*, P. Sousa**, Adriana Melo**, Carlos Carvalho**, Isabel Martins**, Vítor Neto**, Cunha Pereira**, Pedro B Santos***, Inês Cunha***, Vital Calado****, Luísa Monteiro*****

* Interno Complementar, serviço de ORL, Centro Hospitalar de Lisboa, região central, Hospital de S. José, ** Assistente hospitalar graduado*** Assistente hospitalar, serviço de ORL, Hospital de Dona Estefânia, **** Ex-director de serviço, serviço de ORL, Hospital de Dona Estefânia, ***** Director de serviço, serviço de ORL, Hospital de Dona Estefânia
Congresso Nacional do 51º Aniversário da SPORL / II Congresso Luso-Brasileiro de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (comunicação oral)
Porto, 22–25 de Maio de 2004

OBJECTIVOS: descrever as características epidemiológicas do colesteatoma na população pediátrica estudada, técnicas cirúrgicas realizadas e percentagem de recidiva; comparar os resultados cirúrgicos e funcionais entre técnica fechada e técnica aberta; comparar os resultados obtidos com os publicados na literatura mundial.

ESTUDO: estudo retrospectivo dos doentes operados por colesteatoma num hospital pediátrico durante um período de quatro anos (2000-2004).

MATERIAL E MÉTODOS: estudo dos processos clínicos e protocolos operatórios. Foram estudados 51 ouvidos, correspondendo a 49 doentes. Os procedimentos cirúrgicos efectuados incluíram excisão do colesteatoma por técnica fechada (TF) (“*canal wall up*”) e técnica aberta (TA) (“*canal wall down*”). Os resultados funcionais audiométricos foram avaliados tendo em

conta o “gap” aéro-ósseo (gap A-O) pré e pós-operatório. O tempo de seguimento pós-operatório foi de 38,3 meses (mín=3; máx=143).

RESULTADOS: a idade dos doentes variou entre 2 e 16 anos (média=10 anos), sendo 79,6% do sexo masculino e 20,4% do sexo feminino. Foram operados 47 (90,2%) colesteatomas adquiridos, sendo os restantes quatro (7,8%) congénitos. Em 42 casos (82,3%) foi efectuada uma TF e em 9 casos (17,6%) uma TA. A taxa de recidiva (incluindo doença residual e colesteatoma recorrente) foi de 56% na primeira revisão de TF e de 33,3% nos casos operados por TA, sendo a taxa de recidiva global de 33,3%. Com a TF obteve-se um gap A-O médio de 36,6 dB após a cirurgia de revisão, comparativamente com a TA em que se obteve um gap A-O médio de 38,5 dB.

CONCLUSÕES: Não existe uma diferença significativa nos resultados cirúrgicos e funcionais obtidos com TF ou TA pelo que a terapêutica do colesteatoma deve ser individualizada tendo em conta a extensão da doença e o estado global da audição, bem como as condições sócio-económicas do doente no que respeita à acessibilidade no seguimento pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: colesteatoma; criança; cirurgia; recidiva; audição.

MUCOCELO ETMOIDAL E FIBROSE QUÍSTICA EM PEDIATRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Alpoim Moreira *, Victor Neto *, Ana Leça **, Luísa Monteiro*

Serviço de Otorrinolaringologia, HDE *, Serviço de Infecçiology, HDE **

52º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial

Vilamoura, Maio de 2005

Objectivo: Descrição de um caso clínico raro de mucocelo etmoidal, diagnosticado numa criança com 2 anos de idade e fibrose quística

Caso Clínico: Trata-se de uma criança de 2 anos de idade, com fibrose quística diagnosticada à nascença. O quadro clínico cursou com proptose incidiosa, com 3 meses de evolução. O exame oftalmológico não mostrou alterações sugestivas de sofrimento ocular. Na endoscopia nasal foi evidente o abaulamento da parede interna do seio maxilar e apófise unciforme. A TC dos seios perinasais mostrou polisinusopatia com volumosos quistos de retenção submucosos nos seios maxilares e mucocelo no etmóide direito, condicionando remodelação da lâmina papirácea com subsequente proptose do globo ocular. Na RMN não existiam lesões intracranianas. Foi feita cirurgia endoscópica nasosinusal com realização de uncinectomia, meatotomia média e marsupialização do mucocelo etmoidal à direita. A exoftalmia reduziu significativamente nas 24h pós-operatório.

Conclusão: Os mucocelos etmoidais são extremamente raros na criança, estando na grande maioria dos casos associados a fibrose quística. O seu diagnóstico deve implicar a realização, por rotina, do teste do suor. O tratamento é cirúrgico, podendo ser feito por via externa ou por via endoscópica. Não estão descritos na literatura casos de recorrência, independentemente da técnica cirúrgica utilizada.

AVALIAÇÃO SUBJECTIVA E FUNCIONAL DE DOENTES PEDIÁTRICOS COM OBSTRUÇÃO NASAL CRÓNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO – RESULTADOS PRELIMINARES

José Croca**, J. Peres de Sousa *, Luísa Monteiro *

Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Dona Estefânia *, Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. José **

52º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial

Vilamoura, Maio de 2005

Objectivo: Os autores apresentam os primeiros resultados da avaliação dos doentes com obstrução nasal crónica submetidos a septoplastia e/ou diatermia dos cornetos inferiores, no hospital Dona Estefânia entre 2000 e 2005.

Materiais e métodos: Os doentes foram avaliados subjectivamente através de um questionário padronizado, e objectivamente por rinometria acústica, antes e após cirurgia.

Resultados: De uma amostra inicial de 28 doentes obteve-se 15 doentes com idade média de 15 anos dos quais 6/13 referiram ausência de melhoria com o tratamento médico e 14/15 referiram melhoria com tratamento cirúrgico. A rinometria acústica mostrou uma melhoria significativa da obstrução nasal na fossa nasal mais obstruída e uma melhoria não significativa na fossa nasal menos obstruída.

Conclusões: Na maioria dos doentes (14/15) a rinometria acústica mostra um aumento da permeabilidade nasal global, o que demonstra objectivamente o bom resultado obtido com a cirurgia. Verificou-se, no entanto, que nem sempre existe uma correlação entre a avaliação objectiva e a subjectiva.

RASTREIO DA AUDIÇÃO EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR – RESULTADOS PRELIMINARES

A. Lopes*, Patrícia Melo*, I Guerreiro*, José Croca*, Inês Moreira**, Luísa Varão***, F. Almeida***, Pedro Brazão Santos****, Luísa Monteiro*****

Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital de Dona Estefânia

Otoneurologia 2005 - (Comunicação livre)

Angra do Heroísmo, 22 a 24 de Abril de 2005

Objectivo: Mostrar a prevalência de alterações auditivas em crianças do 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.

Metodologia: Foram submetidas a rastreio 1656 crianças do 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (ano lectivo de 2003/2004), abrangendo 91 escolas do Concelho de Lisboa. A idade média das crianças rastreadas foi de 6,5 anos. A 1ª fase do rastreio foi efectuada pelos alunos do Curso de Audiologia da Escola Superior de Tecnologia e da Saúde de Coimbra e consistiu na realização de otoscopia, timpanograma e audiograma de “varrimento”. Na 2ª fase do rastreio todas as crianças com avaliação alterada foram referenciadas para a Consulta de Rastreio Escolar da Audição para avaliação por um Otorrinolaringologista. A avaliação foi considerada alterada quando no timpanograma se observaram curvas do tipo B ou C de Jerger ou no audiograma o limiar da audição foi maior que 20db. Na Consulta de Rastreio Escolar da Audição as crianças foram submetidas a colheita de anamnese, a observação

otorrinolaringológica e a realização de timpanograma e audiograma. As crianças com observação e audição normais tiveram alta da consulta. Nos casos em que foram detectadas alterações, foi instituída terapêutica adaptada a cada situação, sendo a criança referenciada à Consulta de Otorrinolaringologia para reavaliação.

Resultados: Foram submetidas à 1ª fase do rastreio 1656 crianças (49% das crianças matriculadas no 1º ano das escolas do Concelho de Lisboa). Destas, 16,3% (n=270) apresentaram alterações. A observação por um Otorrinolaringologista no Hospital de Dona Estefânia realizou-se em 114 crianças. Na maioria dos casos das crianças com alterações da audição, foi diagnosticado uma hipoacúsia de transmissão. Em duas crianças foi diagnosticada hipoacúsia sensorioneural unilateral.

Conclusão: O rastreio escolar da audição identifica crianças com patologia otológica e com alterações da audição, na maioria dos casos hipoacúsia de transmissão mas também hipoacúsia sensorioneural.

* Interna(o) do Internato Complementar de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central – Hospital de São José

** Interna do Internato Complementar de ORL do Hospital de Dona Estefânia

*** Audiologista do Hospital de Dona Estefânia

**** Assistente Hospitalar de ORL do Hospital de Dona Estefânia

***** Directora do Serviço de ORL do Hospital de Dona Estefânia

REABILITAÇÃO AUDITIVA NA CRIANÇA – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA SURDEZ INFANTIL

A. Lopes*, Pedro Brazão Santos**, Luísa Varão***, F. Almeida***, A. Baptista***, N. Santos***, Vera R Pinto****, Mónica Caeiro*****, T. Lavra*****, Luísa Monteiro*****

Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital de Dona Estefânia

1ª Reunião Hospital de Dona Estefânia – Audiologia Pediátrica & Workshop (Poster)

Lisboa, 23 e 24 de Junho de 2005

O Protocolo de Investigação Etiológica da Surdez Infantil baseia-se na história da gravidez (vigilância, infecções, terapêutica, radiações, consumo de drogas ou álcool, “ameaça de parto pré-termo”, semanas de gestação), do parto (tipo de parto, sofrimento fetal, índice de apgar, reanimação, peso ao nascer), do período neonatal (icterícia, sépsis, meningite bacteriana, ventilação mecânica, acidose, medicação ototóxica) e familiar (idade e consanguinidade dos pais, história familiar de surdez, cegueira, nefropatia, bócio e alterações na pigmentação da íris, cabelo e pele), no exame objectivo (geral: estigmas associados, malformações da cabeça e do pescoço, otoscopia e palpação da tiróide), na avaliação da função auditiva (testes comportamentais, acústicos e electrofisiológicos), em exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, TC do ouvido interno, Electrocardiograma, Urina tipo II, Função Tiroideia e Análises Virulógicas e na avaliação pelas Consultas de Genética (estudo do doente e da família e despiste das principais causas de surdez genética), Oftalmologia (exame do fundo ocular e potenciais evocados visuais), Psicologia e Terapia da fala.

* Interna do Internato Complementar de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central – Hospital de São José

** Assistente Hospitalar de ORL do Hospital de Dona Estefânia

*** Audiologista do Hospital de Dona Estefânia

**** Psicóloga do Hospital de Dona Estefânia

***** Terapeuta da fala do Hospital de Dona Estefânia

***** Directora do Serviço de ORL do Hospital de Dona Estefânia

VASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DA CABEÇA E PESCOÇO

Ana Casas Novas, Luísa Monteiro

Serviço de Otorrinolaringologia do H. Dona Estefânia

Reunião de Serviço

Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: A vascularização da cabeça e do pescoço é de grande importância para o conhecimento de um otorrinolaringologista, na medida em que todas as regiões anatómicas alvo de intervenção médico-cirúrgica desta especialidade, encontram a sua irrigação a cargo das Artérias Carótidas Internas, Externas e Artéria Subclávia. Deste modo, só um perfeito conhecimento anatómico, de todo trajecto e relações das mesmas, poderá proporcionar uma prática médico-cirúrgica segura, com capacidade de minimizar hemorragias que podem pôr em risco a vida do doente.

Objectivo: Revisão anatómica da vascularização da cabeça e do pescoço, na perspectiva médica e cirúrgica otorrinolaringológica

Síntese de Revisão: A especialidade de otorrinolaringologia encontra localizada a sua área de intervenção na cabeça e pescoço (“ouvido” “nariz”, “garganta”).

A vascularização arterial da cabeça e pescoço encontra-se a cargo de três grandes grupos de artérias: Artérias Carótidas Externas e Internas e Artérias Subclávias. Estes grandes grupos são responsáveis pela origem de diversos ramos colaterais e terminais, os quais vão ser responsáveis pela vascularização das estruturas anatómicas da cabeça e de pescoço.

A amigdalectomia é uma das cirurgias mais frequentemente executadas na prática da otorrinolaringologia pediátrica, tendo como umas das maiores complicações a hemorragia, assim é fundamental conhecer a sua vascularização, saber que esta é mais abundante no polo inferior e que se faz às custas das Artéria Carótidas Externas, pelos seus ramos Lingual, Palatina ascendente e Facial.

Outra das áreas anatómicas de grande importância no que concerne à prática otorrinolaringológica é o septo nasal. A epistáxis é uma das ocorrências mais frequentes na prática otorrinolaringológica, pelo que se torna fundamental a necessidade de conhecer a importante área anastomótica, localizada na porção antero-inferior desta região, “Área de Kisselbach”. É nesta área que se localiza na maioria das vezes a origem da epistáxis, pelas anastomoses entre ramos colaterais e terminais da Artéria Carótida Externa e colaterais da Artéria Carótida Interna.

Também o ouvido apresenta uma enorme vascularização quer na sua porção externa, média ou interna, sendo fundamental para a compreensão da vascularização deste órgão, o conhecimento do importante Polígono de Willis, bem como dos três grupos de artérias responsáveis pela vascularização da cabeça e pescoço..

A tiróide outra área de intervenção desta especialidade, também ela encontra a sua vascularização a cargo das Artérias Carótidas Externas e Subclávia.

Assim, apenas por este breve resumo fica-se facilmente com a percepção de como o conhecimento da vascularização arterial da cabeça e pescoço é fundamental para uma boa prática otorrinolaringológica.

Conclusão: A vascularização arterial da cabeça e pescoço é de importância major na prática médica-cirúrgica otorrinolaringológica, encontrando-se presente em todas as possíveis intervenções cirúrgicas desta especialidade.

Palavras-chave: Vascularização da cabeça e pescoço; cirurgia otorrinolaringológica

ETIOLOGIA DA VERTIGEM NA CRIANÇA – REVISÃO TEÓRICA

José Croca **, A Lopes **, J Peres de Sousa *, Luísa Monteiro*

Serviço de Otorrinolaringologia HDE *, Serviço Otorrinolaringologia Hosp. S José **

Congresso de Otoneurocirurgia,

Angra do Heroísmo, Abril 2005

Objectivo: Revisão das causas de vertigem na criança.

Métodos: Revisão bibliográfica de artigos.

Discussão: A otite média aguda e a otite seromucosa são responsáveis pela maioria dos casos de vertigem (até 60%). A otite seromucosa está associada a alterações dos testes funcionais vestibulares em 3/5 doentes e provoca alterações vestibulares clínicas em 1/5 doentes. Geralmente o quadro regride após terapêutica com tubos de ventilação transtimpânica. Outras causas descritas como causando vertigem na criança são: enxaqueca (30%-39%), vertigem paroxística benigna da criança (15%-25%), neurite vestibular (14%), ansiedade (13%), trauma (7%), Doença de Ménière/hidrópsia (7%), patologia oftalmológica (5%), e ideopática (10%). Causas menos comuns são a VPPB, epilepsia, neoplasias do ângulo pontocerebeloso, neurite aguda e autoimune. Na nossa prática clínica, salienta-se a ocorrência de vertigem associada a episódios de torcicolo, embora não existam estudos devidamente controlados cientificamente.

UNIDADE DE OFTALMOLOGIA

DIRECTOR: DR JOSÉ CARLOS MESQUITA

NISTAGMO – ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Ana Xavier, José Mesquita

Curso de formação para internos organizado pelo Laboratório Alcon
Paço-de-Arcos, Outubro de 2005

Resumo: O nistagmo é uma alteração da estática ocular. É um sinal de grande alerta em neuroftalmologia, porque pode ser o primeiro sintoma de doença oftalmológica, neurológica ou geral.

Na presença de um doente com nistagmo, a preocupação do oftalmologista será o encaminhamento rápido para neurologia. Esta prática apesar de frequente não é correcta. O oftalmologista tem um papel muito importante no estudo dos doentes com nistagmo. Foi nesta perspectiva que resolvemos trazer aos internos de oftalmologia este importante tema da prática clínica diária.

Sabemos que as causas neurológicas podem ser dramáticas, o que é mais um motivo para eliminar outras etiologias.

Os autores apresentaram uma metodologia de estudo dos vários tipos de nistagmo e fizeram propostas terapêuticas no âmbito da oftalmologia.

O ESSENCIAL EM OFTALMOLOGIA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Ana Xavier, Cristina Brito, José Mesquita, José Nepomuceno, A Jorge, M C Ferreira

Ciclo de Cursos do Internato Médico do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, Novembro

Desenvolvimento da visão

O desenvolvimento da visão é uma área de difícil estudo uma vez que o processamento visual e a sua avaliação estão dependentes do desenvolvimento das estruturas oculares, do S.N.C. e do comportamento relacionado com a experiência visual. Foram destacados o paralelismo existente entre o desenvolvimento anatómico e o desenvolvimento funcional, tanto do sistema visual propriamente dito como do S.N.C., as noções de períodos críticos ou sensíveis e de plasticidade do sistema visual, o desenvolvimento simultâneo mas individual das diferentes funções visuais. A evolução da oculomotricidade (reflexo oculo-vestibular, nistagmo opto-cinético, sacadas, movimentos de perseguição, acomodação e vergência) do campo visual, das funções visuais (exploração do espaço, sensibilidade ao contraste, sensibilidade espectral, fixação ocular, cooperação binocular, fusão e estereopsia, acuidade visual) foi particularizada na sua relação com as diferentes fases do desenvolvimento.

Prematuridade

A retinopatia da prematuridade é uma doença vascular da retina que se deve à interrupção da sua vascularização pelo nascimento precoce. Se na maioria dos casos atinge estádios menos graves e regride, em certas crianças a sua evolução pode ser devastadora, com evolução para descolamento da retina e inevitável cegueira. O tratamento cirúrgico pode impedir essa

evolução se efectuado atempadamente. O rastreio de prematuros em risco é pois fundamental, devendo obedecer a critérios definidos. O acompanhamento oftalmológico deve acompanhar o crescimento destas crianças.

Traumatologia ocular

Os traumatismos óculo-orbitários são uma das principais causas não congénitas de cegueira monocular nas crianças.

A frequência, gravidade, dificuldade de diagnóstico e terapêutica, podem ter consequências dramáticas. A ambliopia é muito frequente.

Podem surgir muito precocemente, mesmo durante o parto com manifestações imediatas: lacerações palpebrais, hemorragias sub-conjuntivais, rotura da membrana de Descemet e hemorragias retinianas. As manifestações tardias são sequelas funcionais das primeiras.

Os traumatismos podem afectar isoladamente ou em conjunto:

- As pálpebras e vias lacrimais (equimoses e lacerações palpebrais)
- O globo ocular (traumatismos fechados, abertos e por agentes físicos e químicos)
- A órbita e seu conteúdo (traumatismos directos e indirectos)

Estes vários tipos de traumatismos foram objecto de apresentação detalhada e ilustrados com imagens.

Inflamação ocular

São abordadas as situações responsáveis pelo aparecimento de olho vermelho na criança, nomeadamente as conjuntivites nas suas diversas formas de apresentação (bacterianas, virais, alérgicas), as queratites (infecciosas, traumáticas) e as uveítes. Realça-se a relação existente entre as uveítes e patologia geral, não oftalmológica. Na sequência é feita referência às modalidades terapêuticas disponíveis.

O papel da Ortóptica na Oftalmologia Pediátrica

O Ortoptista ou técnico de Ortóptica é um profissional de saúde que trabalha em colaboração com o Oftalmologista, essencialmente na sua actividade assistencial. Colabora na realização do rastreio visual e na execução da maioria dos exames complementares da área. O seu papel é fundamental na área de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo, onde as suas competências profissionais o tornam um elemento indispensável no estudo e tratamento da ambliopia, estrabismo e outras perturbações da motilidade ocular.

CURSO DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

J. Murta, S Teixeira, Cristina Brito, C Paiva

Grupo Português de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo coordenado por Mesquita J.

XLVIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

Cascais, Dezembro de 2005

Durante o congresso anual da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, que se realizou em Cascais de 7 a 10 de Dezembro de 2005, foram ministrados 7 cursos de actualização que versaram vários temas de oftalmologia. No âmbito da oftalmologia pediátrica o curso, que tivemos o privilégio de coordenar, abordou os temas seguintes:

- Cataratas pediátricas;
- Retinopatia da prematuridade;
- Glaucoma congénito;

- Proptose aguda em crianças.

Pela importância dos assuntos tratados e pela excelência dos convidados e intervenientes, o curso de oftalmologia pediátrica registou elevada presença de oftalmologistas.

As cataratas pediátricas não tratadas são uma causa importante de ambliopia profunda. Quando precocemente diagnosticadas e correctamente tratadas, o prognóstico visual pode ser excelente, mesmo nos casos de cataratas monoculares que era francamente mau, num passado ainda muito recente. O aparecimento e aperfeiçoamento permanente das lentes intra-oculares e melhoria do material e das técnicas cirúrgicas por um lado e a sensibilização dos pais, educadores, médicos de família, pediatras, oftalmologistas e ortoptistas por outro, têm sido a chave da recuperação visual destas crianças.

Tivemos oportunidade de saber quais os avanços recentes neste campo.

O 2º tema a abordado, retinopatia da prematuridade, é uma complicação muito grave, que surge em prematuros de baixo peso.

A melhoria dos cuidados de reanimação em neonatologia tem permitido a viabilidade de grandes prematuros com o conseqüente aumento de complicações próprias da prematuridade. A nível oftalmológico a mais dramática é a retinopatia da prematuridade.

A imaturidade da vascularização retiniana dos prematuros de baixo peso aliada à hipóxia, pode provocar uma proliferação fibrovascular anárquica extra-retiniana, complicada de descolamento traccional da retina e perda da visão. Era a evolução dos doentes afectados com esta complicação. É possível começar a inverter este caminho com a observação sistemática dos prematuros de risco e nos casos em que se verifica retinopatia com evolução desfavorável, travá-la com recurso a terapia LASER.

A discussão deste assunto permitiu uma actualização quer em termos de diagnóstico atempado, oportunidade de tratamento e apresentação de alguns resultados de doentes já tratados entre nós.

O glaucoma congénito, 3º tema abordado, é uma doença grave, geralmente bilateral e na qual existe uma pressão ocular elevada associada a anomalias de desenvolvimento do ângulo irido-corneano ou secundário a alterações congénitas oculares ou gerais. Se não for atempadamente tratado, evolui para a cegueira. O tratamento é sempre cirúrgico. Felizmente é uma doença rara, cerca de 3/5 casos por 100 000 nascimentos, mas sempre dramática. A pressão ocular elevada leva à cegueira por atrofia do nervo óptico. É urgente a normalização da pressão ocular para preservar a função visual.

Ficamos a saber quais as perspectivas actuais para controlar estas situações, cuja raridade só permitirá experiência, se todos os casos forem centralizados. Estima-se que cada oftalmologista observa 1 ou 2 doentes no consultório durante a sua vida. A dispersão impede a aquisição de experiência e, em meu entender, devem ser criados centros de referência com o aval da SPO para enviar e tratar estes doentes.

O 4º tema a tratado neste curso, foi dirigido à proptose aguda na criança. A proptose é a manifestação mais frequente da patologia da órbita, é uma saliência uni ou bilateral anormal dos olhos, que são empurrados para a frente, secundária a patologia traumática, tumoral, infecciosa ou hemorrágica da órbita, ou devida a patologia geral. A diversificada etiologia e sua gravidade, como a celulite orbitaria que é frequente nas crianças, foi determinante para a escolha deste tema no curso de oftalmologia pediátrica, dando oportunidade aos oftalmologistas de fazerem uma actualização num capítulo de prática clínica frequente.

Após a apresentação dos temas, um grupo de comentadores fez os comentários tidos por convenientes e seguiu-se uma discussão entre os presentes, que tiveram oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e fazer os seus comentários.

**GLAUCOMA CONGÉNITO /
CURSO : OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA**

Cristina Brito, José Mesquita.

Unidade de Oftalmologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XLVIII Congresso Português de Oftalmologia

Cascais, Dezembro de 2005

O glaucoma na criança ou adolescente é muito raro, ao contrário do glaucoma do adulto.

Pode ter várias causas, sendo habitual dividi-lo em primário e secundário. As anomalias do desenvolvimento do ângulo da câmara anterior têm um papel importante neste grupo etário.

O tipo mais frequente é o glaucoma congénito primário, correspondendo a 55% dos casos pediátricos e tendo uma incidência aproximada de 1 para 10 000 nados-vivos. Associa-se a uma trabeculodisgenesia isolada, afectando com maior frequência os dois olhos. Em 80% dos casos manifesta-se durante o primeiro ano de vida, em 25% no período neonatal. Embora de ocorrência esporádica, é hereditário, sendo a genética heterogénea.

A dificuldade na drenagem do humor aquoso leva ao aumento da tensão ocular, responsável por toda a sintomatologia: alargamento do globo ocular (búftalmo), distensão da córnea e outras estruturas do globo ocular, edema e opacificação corneana, lesão do nervo óptico. O lactente com glaucoma pode apresentar-se com fotofobia, lacrimejo e blefarospasmo, o que é muito sugestivo. Na criança mais velha ou no adolescente as manifestações mais prováveis são miopia e alterações campimétricas.

O diagnóstico baseia-se na verificação da hipertonia ocular, podendo ser necessário o recurso a anestesia geral para a sua determinação, na gonioscopia e na exclusão de outras causas.

O tratamento do glaucoma congénito primário é cirúrgico, podendo ser coadjuvado temporariamente por antiglaucomatosos. São discutidas as técnicas cirúrgicas e respectivas indicações. A reabilitação visual destas crianças é fundamental.

OCT (TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA)

Curso 1: Exames Complementares de Diagnóstico -Novos Avanços

Ana Xavier

Unidade de Oftalmologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

XLVIII Congresso Português de Oftalmologia

Cascais, Dezembro de 2005

A Tomografia de Coerência Óptica (OCT) é uma técnica não invasiva, de não contacto, transpupilar, normalmente muito bem tolerada pelos doentes. A velocidade de execução é muito rápida, pode dispensar dilatação pupilar e não requer transparência total dos meios. É baseada nos princípios de interferometria de baixa coerência óptica. Obtém-se assim uma informação morfológica bidimensional “in vivo” de cortes transversais finos da retina, com leituras horizontais, transversais e oblíquas a 360°, com uma alta resolução longitudinal da ordem dos 8 – 10 µm e transversal de cerca de 70 nm. A análise processada dos *scans* permite

ainda uma informação quantitativa, bem como o armazenamento e reprodução dos dados tomográficos obtidos, nomeadamente a repetição e comparação em exames posteriores. Os resultados são também apresentados em tabelas e gráficos colorimétricos para interpretação e quantificação facilitadas. Os numerosos algoritmos de análise dos scans permitem uma variedade de informações susceptíveis de grande desenvolvimento em termos de investigação clínica. O OCT constitui um exame particularmente interessante em patologia do pólo posterior onde tem um desempenho excelente. A correlação da arquitectura retiniana no OCT com a histologia é muito significativa. Tem boa reprodutibilidade. O OCT disponibiliza uma análise topográfica quantitativa do disco óptico e da espessura da camada de fibras nervosas peripapilares nos 360°, múltiplos parâmetros entre eles o diâmetro e área do disco óptico, o diâmetro e a área da escavação, a área e o volume do anel neuro – retiniano, as relações diâmetro da escavação/ disco óptico vertical e horizontal, apresentadas em gráficos colorimétricos. Aplica bases de dados normativas por idade relativas à espessura da camada de fibras nervosas o que contribui para uma melhor interpretação dos resultados. O OCT contribui para uma boa evidência das relações funcionais e topográficas na doença glaucomatosa. O OCT tem várias potencialidades em neuro – oftalmologia nomeadamente na análise descritiva do disco óptico e na avaliação e seguimento das neuropatias ópticas pela morfometria quantitativa da camada de fibras nervosas. A partir dos 4 anos, e apesar da pouca idade, a maioria das crianças tolera bem o exame e coopera de forma a se obterem imagens tomográficas acuradas. O OCT permite neste grupo etário informação adicional que pode não ser óbvia na ultrassonografia ou no exame do fundo ocular. O OCT pode ser usado como técnica de imagem para o segmento anterior. Novas tecnologias de Tomografia de Coerência Óptica (OCT) têm sido recentemente desenvolvidas, revelando significativos melhoramentos da técnica, embora actualmente estes sistemas não se encontrem ainda comercializados: Tomografia de Coerência Óptica Tridimensional (ef OCT), Tomografia de Coerência Óptica de Alta Resolução (UHR OCT), Tomografia de Coerência Óptica de Domínio Espectral (SD/FD OCT).

UNIDADE DE ESTOMATOLOGIA

DIRECTORA: DR^a ROSÁRIO MALHEIRO

GRANDES QUISTOS DOS MAXILARES – DESCOMPRESSÃO PRÉ-CIRÚRGICA

Rosário Malheiro, Ana Fernandes

Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia

4^a Reunião Científica Anual Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses

Palmela – 23 e 24 de Setembro de 2005

A descompressão pré-cirúrgica de grandes quistos odontogénicos dos maxilares, pela inserção de tubos acrílicos pré-confeccionados, ancorados nas tábuas ósseas, revela-se de especial interesse na criança.

É um método comum, na Unidade de Estomatologia do HDE.

No terminus do crescimento, a descompressão diminui o risco de lesão de estruturas anatómicas nobres, favorece a transformação dos epitélios e a enucleação in toto, diminui o índice de recidivas dos queratoquistos odontogénicos - especialmente do Tipo Forsell 1^a e permite intervenções sem recurso a logística onerosa.

Na criança, a descompressão também induz o reposicionamento de germens dentários deslocados pelo crescimento expansivo, permitindo que se não proceda a mutilação e à indução de alterações relevantes do crescimento e desenvolvimento da face.

As autoras apresentam múltiplas TACs da face, relativas a crianças com quistos odontogénicos gigantes, reveladoras de diminuição volumétrica progressiva e extrema, anterior a quistectomia de latitude muito conservadora.

UNIDADE DE NEUROCIRURGIA

DIRECTOR: DR LUÍS TÁVORA

EMPIEMA SUBDURAL A *SALMONELLA ENTERITIDIS*: UM CASO CLÍNICO”

Sandra Santos*, Marta Oliveira*, Mário Matos**, Luis Varandas*.

*Unidade de Infeciologia, Serviço 1 de Pediatria, **Serviço de Neurocirurgia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia, Lisboa (Póster)

Novembro de 2005

Introdução: A infecção intracraniana é uma complicação rara da *Salmonella*, geralmente resultante da disseminação hematogénica a partir de outro foco infeccioso. A *Salmonella* mais frequentemente isolada é a *Salmonella typhi*. Menos frequente é o isolamento de espécies não-typhi, das quais a mais comum é a *Salmonella enteritidis*.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 18 meses, natural de São Tomé e Príncipe, evacuada do país de origem com o diagnóstico de “hidrocefalia secundária a meningoencefalite bacteriana”. A criança apresentava-se desnutrida ($P < < 5$), com macrocrania ($P > > 95$), FA abaulada e olhos em ponte, com paralisia cerebral, atraso do crescimento e do desenvolvimento psicomotor. Analiticamente os parâmetros eram compatíveis com infecção bacteriana activa e a reacção de Widal era positiva para Ant. Tífico O (1/640) e Ant. Tífico H (1/640). A TAC-CE, realizada sem contraste, mostrava uma lesão expansiva, que ocupava praticamente todo o hemisfério esquerdo, com desvio/herniação das estruturas medianas para a direita.

Após punção transfontanelar, com drenagem de “pus verde” e isolamento da *Salmonella enteritidis*, a orientação terapêutica desta criança assentou numa abordagem cirúrgica, com drenagem em derivação externa e posterior colocação de um shunt ventrículo-peritoneal, acompanhada de antibioterapia dirigida.

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

DIRECTORA: DR^a. LURDES SANTOS

ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM PEDIATRIA: O QUE HÁ DE NOVO?

Teresa Rocha

Anestesiologia do Hospital de D. Estefânia

I Congresso do CAR/SPA

III Jornadas de Anestesiologia do Algarve, Ilhas Atlânticas, Andaluzia, Estremadura e Norte de África

Terceira, Açores, Outubro de 2005

INTRODUÇÃO

A mudança de atitude face à dor em pediatria é sem dúvida, uma das grandes conquistas do século XX. Actualmente é inquestionável a existência de dor em crianças de todas as faixas etárias, impondo-se o seu tratamento desde que tenhamos em consideração os factores relacionados com o desenvolvimento e patologia. Outro aspecto importante é a avaliação da dor, que em pediatria pode trazer alguma controvérsia, embora o mais importante seja perguntar directamente se dói.

OBJECTIVOS

Em virtude das limitações dos ensaios em pediatria é importante avaliar fármacos e técnicas actualmente disponíveis para o combate à dor pós operatória.

SÍNTESE

As novidades em analgesia pediátrica centram-se em três aspectos fundamentais;

- Novos fármacos
- Novas técnicas
- Abordagens não farmacológicas

Relativamente aos fármacos há que referir, os Novos Opióides – Remifentanyl, Rapifentanyl e o Mirfentanyl, sendo o primeiro de maior utilização em pediatria;

Novos Anti- inflamatórios não esteróides – Ketorolac, lembrar que não é selectivo;

Novos Anestésicos Locais – Ropivacaína e Levobupivacaína com fraca toxicidade;

E finalmente os Fármacos coadjuvantes – Clonidina, Ketamina e Corticóides com resultados ainda controversos.

Quanto às técnicas não sendo novidade em adultos são-no em pediatria: PCA, PCEA

(analgesia controlada pelo doente por via EV ou epidural) e Técnicas de Anestesia ou Analgesia Regional, qualquer delas com muito bons resultados.

As abordagens não farmacológicas, mostram ser importantes como adjuvantes terapêuticos em especial o Biofeedback, a Hipnose e a Abordagem Cognitiva-Comportamental.

CONCLUSÃO

- Existem várias armas terapêuticas, não fazer nada NUNCA!
- Planear a analgesia pós operatória e adaptar conforme a dor e o doente.
- Se a dor é difícil de controlar, junte um adjuvante ou tire partido da medicação antes de mudar ou comece por aumentar a dose em vez do intervalo.

- Use os opióides em doses mais baixas que as recomendadas e antes de aumentar a dose inclua o paracetamol.
- Se usar anti-inflamatórios proteja o estômago
- Tem muitas opções escolha uma!

HIPNOSE EM PEDIATRIA

Teresa Rocha

Serviço de Anestesiologia do Hospital de D. Estefânia

Avaliação Final do I Curso de Hipnose em Clínica Médica do Instituto de Formação Avançada – Gabinete de Formação Contínua da Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução:

Em 1779, Mesmer descreveu o primeiro caso duma adolescente tratada por hipnose. Desde então, houve um interregno de quase 200 anos, até se admitir que as crianças eram mais facilmente hipnotizáveis que os adultos. Em 2000 foram descritos mais de 300 casos tratados com hipnose num Centro de Pneumologia Infantil em Inglaterra.

Definição:

Estado modificado de consciência em que co-existem 3 factores – focalização da atenção, relaxamento e facilitação à sugestão.

Indicações:

Mais de 3 anos de idade; importante no tratamento de doenças com forte componente psicológica (comunicação mente – corpo); Perturbações do Comportamento - tiques, pesadelos, enurese nocturna, perturbações alimentares, ansiedade, stress; Doenças Crónicas – asma, fibrose quística, cefaleias, neoplasias; Controle da Dor e Sintomas Iatrogénicos – náusea e vómitos da quimioterapia, fobias de picadas e facilitação de tratamentos médico – cirúrgicos.

Métodos:

Entrevista pré hipnótica; Indução (técnica das bolinhas de sabão, contador de histórias, relaxamento progressivo, etc); Aprofundamento (descer escadas, esquiar montanhas e outros, devendo-se testar a profundidade hipnótica); Sugestão (sempre positiva e relevante para o problema actual); Despertar (ao contrário da indução). Ter em conta os gostos e as preferências da criança, adequar a imaginação aos sintomas e ao nível de desenvolvimento da criança.

Conclusão:

A Hipnose em Pediatria adquiriu a máxima importância na comunicação mente-corpo, permitindo o alívio de sintomas relacionados com doenças agudas e crónicas e a facilitação de aceitação a múltiplos tratamentos o que aumenta a Qualidade e Humanização dos serviços prestados. Não tem contra indicações formais, apenas não se pratica em casos de acentuada debilidade mental. O seu uso em Pediatria está facilitado pois pode-se recorrer aos estados hipnóticos espontâneos, frequentes nesta faixa etária.

HIPERTERMIA E ANESTESIA / ANALGESIA REGIONAL

Ana Gonçalves

Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia

Congresso de Anestesia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Lisboa, Maio 2005

A hipertermia é um problema comum durante o trabalho de parto. Pode resultar de uma grande variedade de factores, desde causas patológicas tais como infecções virais, bacterianas ou outras – ou não patológicas como a administração de alguns fármacos capazes de desencadear hipertermia, ambiente das salas de parto ou mesmo da própria técnica regional.

Objectivos:

Ponderar e analisar se a presença de hipertermia é contra-indicação para o uso de técnicas regionais.

Resultados:

Perante vários estudos apresentados e publicados ao longo dos últimos anos tentou-se comprovar que a presença de hipertermia não é contra-indicação para o emprego de uma técnica regional desde que correctamente identificada e corrigida a sua causa se necessário. Demonstrou-se que a técnica em si pode ser desencadeante de hipertermia não sendo no entanto um responsável isolado.

Conclusões:

A hipertermia na grávida pode ter vários factores desencadeantes, alguns que necessitam de terapêutica, outros que pressupõem uma diferente abordagem por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente na reeducação de algumas atitudes de rotina que devem ser modificadas.

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA - EMERGÊNCIA

DIRECTOR: DR. CARLOS VASCONCELOS

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

RESPONSÁVEL: DR.^a MICAELA SERELHA

ELECTIVE NASAL CPAP VS MODERN CONVENTIONAL VENTILATION IN PRETERM NEWBORN BABIES

M.Teresa Neto, Graça Henriques, Maria João Laje, Micaela Serelha

Neonatal Intensive Care Unit - Hospital de Dona Estefânia, Lisbon, Portugal

46th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Research (Poster com exposição oral)

Siena, Ag/Set de 2005;

XI European Workshop on Neonatology (Comunicação oral)

Freiburg, Outubro de 2005;

I International Meeting on Neonatology – XXXIII Congresso of the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatric (Comunicação oral)

Vila Moura, Outubro de 2005

Background - In 2001, patient triggered ventilation with guarantee volume (SIPPV+GV and PSV+GV) delivered by Babylog 8000 plus® was started at the NICU of Dona Estefânia Hospital. After reopening of the hospital maternity it was also possible to start elective nasal CPAP (EnCPAP) delivered by Infant Flow®. *Objective*: To know the prevalence of EnCPAP use in preterm babies, to study population characteristics and to compare data with that of Modern Conventional Ventilation (MCV). *Kind of study*: observational. *Population*: All preterm newborn babies (GA<37 weeks), born at our maternity from April 2001 through December 2004, admitted at the NICU and not needing surgical intervention, were enrolled. Babies electively selected and exclusively ventilated with nCPAP were enrolled in the EnCPAP group; the remaining, including those selected for EnCPAP but in whom this kind of support failed, were enrolled in the MCV group. *Results*: During the period of the study there were 285 preterm newborn babies, born at the maternity of the hospital, admitted at the NICU and not operated on; 124 did not need any kind of respiratory support; the remaining 161 were enrolled in the study – 86 (53,4%) in the MCV group, 75 (46,6%) in the EnCPAP group. Nine babies elected for EnCPAP had to pass to MCV (failure of EnCPAP). During the study period the use of EnCPAP increased from 37% to 58%. Babies under EnCPAP had higher gestational age (GA) (median 32 vs. 30w, p=0.000) and higher birth weight (median 1660 vs. 1298g, p = 0.000). Babies over 30 weeks of GA were predominantly ventilated with EnCPAP. Newborns under EnCPAP had significant higher rate of prenatal steroids (96.3% vs. 82.9% p=0.03), lower incidence of HMD (24% vs. 68,6% p=0.000), surfactant was used less frequently, (61.1% vs. 94,9% p=0.000), and the incidence of BPD was lower (0% vs. 8.1% p=0.03).

Pneumothorax was observed in 1/75 EnCPAP and in 2/86 MCV (1,3% vs. 2.3% p= 0.9). Clinical severity scores (CRIB, NTISS and SNAP) were significantly lower in babies under EnCPAP. Fourteen percent (14%) of babies under MCV were ventilated 6h or less suggesting that they could have been elected for EnCPAP; on the same way 5.3% of those under EnCPAP had CPAP for 6h or less suggesting they did not need any kind of ventilation. *Conclusion:* Despite new and more physiologic modes of CV this continues to be an invasive treatment. Nasal CPAP is a valid alternative that should be considered in those healthy preterm newborn babies with full prenatal care.

Key-words: modern conventional ventilation, nasal CPAP, preterm infants

CPAP NASAL ELECTIVO EM RN PRÉ-TERMO

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia (Palestra)

Lisboa, Novembro de 2005

A pressão positiva contínua administrada de modo não invasivo por via nasal (CPAP nasal electivo) é um modo de ventilação usado desde há muitas décadas nos países do norte da Europa. Múltiplos factores condicionaram que esta técnica ventilatória não se tornasse de uso corrente por todo o mundo. Com a melhoria de cuidados pré-natais nomeadamente o uso de corticóides e apesar da segurança da ventilação convencional moderna (VCM) tem-se vindo a assistir a um renovado interesse da aplicação desta técnica mesmo em recém-nascidos com dificuldade respiratória e necessidade de surfactante. Com a reabertura da maternidade do Hospital de Dona Estefânia foi possível utilizar electivamente CPAP nasal (CPAPne) em recém-nascidos pré-termo (RNPT) como modo de ventilação exclusivo. Num estudo observacional, estudámos as características da população de RNPT ventilados em CPAPne e comparámos os resultados com os obtidos com VCM (SIPPV+VG ou PSV+VG). Foram incluídos neste estudo todos os RNPT, sem anomalias congénitas, admitidos na UCIN, nascidos na maternidade do hospital de Abril-2001 a Dezembro-2004. Houve 285 RN com as condições referidas. Dos 161 que necessitaram ventilação, 86 (53,4%) foram ventilados com VCM e 75 (46,6%) em CPAPne. O uso de CPAPne aumentou de 37% para 58% ao longo dos 4 anos do estudo. A partir das 30 semanas de idade gestacional o CPAPne é o modo de ventilação mais frequentemente utilizado. Os RN em CPAPne tinham idade gestacional e peso ao nascer significativamente mais elevados (mediana 32s vs. 30s, p=0.000) (mediana 1660g vs. 1298g, p = 0.000); houve uso mais frequente de corticóides pré-natais (96.3% vs. 82.9% p=0.03), menor incidência de DMH (24% vs. 68,6% p=0.000), uso menos frequente de surfactante (61.1% vs. 94,9% p=0.000) e menor incidência de displasia broncopulmonar (0% vs. 8.1% p=0.03) no grupo de RN em CPAPne nos quais se verificou também pontuação de critérios de gravidade significativamente mais baixa (CRIB, NTISS e SNAP). *Conclusão:* O CPAPne mostrou ser um modo de ventilação alternativo e seguro em RNPT. O seu uso cada vez mais frequente na UCIN traduz uma melhoria efectiva de cuidados ao RN que apenas é possível se for precedida dos cuidados adequados ao feto.

Palavras-chave: CPAP nasal, Pré-termo, Ventilação não invasiva,

WHAT IS NEW IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL INFECTIONS DURING THE NEONATAL PERIOD

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

I International Meeting on Neonatology and XXXIII Congress of the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics (Palestra)

Vila Moura, Outubro de 2005

Characteristics of congenital infections make them very difficult to diagnose: usually mother infection is asymptomatic; signs and symptoms of infection in foetus and newborn do not differentiate one infection from another or the infection is asymptomatic; rarely have newborns a positive IgM; IgG use to be as high as that of the mother and cross reactions may occur introducing confounding information. In some kind of infections cultures are possible but results take time. Until few years ago this was all we had to diagnose a congenital infection. Sometimes it took the first year of life to have a correct diagnosis. However the great majority of infected babies would profit of an early and correct diagnosis aiming to start therapy, to alleviate sequelae or just to inform parents or trying to prevent the infection in future siblings. Some new diagnostic tests such as IgG avidity, western blot, micro cultures, detection of antigens and, mainly, detection of DNA by PCR brought a new hope on an early diagnosis of many of these infections. The persistence in searching for the correct diagnose may be compensated sometimes. Other times the feeling is that infection is not yet known, that a new virus is the causative organism because at the end of a persistent searching of current micro organisms nothing is found.

Key-words: Congenital infections, diagnostic methods, PCR

CONTROL OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTION AT A NICU.

M. Teresa Neto, Micaela Serelha

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

46th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research. (Poster com exposição oral)

Siena Agosto/Setembro de 2005;

I International Meeting on Neonatology – XXXIII Congress of the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics (Poster com exposição oral)

Vila Moura, Outubro de 2005

Background: Hospital acquired-infection (HI) is one of the most important problems at a NICU. Continuous surveillance and prompt intervention to correct practices are the best way to decrease rates. *Objective:* To report monitoring and results of HI at a NICU. *Patients and Methods:* All newborns admitted are enrolled during all staying; a form is filled in describing kind of infection, microorganisms and resistance. Audits are done every 6 months or punctually if any anomaly is found. *Results:* From 2000 to 2004 infectious episodes /1000 days

of hospitalization and /100 admitted newborns decreased respectively from 19.3 to 7.7 and from 28.4 to 13.8; pneumonia/1000 ventilation day has varied from 1.7 in 2000 and 3.8 in 2001 but during 2004 increased to 9.1; septicaemia/1000 catheter days decreased from 18.5 in 1995 to 6.8 in 2000 and has varied between 0.9 and 3.8 from 2001 to 2004. Very Low Birth Weight newborn Infection caused by Coagulase negative Staphylococcus decreased from 12.2% in 2002 to 4.3% in 2004. *Conclusion:* The policy of prospective reporting of nosocomial infection has shown to be very useful allowing decreasing almost all items evaluated.

Key-words: Control of infection, NICU, nosocomial infection, surveillance

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

M. Teresa Neto, Rui Alves, Micaela Serelha

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência., Serviço de Cirurgia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia (Comunicação oral)

Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: Em cuidados intensivos neonatais os problemas em obter consentimento esclarecido são diversos dos encontrados noutros serviços de saúde.

Objectivo: Avaliar a política e os procedimentos relacionados com o consentimento esclarecido na UCIN do Hospital de Dona Estefânia.

Resultados: Cerca de 16 procedimentos "comuns" numa UCIN são reconhecidos como tendo consentimento implícito - ou porque são procedimentos de emergência ou porque são de rotina e têm baixo risco. Na UCIN do HDE reconheceram-se 15 outras situações, para as quais foi proposto o consentimento esclarecido: 9 são procedimentos cirúrgicos; 3 estão relacionadas com exames complementares de diagnóstico; 1 com a autorização para realização de autópsia; as restantes dizem respeito a transfusão de componentes de derivados sanguíneos e colocação de cateteres venosos centrais de longa duração. De acordo com a política foram feitas folhas de informação escrita para os pais, de modo a complementar a informação oral, explicando do modo mais simples possível a complexidade de determinada patologia e os riscos inerentes à intervenção programada. Esta informação foi da responsabilidade ou envolveu as Unidades ou serviços implicados. A política foi bem aceite pelos profissionais verificando-se uma melhoria no seu cumprimento ao longo dos 3 últimos anos. Nas auditorias realizadas ao processo clínico em 2003 não havia consentimento em nenhuma das situações devidas; em 2004 o número de processos em que a medida era aplicável foi insignificante nas duas auditorias; a primeira auditoria de 2005 revelou que 5 de 8 situações cumpriam a política. As maiores dificuldades relacionam-se não com o consentimento em si, mas na dificuldade em conseguir a presença dos diversos intervenientes em tempo útil, nomeadamente no que respeita às intervenções cirúrgicas.

Conclusão: A obtenção de consentimento esclarecido é um procedimento complexo, com múltiplos factores de insucesso pelo que uma boa aceitação nem sempre se traduz no cumprimento completo da política.

Palavras-chave: consentimento esclarecido, consentimento implícito, folhas de informação

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Reunião Anual da CCIH do Hospital de Dona Estefânia – Hospital,
Ambiente Seguro (Conferência.)

Lisboa, 12 de Janeiro de 2005.

A resistência bacteriana pode ser inata ou adquirida. Esta última, que constitui a grande preocupação dos clínicos, microbiologistas e epidemiologistas, é devida predominantemente à pressão selectiva decorrente do uso e abuso dos antibióticos em múltiplas situações, muitas das quais não relacionadas com a saúde do ser humano. A infecção hospitalar por microorganismos multirresistentes pode ter consequências muito graves, não só para o doente como também para a instituição de saúde onde está internado. Há vários mecanismos que levam a que uma bactéria se torne resistente a determinados antibióticos e vários modos para surgir uma estirpe resistente. Os microorganismos mais temíveis no que respeita à multirresistência são os *Enterococcus* vancomicina-resistentes, o *Staphylococcus aureus* metilicilina-resistente e as Enterobacteriaceas multirresistentes, nomeadamente a *Klebsiella pneumoniae*. Para cada um destes agentes as medidas de tratamento e tentativa de erradicação estão bem definidos mas eventualmente podem não ser eficazes. Contudo essa luta passa necessariamente pelo conhecimento da epidemiologia de uma unidade ou serviço e da sensibilidade das bactérias mais frequentemente encontradas. Conjuntamente, o uso racional de antibióticos é, potencialmente, o método mais eficaz de prevenir a multirresistência.

Palavras-chave: antibióticos, controlo de infecção, epidemiologia, resistência bacteriana

POLÍTICA DE PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS.

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Reunião Anual da CCIH do Hospital de Dona Estefânia – Hospital, Ambiente Seguro.
(Palestra em mesa redonda)

Lisboa, 12 de Janeiro de 2005.

Uma política correcta de antibióticos constitui a medida mais eficaz de evitar a resistência bacteriana e controlar a infecção hospitalar com bactérias multirresistentes. A ausência de política condiciona o uso indiscriminado e aleatório de antibióticos, com prescrições diferentes para as mesmas condições, gastos acrescidos e selecção de estirpes. Esta atitude é condicionada pela ignorância, pelo receio de tratamento sub óptimo e pela falta de confiança. Existem vários métodos para restringir o uso indiscriminado de antibióticos: protocolos locais, regionais ou nacionais; formulário hospitalar; ordem automática de paragem; folha de prescrição; aprovação, caso a caso, por profissional conhecedor do assunto. Existem também métodos para melhorar o seu uso que passam, nomeadamente, por maior rapidez na resposta laboratorial, selecção criteriosa dos antibióticos introduzidos no antibiograma, conhecimento da epidemiologia microbiana do serviço ou unidade e revisão sistemática dos antibióticos prescritos. Para esta última existem vários métodos: pelo registo farmacêutico, por vigilância

por serviços, por vigilância da profilaxia em cirurgia, por vigilância da prescrição em doenças específicas, por revisão do processo clínico por médico experiente ou, ainda, por auditoria a problemas clínicos específicos cada um deles com prós e contras. As comissões hospitalares de Controlo de Infecção e de Antibióticos devem desempenhar um papel fulcral na vigilância da resistência microbiana e no uso de antibióticos de uma instituição hospitalar. Para que isso seja possível devem ser-lhes dadas as condições essenciais nomeadamente pessoal administrativo, enfermeira a tempo inteiro e em dedicação exclusiva, representantes médicos das áreas mais sensíveis e críticas do hospital, com interesse na área, disponibilidade horária e espaço próprio de trabalho.

Palavras-chave: antibióticos, auditorias, política de prescrição,

GASTOS COM ANTIBIÓTICOS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Lurdes Ventura, M. Teresa Neto

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar. Palestra

Reunião Anual da CCIHA do Hospital de Dona Estefânia – Hospital, Ambiente Seguro.

Lisboa, Hospital de Dona Estefânia, Janeiro de 2005

Workshop da CCIHA - Congresso do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: A prescrição correcta de antibióticos (AB) é o modo mais eficaz de diminuir as resistências e é uma preocupação permanente da CCIH e Antibióticos.

Objectivo: Quantificar os gastos com antibióticos administrados por via endovenosa (EV) no Hospital de Dona Estefânia nos anos de 2003 e 2004 bem como as principais tendências de prescrição.

Material: Os dados foram fornecidos pelos Serviços Farmacêuticos do Hospital de Dona Estefânia com base nos registos informáticos próprios e nos fornecidos pelo IGIF.

Métodos: Foram analisados os gastos com antibióticos administrados por via EV aos doentes internados no Hospital de Dona Estefânia nos anos de 2003 e 2004. para cada antibiótico foi avaliado o número de embalagens prescritas, o consumo total em gramas, o custo total em euros e o custo por grama.

Resultados: O grupo de AB mais prescritos foi o das penicilinas (43% do total das prescrições e 32% do total dos gastos), seguido do das cefalosporinas de segunda geração (20% do total de prescrições e 27% dos gastos), dos aminoglicosídeos (13% do total de prescrições e 3% dos gastos), e, finalmente do das cefalosporinas de terceira geração (9% do total de prescrições e 16% dos gastos). No grupo das penicilinas os AB mais prescritos foram a benzilpenicilina, ampicilina e amoxicilina/ác. clavulâmico. No grupo das cefalosporinas, a cefoxitina foi o AB mais prescrito (70%). A cefazolina, protocolada como antibiótico a utilizar em profilaxia cirúrgica, correspondeu apenas a 9% das prescrições. No grupo dos aminoglicosídeos, a gentamicina assumiu a liderança destacada de prescrição (90%). No grupo das cefalosporinas de terceira geração o ceftriaxone foi o mais prescrito, seguido da cefotaxima. A ceftazidima teve uma prescrição importante (28%). O metronidazol e a clindamicina corresponderam em conjunto, a 10% das prescrições e 8% dos gastos. O grupo dos glicopeptídeos correspondeu apenas a 2% das prescrições e o dos carbapenems a 1%. Os gastos totais em antibióticos EV foram 357.256 euros, o que correspondeu a 62% do gasto

total em antibióticos que foi 581.175 euros, a 32% dos gastos em agentes anti-infecciosos (1.810.619 euros) e a 6.1% dos gastos totais em terapêutica (9.508.872 euros).

Conclusões: O gasto com antibióticos administrados por via EV no período analisado parece-nos bastante aceitável, atendendo às características do Hospital Dona Estefânia e ao tipo de doentes internados. As tendências de prescrição foram correctas na maioria dos casos, sendo preferidos “velhos antibióticos”, eficazes e de baixo preço. Há que melhorar a adesão à profilaxia em cirurgia e limitar ou tentar diminuir a prescrição de alguns antibióticos mais caros e mais indutores de resistências sempre que haja alternativas válidas e mais adequadas.

Palavras-chave: Antibióticos, consumo, hospital pediátrico

CIRURGIA NEONATAL - CIRURGIA NA UCIN.

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Jornada de Neonatologia. Maternidade Júlio Dinis. Palestra
Porto, Novembro de 2005

A cirurgia tem vindo a ganhar um papel cada vez maior em neonatologia, nomeadamente em cuidados intensivos neonatais. Esta importância crescente advém da maior sobrevivência de recém-nascidos (RN) gravemente doentes com necessidade de cateteres venosos centrais por exemplo e da sobrevivência de RN de extremo baixo peso com complicações decorrentes da extrema prematuridade, nomeadamente enterocolite

Necrosante ou persistência do canal arterial. Para além destas intervenções continua a haver a patologia congénita malformativa, susceptível de correcção cirúrgica e que é intervencionada no período neonatal. Uma grande intervenção cirúrgica neste período da vida – a não ser em condições excepcionais em que pode ser “life saving” – deve ocorrer em condições clínicas excelentes, com óptima estabilidade fisiológica – muitas vezes arduamente conseguida. O paradigma destas situações é a hérnia diafragmática congénita. Neste contexto, o transporte para o bloco operatório pode ser catastrófico destruindo o trabalho de muitos dias. De modo a obviar esta desestabilização alguns autores advogam que intervenções cirúrgicas de RN gravemente doentes sejam realizadas na UCIN. As vantagens para o doente são evidentes uma vez que não é necessário interromper a ventilação mecânica nem mudar de ventilador, interromper a administração de óxido nítrico por exemplo, mudar sensores, etc. Contudo, proceder a uma intervenção cirúrgica na UCIN implica boas condições logísticas, mobilização de pessoal médico e de enfermagem, frequentemente limitação temporária da lotação da unidade, adesão plena do cirurgião que irá intervir num espaço que não é o seu, nem cirúrgico, e da anestesia que vai tomar conta de um doente ventilado com um aparelho que não é o seu, com drogas que não são as suas, num espaço adverso. A vantagem de toda esta boa vontade é que o RN nem fica a saber que foi operado. Na UCIN do Hospital de Dona Estefânia tem-se vindo a instituir a prática de intervencionar os RN na Unidade com óptimos resultados, mantendo-se o RN muito estável quer durante quer após a intervenção.

Palavras-chave: cirurgia, recém-nascido, UCIN

RASTREIO E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO POR *STREPTOCOCCUS* DO GRUPO BETA HEMOLÍTICO – PERSPECTIVA DO PEDIATRA.

M. Teresa Neto.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Reunião Científica, Maternidade Júlio Dinis. (Palestra)

Vila do Conde Novembro, 2005

Por um estudo desenvolvido pela Secção de Neonatologia da SPP em 1999 e 2000, era sabido que, em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, o *Streptococcus* do grupo B (SGB) era o agente mais frequentemente isolado nas infecções neonatais de origem materna. Foi esse um dos motivos que levou á realização do estudo epidemiológico nacional sobre infecção a SGB, levada a efeito através da Unidade de Vigilância Pediátrica da SPP com início em 2001. Outro objectivo deste estudo foi determinar se a prevenção da transmissão perinatal da infecção se devia basear apenas no risco infeccioso ou também no rastreio do estado de portadora ás grávidas. Apenas eram aceites como “casos” os RN ou lactentes com infecção comprovada a SGB. Foram declarados 220 casos em 4 anos o que corresponde a uma incidência estimada de cerca de 0,5/1000 nados-vivos; a infecção foi mais elevada no Norte do País que no Centro ou Sul; 80% das crianças afectadas eram RN de termo e 81% ficaram doentes nos primeiros 7 dias de vida. A infecção para além dos 28 dias foi rara. Apenas 30% das crianças com infecção precoce nasceram de mães com risco conhecido o que implica que os restantes 70%, ficaram doentes por serem filhos de mãe portadora, sem outros factores de risco, nomeadamente prematuridade, rotura de membranas >18h ou febre materna. A mortalidade da infecção foi de 6,8% e maior no RN pré-termo (15,5%). 53% destas crianças necessitaram de cuidados intensivos e 22% foram ventiladas. Em 20 casos foram detectadas sequelas. Como conclusão pode afirmar-se que os factores de risco classicamente aceites para iniciar profilaxia deixaram desprotegidos 70% dos RN infectados. Estes resultados sugerem que, em Portugal a prevenção da transmissão perinatal do SGB deve ser baseado no rastreio universal da grávida. Contudo, a experiência diz-nos que, nem o rastreio é a solução de todos os problemas nem a profilaxia é 100% eficaz. A vacina seria o método ideal de profilaxia da infecção.

Palavras-chave: Sepsis, recém-nascido, Streptococcus do grupo B

INFECÇÃO BACTERIANA PERINATAL E NEONATAL

M. Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Jornadas do Hospital Dr. José Maria Grande. (Palestra)

Portalegre, Novembro de 2005

Infecção perinatal é aquela que, sendo contraída “à roda do parto” se pode tornar sintomática nas primeiras 72h de vida e, por tudo isso, é sempre considerada uma infecção de origem materna; por seu lado, a infecção neonatal pode ocorrer durante os primeiros 28 dias de vida e pode ser de origem materna, ou hospitalar ou da comunidade, de acordo com a situação do RN

e o contexto epidemiológico. As bactérias que causam cada um destes tipos de infecção são diferentes: *Streptococcus* do grupo B e *E. coli* para as de origem materna, *Staphylococcus* coagulase negativo, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Acinetobacter* e *Serratia* para as de origem hospitalar, e *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* e *Staphylococcus aureus* para as da comunidade. A suspeita de infecção no RN pode ocorrer pela clínica ou, o alerta, pelo risco infeccioso. A clínica é inespecífica e subtil, os exames laboratoriais pouco sensíveis mas a infecção pode ser rapidamente evolutiva e mortal pelo que a terapêutica deve ser instituída logo que a suspeita clínica surja. O risco infeccioso deve ser bem conhecido e valorizado apenas como tal; sinais clínicos de infecção obrigam a tratamento independentemente do risco infeccioso, enquanto risco infeccioso é apenas um sinal de alerta que devemos saber interpretar. A amnionite, cujo diagnóstico é difícil de fazer (febre materna, taquicardia fetal, dor/hiperestesia uterina, líquido amniótico fétido e leucocitose materna ou PCR positiva) não é só um risco infeccioso, é uma situação de infecção intrauterina grave que obriga a tratamento do RN independentemente dos sinais clínicos de doença. A PCR é frequentemente negativa no início da infecção mas a sensibilidade aumenta com a repetição de 12/12h. O RN pré-termo corre maior risco de infecção – muitas vezes a prematuridade é já um resultado da infecção – de modo que é tratado de modo um pouco diferente do RN de termo. Neste caso o risco infeccioso obriga a pedir exames culturais e iniciar antibioticoterapia até prova de que o RN não está infectado.

Palavras-chave: Sepsis, recém-nascido, risco infeccioso

UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL NUM CASO DE TRAQUEOMALÁCIA GRAVE

Filipa Paramés, Fátima Nunes, António Amador, Isabel Barata, Fernando Chaves, José Oliveira Santos, Micaela Serelha

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Pneumologia-Broncologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

A traqueomalácia é causa frequente de estridor no Recém-nascido (RN). É a anomalia mais comum da estrutura e da dinâmica da traqueia. A utilização de próteses traqueais é um método terapêutico relativamente recente, inovador e eficaz, que permite manter a permeabilidade da via aérea até que a criança cresça e recupere espontaneamente a capacidade de manter o calibre da traqueia.

Os autores descrevem o caso clínico de um RN de termo transferido ao 4º dia de vida do Hospital de Évora por crises de cianose associadas a estridor e dificuldade respiratória inspiratória grave, com início às 24 horas de vida. Na radiografia de tórax visualizava-se um estreitamento importante da coluna aérea a nível do segmento cervical da traqueia. Foi submetido a broncofibroscopia que revelou bácia completa da parede posterior da traqueia, a nível dos seus dois primeiros anéis, com agravamento na fase inspiratória. Por dificuldade respiratória grave houve necessidade de instituir ventilação mecânica. A TAC e a RMN excluíram compressão extrínseca da traqueia pelo que foi colocada prótese traqueal siliconada, que permitiu a extubação de imediato.

METABOLIC IMPACT OF A PARENTERAL NUTRITION STRATEGY IN NEONATES WITH SURGICAL CONDITIONS.

Luís Pereira-da-Silva, José Jacobetty, Daniel Virella, Isabel Freitas, Rafaela Murinello, Carina Borba, João Henriques, António Amador, Micaela Serelha.

Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

I International Meeting on Neonatology and XXXIII Meeting of the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics (Comunicação livre).

Vilamoura, 20/10/05

Background: There is no consensus on optimal long-term neonatal parenteral nutrition (TPN).

Objective: To evaluate effectiveness and safety of a TPN protocol used in surgical patients in a NICU.

Methodology: Cohort of consecutive neonates with severe surgical conditions, submitted to exclusive TPN, according to the National Consensus. Metabolic impact assessment included daily body weight and weekly evaluation of hepatic and renal function, mineral and triglyceride serum levels.

Results: 51 neonates were included (24 LBW infants), with evaluations at 7, 14, 21, 28 and 35 days of TPN on 49, 21, 11, 6 and 4 infants, respectively. Mean (and maximum) daily intakes per Kg of body weight were: energy 89,85Kcal (126,1), amino acid 2.75g (3.7), lipids 2.7g (3.9), glucose 13.3g (18.4), calcium 40.6mg (68), and phosphorus 24mg (41.3). Weight evolution was unsatisfactory in most of the neonates. Elevated serum levels of conjugated bilirubin occurred in 7 assessments (8%), hipertriglyceridemia in 26 (31%), azotemia in 46 (52%), and hypophosphatemia in 12 (14%). Longer courses of TPN were correlated with high serum levels of conjugated bilirubin, directly associated with greater amino acid intake, although without clinical significance. Elevation of triglyceride levels occurred mainly on day 7 and was not associated with lipid intake; azotemia was not associated with higher amino acid intake.

Conclusions: In spite of a theoretically sufficient nutritional support, satisfactory weight gain was not achieved in most neonates, probably related to increased catabolism and frequent complications. Hypophosphatemia did not occur using moderate mineral intakes. Higher lipid intakes may be safely provided from day 14 of TPN. Amino acid intake should be individualized according to the renal function.

Key-words: Metabolic impact; Parenteral nutrition; Newborn; Surgical conditions.

NUTRITION IN ELBW INFANTS (PREMIES); NEEDS, PROBLEMS AND SOLUTIONS.

Luís Pereira-da-Silva.

Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

I International Meeting on Neonatology and XXXIII Meeting of the Neonatal Branch of the Portuguese Society of Paediatrics (Mesa redonda).

Vilamoura, 19/10/05

Providing appropriate nutrition for growth and development is a cornerstone of the care of extremely low birth weight (ELWB) infants. Almost all of these infants do not tolerate full

enteral feedings during the first days after birth due to immaturity of gastrointestinal tract. Aggressive feeding predisposes to necrotizing enterocolitis (NEC), especially in those babies who have been growth restricted *in-utero*. Since premies have limited endogenous energy stores, early parenteral provision of nutrients is essential.

Although challenging, early initiation (within first hours after birth) of parenteral nutrition (PN) should be the minimum practice nowadays. Appropriate ambient humidity reduces insensible water loss and the need of additional intravenous fluid intake. Sodium intake should be restricted in the first days after delivery. Glucose intolerance is a common problem, and the use of insulin should be considered. Prompt provision of amino acid and lipid is advisable to avoid early negative nitrogen balance. Once the infant is stabilized, the dose of nutrients in PN should be increased in a graded stepwise fashion, or according to more recent aggressive PN practices used to minimize the interruption of nutrient uptake engendered by premature birth. In the latter case a close monitoring of metabolic undesirable effects is recommended. The PN solutions for premies are hyperosmolar and should be infused by percutaneous central venous lines. As the infant matures physiologically PN is slowly replaced by enteral nutrition.

In conjunction with the early PN, minimal non-nutritive (trophic) enteral feeding should be initiated to prime the gut and stimulate normal hormonal homeostasis. Breast milk is preferable, but preterm formula should be used if breast milk is not available. Bolus administration appears to be more physiological and advantageous, but in case of feeding intolerance slow bolus or continuous administration of feeds are indicated. Recent systematic reviews conclude that both early trophic feeding versus no feeding, and rapid versus slow rate of advancement of feeds, are associated with a shorter time to regain birth weights and to achieve full feeds, without significant increase in the incidence of NEC. Fortified breast milk, concentrated preterm formulas or nutrient enriched formulas should be considered when fluid restriction is necessary, such as in pulmonary disease. Nutrient-enriched pot-discharge formula may be beneficial to preterm infants leaving hospital severely growth retarded.

Key-words: Newborn; Nutrition; Premie.

VALIDATING UPPER-ARM ANTHROPOMETRY IN PRETERM INFANTS USING MAGNETIC RESONANCE IMAGING.

L. Pereira-da-Silva^{1,2}, F. Abecasis^{3,4}, A. Nunes³, E. Soares³, D. Virella¹, J.M. Videira-Amaral².

¹NICU, Hospital Dona Estefânia, ²Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; ³Radiology Service, Hospital Dona Estefânia; and ⁴Magnetic Resonance Diagnostic Center (CDRM). Lisbon.

13th European Workshop on Neonatology (Workshop).

Freiburg, Alemanha, 15/10/05

Abstract publicado em *Biology of the Neonate* 2005;88:341-2.

Background: Upper-arm anthropometry has been used for nutritional assessment of small infants, although this method has not yet been validated in this population.

Objective: Validation of upper-arm anthropometry in preterm infants using magnetic resonance imaging (MRI).

Methods: Preterm infants, appropriate-for-gestational age, were evaluated just before discharge. Upper-arm cross-sectional areas (fat area – AFA and muscle area - AMA) derived

from mid-arm circumference (MAC) and tricipital skinfold thickness were compared with areas measured by MRI.

Results: Thirty infants born with (mean±SD) gestational age 30.7±1.9 weeks and birth weight of 1380±325 g, were evaluated at corrected gestational age of 35.4±1.1 weeks, weighing 1786±93 g. None of the anthropometric measurements obtained shown a good correlation with MRI measurements. The best correlations found varied from AMA ($r=0.64$) to AMA calculation complemented by length and weight ($r=0.74$).

Conclusion: Upper-arm anthropometry as an isolated measurement is not an accurate clinical predictor of arm compartments, especially for the fat compartment.

Key-words: Magnetic resonance imaging; Preterm; Upper-arm anthropometry; Validation.

QUE ACTIVIDADE CIENTÍFICA IMPORTA?

Luís Pereira-da-Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Carta ao Director publicada na Acta Médica Portuguesa 2005;18:95-6.

Resposta à Carta de Teresa Neto, que manifesta o seu desacordo sobre a excessiva valorização da actividade científica em concursos públicos como forma de recompensa da investigação, comparado com o que considera essencial: que haja curiosidade, o gosto por, o prazer intelectual.

O autor concorda que não é possível investigar em qualquer área sem estes requisitos. O problema coloca-se, quando a contratação de clínicos para hospitais públicos passa pelos referidos concursos, regendo-se por uma grelha de classificação em que a actividade científica e investigação são (mal) contempladas. A questão avoluma-se quando essas instituições, que deveriam ser a sede privilegiada de investigação clínica, pouco ou, por vezes nada, investigam; por haver indicadores que não permitem disfarçar a aridez da investigação clínica hospitalar pelo número confrangedoramente diminuto de revistas clínicas nacionais indexadas em bases bibliográficas internacionais, como a Medline, provavelmente pela pouca qualidade científica dos seus manuscritos; pelo número irrisório de estudos clínicos portugueses publicados em edições internacionais indexadas. Tal facto deve-se, em grande parte, ao interesse que as revistas de prestígio têm por artigos que divulguem o resultado de investigação, obstáculo para muitos clínicos portugueses, pois, salvo meritórias excepções, a sua actividade científica resume-se à descrição de casos clínicos, artigos de opinião, revisões teóricas, ou estudos retrospectivos meramente descritivos os quais pouco contribuem para a investigação. Esta distorção pode ter a sua justificação no desequilíbrio da ponderação nos concursos públicos, entre o valor que é atribuído à actividade científica em geral (até 10% da classificação curricular para publicações e comunicações) e o espartilho destinado à investigação somada ao ensino (até 2%). É caso para indagar: que actividade científica importa? Este panorama remete-nos para outra pergunta: serão a curiosidade, o gosto por e o prazer intelectual motor suficiente da investigação? Ou será igualmente obrigatório exigir, medir o que se faz, recompensar quem faz e prescindir de quem não é capaz, quando o que se gasta é caro e proveniente dos contribuintes?

Palavras-chave: Actividade científica; Concursos públicos; Investigação clínica.

ACTIVIDADE CIENTÍFICA HOSPITALAR: A NOSSA REALIDADE.

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Curso Satélite da XII Reunião do Anuário do Hospital de Dona Estefânia "Trabalho Científico: Fundamentos para Elaboração e Divulgação" (Comunicação)

Lisboa, 18/5/05.

Com base em estudo bibliométrico sobre a actividade científica hospitalar, discute-se o tipo de trabalhos científicos habitualmente realizados, que incidem predominantemente em relatos de casos clínicos e estudos retrospectivos descritivos/ casuísticas.

Chama-se a atenção para a necessidade de a actividade científica dever emanar cada vez mais da investigação e da vantagem de o clínico adquirir noções para a adequada elaboração de um trabalho científico, desde o relato de um caso clínico, a diversos estudos clínicos possíveis de realizar.

Palavras-chave: Actividade científica; Estudos; Investigação clínica.

ACKNOWLEDGING CONTRIBUTION TO SURVEILLANCE STUDIES.

L. Pereira-da-Silva ¹, R. von Kries ², D. Rose ³, E. Elliott ³, on behalf of members of the INoPSU.

¹Portuguese PSU, ²German PSU and INoPSU Convenor, ³Australian PSU.

Letter to the Editor. Archives of Diseases in Childhood 2005;90:768.

The Vancouver Protocol (www.icmje.org) provides clear criteria for authorship and the acknowledgment of contributions to scientific publications. However contributors to health surveillance research, who make such research possible by the identification of cases and the provision of clinical data, have questioned the applicability of these criteria.

The International Network of Paediatric Surveillance Units (INoPSU) (www.inopsu.com) is an international association now including 14 national Paediatric Surveillance Units (PSUs) that conduct active surveillance of a range of uncommon conditions of childhood, including infectious and vaccine preventable diseases, childhood injury, genetic and mental health conditions.

Clinicians who report a case to a PSU are asked to provide additional clinical and demographic details to study investigators. Some surveillance studies have significant workload implications for individual clinicians. Although most clinicians will not see a child in any one month with one of the rare conditions under surveillance, a high return rate of the "nil to report" response underpins the quality of the PSU active surveillance mechanism.

At the 3rd Meeting of INoPSU in Lisbon in April 2004, the following guidelines on authorship and acknowledgment were proposed for recommendation to investigators conducting epidemiological research through the PSUs:

To qualify for authorship on reports, individuals must fulfil the Vancouver criteria. However, in acknowledgment of their essential contribution to the work, the addition of the statement "*on behalf of contributors to the (national PSU).*" following the final author's name is encouraged.

Investigating teams are encouraged to consider inviting clinicians who have contributed significant data (through notifying cases) onto the study team. These clinicians may have expertise relevant to the analysis or reporting process. Report authorship may then be assigned if appropriate according to the Vancouver Protocol.

Report authors should consider naming clinicians who have contributed significant data in the acknowledgments section of the report, according to the Vancouver Protocol. Report authors are reminded that the Vancouver Protocol requires that permission must be sought to acknowledge individual clinicians by name.

These recommendations may also be applicable to the reporting of other research requiring the provision of clinical data from multiple contributors apart from the study authors.

Key-words: Acknowledging contribution; Epidemiological research; Vancouver Protocol.

LEITES ANTI-REGURGITAÇÃO.

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Publicado em Ferraz F, Adara CS, Furtado J, Ferraz ME eds. *Índice de Nutrição Pediátrica*. ed. Silva & Pinheiro Lda, Lisboa, Vol. 1, 2005:151-84.

A utilização de leites ou fórmulas anti-regurgitação (AR) constitui uma das estratégias no tratamento de crianças com refluxo gastroesofágico (RGE) grave e sintomático. Estas fórmulas, contendo espessantes, têm uma composição similar às fórmulas para lactente ou às de transição. As comercializadas em Portugal são espessadas com amido de milho, amido de batata, ou com goma de semente de alfarroba.

Os espessantes à base de amidos actuam por se tornarem muito viscosos em meio ácido e a cerca de 37°C, condições presentes no lume gástrico. Constituídos por amilopectinas, os amidos são passíveis de digestão pelas amilases, comportando eventual aumento da provisão energética.

A goma de semente de alfarroba contém elevado teor em polissacarídeos sob a forma de galactomananos, os quais não sofrem hidrólise digestiva nem absorção. Por este motivo, não constituem fonte energética e, além da capacidade de espessamento, têm o efeito de fibra. À temperatura existente no estômago estes polissacarídeos hidrófilos revelam maior capacidade de dissolução e espessamento do que enquanto dissolvidos em água a temperatura inferior.

O resultado de uma extensa metanálise questiona a eficácia das fórmulas AR no RGE, por não ser possível demonstrar, por cintigrafia ou outro método, a diminuição do número de episódios de refluxo². Apesar deste facto, muitos autores defendem que estas fórmulas têm vantagens por diminuírem o vômito, assim como o mau estar e irritabilidade, traduzidos por choro, quando o RGE se complica com esofagite³.

Embora não haja informação conclusiva, especula-se sobre a interferência de vários espessantes, nomeadamente os não digeríveis, na biodisponibilidade de alguns macronutrientes e micronutrientes, e possível impacto nutricional, assim como eventuais reacções alérgicas ao agente espessante. Enquanto não houver comprovação mais completa da segurança das fórmulas AR, a Comissão de Nutrição da ESPGHAN recomenda a sua utilização, em associação com terapêutica médica adequada, apenas em crianças com RGE em que o vômito se repercute no estado nutricional³. No entanto, é de realçar que as medidas terapêuticas não

farmacológicas assumem actualmente maior relevância pelas dúvidas que têm surgido em torno da segurança e eficácia dos procinéticos.

Palavras-chave: Espessantes; Leites anti-regurgitação; Refluxo gastroesofágico.

NUTRIÇÃO DO PRÉ TERMO – O QUE SABEMOS E O QUE FAZEMOS?

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Curso de Inverno para internos de pediatria “Uma Viagem pelo Tubo Digestivo”, organizado pela Secção de Gastreterologia, Hepatologia e Nutrição da SPP. (Comunicação) Seia, 28/1/05.

O suporte nutricional de recém-nascidos (RNs) pré-termo, nomeadamente de Extremo Baixo Peso (EBP) (<1000 g), está nas mãos dos profissionais de saúde, cuja preparação científica é posta à prova por não haver esquemas consensuais e inequívocos da forma como nutrir, face à imaturidade das funções digestiva e metabólica.

Existe toda a vantagem em iniciar precocemente a alimentação, se possível no primeiro dia de vida. A alimentação entérica mínima, ou de preenchimento (*priming*), tem valor energético desprezível, mas traz grandes vantagens aos RNs EBP por promover a maturação da actividade motora do intestino, estimular a secreção de péptidos reguladores e neuro-hormonas. Quando a alimentação trófica é tolerada, passa-se à alimentação nutritiva, a qual pode ser administrada por bólus ou por débito contínuo, não havendo diferenças significativas na absorção e crescimento entre as duas modalidades. A primeira, pode levar a menor consumo energético, mas pode associar-se a contaminação microbiana e diminuição da homogeneização do conteúdo, especialmente de leite materno. A segunda, requer menos equipamento e é mais fisiológica, mas associa-se mais frequentemente à intolerância alimentar. A estimulação da sucção e deglutição propicia a transição mais rápida para a alimentação oral.

A alimentação deve ser iniciada com leite materno, sabendo-se que o colostro de RN pré-termo tem maior densidade energética, maior teor relativo de proteínas, sódio e cloro, menor osmolalidade e menor teor em lactose, adequando-se à imaturidade intestinal do intestino prematuro. A partir das duas semanas após o parto o leite materno pré-termo pode não suprir as necessidades do recém-nascido em proteínas, cálcio, fósforo, sódio e algumas vitaminas e oligoelementos, justificando-se a sua suplementação com “fortificantes”

Não havendo disponível leite materno, deve recorrer-se a fórmulas para pré-termo, concebidas para suprir as necessidades especiais inclusive de recém-nascidos EBP, pela elevada densidade energética e maior teor de proteína (lactoglobulina), cisteína, sódio, cálcio, fósforo, vitaminas e oligoelementos e ter menores concentrações de lactose, fenilalanina e tirosina.

Palavras-chave: Nutrição; Pré-termo; Recém-nascido.

PRO E PRÉBIÓTICOS – QUE EVIDÊNCIA?

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

Curso de Inverno para internos de pediatria “Uma Viagem pelo Tubo Digestivo”, organizado pela Secção de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição da SPP (Comunicação) Seia, 28/1/05.

Os probióticos e prebióticos são considerados alimentos funcionais por poderem, com vantagem, modular o metabolismo e beneficiar a saúde. O seu mecanismo de acção baseia-se no equilíbrio do ecossistema intestinal.

Nos recém-nascidos amamentados, a flora é dominada quase exclusivamente por bifidobactérias e lactobacilos, enquanto nos alimentados com fórmula, a flora é mais diversificada, não atingindo as bifidobactérias mais do que 30 a 40% da colonização anaeróbia. O padrão microbiano dos lactentes amamentados tem uma influência positiva na função intestinal e no desenvolvimento do sistema imunitário, com repercussões favoráveis em algumas patologias infecciosas e alérgicas (efeito probiótico).

Os oligossacáridos representam 5 a 10% dos hidratos de carbono do leite humano, não têm valor energético, mas têm efeito prebiótico por dois mecanismos principais: os oligossacáridos neutros, resistentes à digestão enzimática no tubo digestivo superior, atingem o cólon onde promovem o desenvolvimento de uma flora em que predominam as bifidobactérias e os lactobacilos; os oligossacáridos ácidos, menos abundantes podem, por mecanismo de competição, inibir a adesão de microorganismos invasores à mucosa intestinal. Este mecanismo é relevante no período em que a microflora protectora do recém-nascido ainda não se encontra suficientemente desenvolvida.

Quando começou a haver evidência e a identificar-se os mecanismos pelos quais certos alimentos contêm ingredientes modulam o metabolismo e beneficiam a saúde, tanto a indústria alimentar como a farmacêutica procuraram explorar esta vantagem. Desde então, tem havido um importante investimento no sentido de produzir alimentos suplementados com alimentos funcionais, onde se incluem os probióticos, os prebióticos e os simbióticos (efeito simultâneo probiótico e prebiótico).

Palavras-chave: Bifidobactérias; Oligossacáridos; Prebiótico; Probiótico.

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NO RECÉM-NASCIDO.

Luís Pereira da Silva.

Clínica Universitária de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia.

III Curso Pós-graduado de Especialização em Farmácia Hospitalar, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (Comunicação)

Lisboa 3/11/05.

Resumo (*publicado no Anuário 2003 CD-ROM, pp.117, comunicação*)

Com a nutrição parentérica, pretende providenciar-se, ao recém-nascido privado de utilizar a via entérica, os nutrientes necessários para promover a retenção azotada e a reserva proteica, assim como fornecer energia para os processos metabólicos, facilitando o crescimento e a maturação.

Apesar de haver, desde há muito, programas informatizados que auxiliam a prescrição de nutrição parentérica neonatal, as premissas em que assentam os respectivos protocolos estão constantemente a ser actualizados. O objectivo da presente proposta é o de reunir o que actualmente parece ser consensual, devendo adaptar-se sempre às circunstâncias individuais.

ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL CENTRAL

Rita Machado, Dora Gomes, Cláudia Constantino, Filipa Paramés, E. L. Pombo, Frederico Leal, Leonor Duarte.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Obstetrícia/Neonatologia, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Introdução: Salvo raras situações que o contra-indicam, o leite materno apresenta inúmeros benefícios no que concerne à alimentação do recém-nascido (RN) e do lactente, ajustando-se naturalmente às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento.

Objectivo: Conhecer a prevalência de RNs sob aleitamento materno aos 15 e 30 dias de vida e as variáveis susceptíveis de influenciar a adesão a este tipo de alimentação.

População e métodos: 199 puérperas, na maternidade de um hospital de HAPD, com intenção de amamentar, foram entrevistadas no período compreendido entre Janeiro e Agosto de 2005. Destas, apenas 123 foram entrevistadas, telefonicamente, aos 15 e 30 dias de vida do lactente, constituindo a nossa amostra. A análise de dados foi realizada em Microsoft Office Excel 2003 e SPSS 13.0 for Windows.

Resultados: Todos os RN iniciaram amamentação na primeira hora de vida, com auxílio do pessoal de saúde da instituição. Passados 15 dias, 89% dos RN ainda estavam sob aleitamento materno (n=123). Essa percentagem diminuiu para os 78% quando completaram um mês de vida. A principal causa de abandono deste tipo de alimentação apontada pelas mães inquiridas foi “leite insuficiente” (74%; n=27). Segundo os resultados obtidos, três das variáveis estudadas tiveram influência estatisticamente significativa na adesão/abandono do aleitamento materno:

Idade materna: quanto mais elevada for a idade da mãe, menos provável é o abandono do aleitamento materno (p=0,048).

Escolaridade da mãe: quanto maior, maior a probabilidade de manter aleitamento materno (p=0,022).

Classe social: quanto mais desfavorável maior é a probabilidade de abandono da amamentação (p=0,000).

Por sua vez, a introdução precoce de leite adaptado pareceu tendenciar o abandono do aleitamento materno, ao passo que o tipo de informação e tipo de parto não exerceram influência nessa decisão.

Conclusões:

Uma proporção satisfatória de RN manteve o aleitamento materno ao primeiro mês de vida.

A probabilidade de adesão ao aleitamento materno no primeiro mês de vida esteve directamente relacionada com idade e escolaridade maternas, bem como com classes sociais mais favoráveis.

Palavras-chave: Adesão; Aleitamento materno; Recém-nascido.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. PANORAMA DA MORBILIDADE E MORTALIDADE PERINATAIS EM PORTUGAL.

Daniel Virella.

UCIN, Hospital de Dona Estefânia. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Infecções Sexualmente Transmissíveis, VIH, Género e Violência

Lisboa, 8 de Março. 2005

Contexto. Ao longo dos últimos anos, a evolução das ciências médicas e dos dispositivos legais e normativos adoptados pelos serviços de saúde em Portugal permitiram modificar o espectro clínico destas doenças no período perinatal e também durante a gravidez. Embora existam dispositivos legais apropriados, os instrumentos materiais que permitem conhecer o quadro epidemiológico da população continuam a ser insuficientes.

Metodologia. Apresentam-se o panorama geral do contexto legal português, dos instrumentos de conhecimento da situação epidemiológica e dos meios de intervenção preventiva e curativa de algumas das DST que podem afectar o recém-nascido e o feto.

Resultados. Hepatite B (VHB) - Pensa-se que prevalência de infecção pelo VHB em Portugal se situe «entre 1 e 2% da população em geral, mas a avaliação feita por várias instituições, em grávidas, elevam este indicador para números entre os 3 e os 5%. Dados da DGS, relativos ao período entre 1999 e 2003, apontam para uma significativa redução do número global de infecções em crianças entre os 1 e os 4 anos de idade. Contudo, o sistema de notificação não é sensível para identificar os casos de infecção por transmissão vertical. Devido à eficácia da vacinação universal, deixou de ser um dos grandes problemas infecciosos perinatais. VIH/SIDA - Em 2003, a transmissão por via heterossexual foi responsabilizada por 55% dos novos casos de infecção. Das mulheres notificadas entre 2000 e 2004, 20% foram-no durante a gravidez, desconhecendo serem portadoras à altura da concepção. As mulheres africanas residentes em Portugal representam 45% das notificações em mulheres. O rastreio recomendado durante a gravidez permite diagnosticar muitos casos de mulheres seropositivas, iniciar terapêutica e evitar transmissão vertical do VIH. Sem intervenção, 15 a 30% das grávidas seropositivas transmitirão o VIH aos filhos durante a gravidez e o parto. Se amamentarem, mais 10 a 20% transmitirão o vírus aos seus filhos. No entanto, com as intervenções específicas hoje ao nosso alcance, a taxa de transmissão vertical pode ser reduzida para menos de 2% e, eventualmente, menos de 1%. De 1983 a 2004 foram registados 221 casos de transmissão vertical do VIH e 74 casos de SIDA pela mesma via de contágio, da mãe grávida para o filho. Desses 74 casos, 43 foram diagnosticados antes de um ano de idade e até ao fim de 2004 já tinham sido registadas 31 mortes devido a SIDA por transmissão vertical. Herpes Simplex Virus (HSV) - De todas as infecções herpéticas, é aquela em que há uma maior capacidade de intervenção e prevenção da transmissão vertical, dado que ela ocorre sobretudo durante o parto. Todavia, a infecção pós-natal do HSV-1 é também uma realidade e 15 a 20% dos casos provêm da mãe, de parentes ou mesmo de pessoal hospitalar. Não se sabe qual a incidência da doença em Portugal. Estima-se que a taxa de transmissão vertical do HSV seja bastante baixa, ocorrendo uma vez em 2000 a 5000 partos por ano. 60% a 80% dos casos de herpes neonatal provêm de mães sem sintomas e sem história previamente conhecida de infecção. A prevenção passa pelo aconselhamento para evitar o contágio durante a gravidez. Sífilis - É uma infecção ainda frequente, que encontra na transmissão vertical um importante foco de propagação, dado que o pico da incidência na população coincide com a idade de maior actividade sexual e procriativa. O *Treponema pallidum* permanece sensível à penicilina e é facilmente tratável no seu estadio inicial. O rastreio da sífilis deve ser feito a todas as mulheres grávidas, pelo menos uma vez em cada trimestre. As mulheres cujo teste seja

positivo, mesmo que tenham recebido tratamento para a sífilis, devem repetir o teste mensalmente até ao fim da gravidez. Os dados oficiais sobre a sífilis primária em Portugal, de 1999 a 2003, apontam para uma significativa redução do número de notificações, que se verifica também na sífilis congénita. Gonorreia - Sem qualquer tratamento, 30 a 50% dos recém-nascidos de mães portadoras da *N. Gonorrhoeae* na mucosa genital desenvolveriam conjuntivite gonocócica. Todavia, graças às várias opções terapêuticas disponíveis, todas elas eficazes, esse acontecimento é raro. A taxa de transmissão vertical é muito baixa, entre os 0,03 e os 0,1%. É recomendado que as mulheres com maior risco de infecção façam o rastreio preferencialmente antes de engravidarem e que mantenham o acompanhamento durante a gravidez. Não existem vantagens em rastrear grávidas de baixo risco ou mulheres assintomáticas. Os números da DGS mostram que não existe uma tendência para o controle da doença; nos últimos cinco anos foram registados dois casos de infecção em crianças com menos de 1 ano (presumivelmente resultantes de transmissão vertical). A resistência antibiótica da *N. Gonorrhoeae* tem aumentado nas duas últimas décadas. Clamídia - Os dados disponíveis são insuficientes para traçar o quadro epidemiológico em Portugal. Estima-se que 2 a 20% das grávidas são portadoras de clamídia na mucosa genital. É uma potencial causa de parto pretermo e de complicações perinatais (pneumonia, conjuntivite), assim como de evolução para doença pulmonar crónica da prematuridade. Os antibióticos disponíveis para a clamídia são muito eficazes. O rastreio às grávidas é recomendado.

Conclusão. As capacidades de intervenção que a evolução legislativa e médica tornaram possíveis melhoraram o quadro de morbilidade e mortalidade perinatal resultante das DST. No entanto, qualquer recém-nascido ou feto que sofra destas doenças deve ser encarado como um caso em excesso.

COMBINED NUTRITIONAL SUPPORT AND CONTINUOUS VENOVENOUS REMOVAL THERAPY IN THE ACUTE PHASE OF MSUD: A CASE REPORT

Maria João Lage *, Sílvia Sequeira **, Micaela Serelha *

*Neonatal Intensive Care Unit and **Metabolic Unit - Hospital de D. Estefânia

3º Simposio Internacional da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas (Poster)
Luso, 24-25 Novembro 2005

Introduction: Acute onset of MSUD is frequent and acute elevation of MSUD metabolites results in severe neurologic deterioration. Nutritional support is the treatment of choice but extracorporeal removal of the toxic metabolites is indicated when nutritional support is not efficient.

Among the three extracorporeal modalities (peritoneal dialysis, intermittent hemodialysis, continuous extracorporeal removal therapy - CECRT-) CECRT has proven to be more efficient and less likely to increase gastrointestinal intolerance, hypotension or cerebral edema.

Case Report: A 10 day old boy was referred to our NICU in a comatose state after an apparently non-eventful perinatal period. He was started on a nonproteic hypercaloric diet and laboratory results confirmed a MSUD diagnosis with leucine levels of 3040 micromol/L on the 10th day.

The neurologic condition deteriorated and the neonate was ventilated, sedated, a dual lumen catheter was inserted in the femoral vein and continuous venovenous hemodialysis was started combined with nutrition manipulation. The leucine levels decreased to 513 micromol/L on the 4th day of extracorporeal therapy and the session was ended. No major side effects were

detected during the procedure and the neonate's neurologic status improved progressively. Ventilatory support was withheld and enteral feeding was restarted on the 2nd day of treatment.

One month after the acute episode, the patient is conscious, alert, bottle fed, with only a slight increase in the axial tonus.

Comments: In severe acute decompensation of MSUD, CECRT, combined with nutritional support, can efficiently decrease toxic metabolites levels, limiting central nervous system lesion.

Key Words: MSUD, neonate, continuous venovenous hemodialysis

RNMBP PROVENIENTES DE GESTAÇÃO MÚLTIPLA EM PORTUGAL. 1996-2003.

Daniel Virella, Catarina Gouveia, M Céu Machado, M Teresa Neto

Em Registo Nacional de Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

XXXII Jornadas da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Seminário sobre gestação múltipla (Mesa Redonda).

Porto, 22 e 23 de Maio.

Contexto. O Registo Nacional de Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso iniciou a sua actividade continuada em 1996, fornecendo dados para avaliação epidemiológica, clínica e de necessidade de recursos.

Objectivos. Avaliar a epidemiologia dos RNMBP provenientes de gestação múltipla em Portugal.

Metodologia. A base de dados do Registo Nacional de RNMBP, entre 1996 e 2003 foi usada para analisar os riscos associados à gestação múltipla em RNMBP condições perinatais, morbidade e mortalidade. Calcularam-se riscos relativos ou Odds Ratio, conforme adequado, considerando os RNMBP de gestação simples como referência. Gestações de ordem superior a 4 foram eliminadas do tratamento de dados.

Resultados. Até 2003 foram registados 7551 recém-nascidos, dos quais 25,6% provenientes de gestações múltiplas (1595 de duplas, 288 de triplas, 40 de quádruplas e 11 de ordem superior). Verificámos que a tendência para o aumento da proporção de múltiplos no Registo, que se manteve até 2000 foi quebrada, sendo desde então a tendência de claro decréscimo. Alguns indicadores de resultado dos RNMBP de gestação múltipla de maior grau (tripla ou quádrupla) foram claramente melhores do que os de gestação simples ou dupla, particularmente os de maior frequência (mortalidade e DMH), mas não encontramos diferenças em outros indicadores menos frequentes (administração de surfactante, HIV 3-4, NEC II-III ou cirurgia por NEC). Verificámos ainda uma consistente menor gravidade dos indicadores de risco perinatal nos RNMP de gestação múltipla de maior grau (menor frequência de não vigilância da gravidez, de não administração de corticoides prenatais e de parto por iniciativa médica, menores resultados de CRIB e NTESS, maior idade gestacional e maior peso à nascença). Não encontramos diferenças entre o local de nascimento e de tratamento dos RNMBP múltiplos ou simples, mas todos os RNMBP de gestação quádrupla ou superior nasceram em HAPD.

Conclusões. Durante o período em estudo, verificou-se que as melhores condições de vigilância da gestação e de cuidados perinatais dos RNMBP de gestação múltipla de maior grau se associaram a riscos de morte e morbidade inferiores aos esperados e aos dos RNMBP

de gestação simples. É necessário continuar a trabalhar para providenciar a todas as grávidas e fetos os melhores cuidados médicos durante a gestação, parto e período neonatal.

CEREBRAL PALSY IN PORTUGAL. CURRENT KNOWLEDGE AND PROJECTS OF NATIONAL SURVEILLANCE.

Daniel Virella, on behalf of Portuguese Society of Paediatrics (SPP), Portuguese Society of Neuropediatrics (SPNP), Neonatal Branch of SPP, Portuguese Paediatric Surveillance Unit (UVP-SPP), Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral C. Gulbenkian.

SCPE Plenary Meeting (Workshop)

Copenhaga, 9-12 Junho

Context. Reliable national data on prevalence and incidence of cerebral palsy (CP) are not available in Portugal. There have been some regional assessments, though. The Portuguese participation on SCPE 2000 involved children born from 1996 to 1998, living on the Greater Lisbon Area. Among circa 57.000 newborns, 100 confirmed cerebral palsy cases were detected, with an estimated incidence of 1,75 ‰ newborns/year. Certainly, some cases remained undetected. *Present available sources of data.* The National Institute of Statistics (INE) provides demographic data on annual number of births, by type birth, gestational age, multiparity and mortality rates; specific mortality rates may be calculated, as well as the prevalence of multiples at birth. The National Registry of VLBWI (RNMBP) is a national network of Level III and Level II Neonatal Units, collecting data since 1994 for epidemiological and resources analysis of VLBWI in Portugal; it is conceived for a global overview, not for deep analysis of specific VLBWI conditions. Some data lack on the RNMBP for a thorough study on either multiple pregnancy or CP: corionicity of multiples, ART, data on non-VLBW twins, follow-up after 3 m-o-age.

Proposal of National Surveillance of Cerebral Palsy in Portugal. A Program for National Surveillance of Cerebral Palsy in Portugal has been planned, designed to provide indicators compatible with those of the Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). It will be preceded by a wide publicity of the protocol (definitions and methods) among clinicians who attend infants and children. It will use as a base for national coverage the Portuguese Paediatric Surveillance Unit (PPSU), a monthly active, systematic, individual and voluntary registry of new cases of conditions under study. A capture-recapture system will be developed, using the Cerebral Palsy Centres (on the main District Capitals), the Child Developmental Clinics (on all Level II and III Hospitals where children are born), Neuropediatric Clinics (mainly at Level III Hospitals). It will be coordinated with complimentary databases, as the National Registry of VLBWI, the future National Registry of Multiple Pregnancies and Newborns.

Conclusion. There are conditions for an effective participation of Portugal on the SCPE, at a national level.

OUTCOME OF LIVE BORN FROM 22 TO LESS THAN 32 WEEKS GESTATIONAL AGE AT DISCHARGE.

Daniel Virella*, J Carlos Peixoto*, A Bandeira**, Z. Malta**, F Fonseca**, MRG Carrapato**

*On behalf of Portuguese National Register of VLBW

**On behalf of MOSAIC (Portuguese Northern Region)

7th World Congress of Perinatal Medicine (Comunicação livre).
Zagreb, Set 2005

Introduction: Survival at the “limit of viability” is frequently reported. What is the mortality and morbidity?

Objectives: To determine the outcome of live born infants from 22 to less than 32 weeks gestational age (GA) at discharge from the Neonatal Units.

Methodology: Data analysis of two cohorts of live born, Portuguese National Register of VLBW (from 1996-2003, a total of 5164 babies) and MOSAIC (Portuguese Northern Region, 20 Units, in 2003, a total of 286 babies).

Results: At 22 weeks there were no survivors. At 23 weeks only 8% survived. At 24 weeks there was a 45.5% vs. 33.6% survival for MOSAIC and VLBW, respectively. From 26 weeks the survival was about 66% for both. For larger babies over 28 weeks survival is the rule for both cohorts. At discharge IVH (III or IV) was present in 9% (with 4% unknown) versus 21,6% (all grades); PVL was reported in 3.1% (with 3.5% unknown) vs. 3.5%; CLD (at 36 weeks corrected age) was present in 10% vs. 10,3% for MOSAIC and VLBW respectively.

Discussion: The overall results from both Regional and National data suggest that the 50% survival rate is between 25 to 26 weeks GA. At 28 weeks the uncorrected mortality rate is around 15%, whilst for larger babies above 30 weeks survival is the rule unless there are associated severe congenital malformations. Morbidity is also quite encouraging at the time of discharge. The long-term outcome remains an open question.

Conclusions: Regional and National data allows not only identification of similarities but especially differences in care for these very immature infants, whilst offering individual units the opportunity to audit their own results.

Acknowledgments to the many MOSAIC and VLBW Register Pediatricians who have supplied the data.

AVALIAÇÃO DA RECEPTIVIDADE DOS FOLHETOS DE INFORMAÇÃO SOBRE INTERVENÇÕES NA UCIN DO HDE.

Daniel Virella, Micaela Serelha

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Departamento de Urgência e Emergência. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 (Comunicação livre)

Lisboa, Novembro 2005

Contexto. Em cuidados intensivos neonatais são frequentemente intervenções que carecem de consentimento informado dos pais dos recém-nascidos. Informações orais em contexto de *stress* são dificilmente entendidas pelos pais, pelo que o seu complemento com folhetos escritos em linguagem simples pode ser útil. A efectividade destes folhetos necessita validação pelos destinatários.

Objectivo. Avaliação da opinião dos pais de recém-nascidos submetidos a intervenções invasivas sobre os folhetos para obtenção de consentimento informado.

Metodologia. Entre Fevereiro e Agosto de 2005, foram distribuídos aos responsáveis legais de recém-nascidos internados na UCIN e submetidos a intervenções invasivas inquéritos anónimos, autopreenchidos e não assistidos,. Os inquéritos foram aplicados duas a quatro

semanas após a entrega dos folhetos de informação. Excluíram-se pais que não dominavam o português escrito ou cujos filhos faleceram.

Resultados. Entregaram-se 16 inquéritos, obtendo-se 13 respostas, das quais duas referindo não terem recebido nenhum folheto de informação. Todos os respondentes valorizaram a patologia de base mas não a intervenção realizada. Todos referiram correctamente a doença de base do filho. Todos referiram que receberam uma explicação oral quando lhes foi entregue o folheto. Oito de onze referiram ter lido o folheto em casa; 10/11 consideraram os folhetos úteis, e embora 10/11 referissem ter ficado a saber mais sobre a doença do filho após a leitura, apenas 6/11 declararam ter ficado completamente esclarecidos (só um respondente referiu ter tido algumas dificuldades em entendê-lo). Todos procuraram obter informações complementares. Os médicos foram referidos como fonte complementar de informação por 10/11. A *internet* foi referida por 5/11.

Conclusões. A utilização de folhetos escritos parece ser útil como complemento da informação oral aos pais, quando habilitados a lê-los. No entanto, a disponibilidade dos profissionais é indispensável para esclarecer dúvidas. É necessário desenvolver instrumentos alternativos de informação aos pais que não dominam o português escrito.

ESTIMATIVA DA EFICIÊNCIA DO USO DE PALIVIZUMAB NA PREVENÇÃO DE HOSPITALIZAÇÕES POR INFECÇÃO POR VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO NUMA COORTE DE PREMATUROS.

J Franco*, C Costa*, AM Queiroz*, A Dias Alves*, Daniel Virella**, Ana Jorge*.

** - Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta; ** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia.

Jornadas de Neonatologia do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria (Comunicação livre).

Lisboa, Novembro 2005.

Contexto. As recomendações da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SNN-SPP) prevêm a profilaxia medicamentosa da infecção por vírus sincicial respiratório (VSR) com palivizumab em idades gestacionais (IG) inferiores a 30 semanas. Alguns Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado seguem práticas mais restritas, limitando o seu uso à extrema prematuridade e/ou a prematuros com doença pulmonar crónica da prematuridade.

Objectivos. Estimar a relação custo-eficácia da profilaxia com palivizumab segundo as recomendações da SNN-SPP, através da aplicação de um modelo teórico a uma coorte real de prematuros.

Metodologia. Estudo prospectivo histórico. Coorte de crianças nascidas num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado entre 1/10/2002 e 30/04/2005 com IG \leq 35 semanas. Considerou-se caso o internamento no mesmo hospital por bronquiolite por VSR nas épocas 2003/04 e 2004/05. Baseando-nos nas recomendações SNN-SPP e no *Number Needed to Treat* dos estudos IMPact e IRIS, estimámos a redução prevista nas taxas de hospitalização caso a profilaxia fosse efectuada, comparando os seus custos com a redução de custos de hospitalização.

Resultados. Dos 356 recém-nascidos elegíveis, nove foram excluídos por óbito e dois por administração de palivizumab. A taxa de hospitalização por bronquiolite por VSR nas 345 crianças incluídas foi 9,3%. No subgrupo com indicação para profilaxia (26 crianças) a taxa de hospitalização foi 15,4%, com uma estimativa de custo médio de hospitalização de € 6.542,35.

Não ocorreu nenhuma morte por infecção por VSR. A redução estimável no número de hospitalizações sob profilaxia seria de 1,5 (IMPact) ou 2,4 (IRIS). O custo necessário para prevenir um internamento seria de € 26.263,11 na melhor estimativa e € 57.716,26 na pior estimativa.

Conclusão. Com o modelo desenvolvido, não conseguimos demonstrar nesta coorte uma estimativa de relação custo-eficácia favorável à administração de Palivizumab segundo recomendações da SNN-SPP.

CÁLCULO DE VAGAS PARA O INTERNATO DE PEDIATRIA EM 2006-2015. RELATÓRIO

Daniel Virella

UCIN, Hospital de Dona Estefânia. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente.

Acta Pediatr Port 2005;36(2/3):101-3.

Contexto. A Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescente solicitou a estimativa de vagas para o Internato de Pediatria, nos anos de 2006 a 2015.

Metodologia. Foram estimadas as tendências de evolução do número de pediatras em cada grupo etário, na sua totalidade e para as idades críticas em termos de actividade profissional, participação no serviço de urgência e de maior actividade clínica e científica potencial (40, 50, 55 e 65 anos). Partiu-se do número de pediatras registados pelo Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos entre 1996 e 2003, por escalões etários; tentou-se manter a relação pediatra/população de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000; procurou-se rejuvenecer o conjunto de pediatras portugueses, de modo a garantir o futuro da prestação de cuidados. A estas estimativas foi posteriormente adicionado o número de internos que iniciaram (e vão iniciar) o Internato até 2005, já definido anteriormente. O número obtido foi aumentado em 15%, de modo a poder compensar em excesso as carências de informação, a incerteza da evolução demográfica e a necessidade de compensar discrepâncias geográficas e o desvio de profissionais para o sector privado.

Resultados. Chegou-se a uma estimativa corrigida do número de vagas do Internato de Pediatria a abrir anualmente de 35 e 40 internos por ano (estimativa não corrigida entre 30 e 35 vagas), numa variação que se pode considerar como parabólica ao longo do período solicitado, com maior número de vagas no início e fim do período e menor no meio.

Discussão: Ter aberto cerca de 350 vagas em seis anos (2000 a 2005) determina inexoravelmente as vagas a abrir nos dez anos seguintes. Com os números estimados e corrigidos, manter-se-á a proporção de pediatras de 31 a 40 anos no total de pediatras até 65 anos de idade em cerca de 25%; garantir-se-á que os pediatras com menos de 55 anos representem cerca de 2/3 do total de pediatras até 65 anos de idade; aumenta-se o número absoluto de pediatras de 31 a 40 anos em cerca de 50%, não aumentando em mais de 30% o número total de pediatras até 65 anos de idade; a fásquia de 13 pediatras por 100.000 habitantes, atingida em 2000, calculada para a totalidade da população portuguesa (cerca de 10

milhões de pessoas), com o número total de pediatras estimado será aparentemente ultrapassada e, em números absolutos, o número total de pediatras aumentará cerca de 25%. Estes cálculos não entram em linha de conta com possíveis tendências de aumento da natalidade. Também não são considerados cenários devidos às muito prováveis alterações que deverão acontecer nos programas de formação dos pediatras, nomeadamente a criação das subespecialidades, por adopção das normas da União Europeia.

Recomendações. Estes cálculos baseiam-se em pressupostos com fragilidades de fundamentação e referem-se a um período para o qual se prevêem alterações estruturais importantes. É prudente que se verifique anualmente a correcção das estimativas geradas pelo modelo concebido, com base na realidade verificada, adaptando eventualmente as estimativas do número de vagas a abrir nos anos seguintes. De qualquer modo, apesar da fundamentação demográfica e de gestão sanitária que gerou este modelo, e que se pretende seja tão objectiva e técnica quanto possível com os dados fornecidos, a decisão final do número de vagas a abrir será sempre política...

Palavras-chave: internato de pediatria, cálculo de vagas, Portugal.

REPERCUSSÃO METABÓLICA DE UMA ESTRATÉGIA DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA NEONATAL

Luis Pereira da Silva, Daniel Virella, Isabel Freitas, Rafaela Murinello, Carina Borba, João Henriques, Micaela Serelha.

UCIN, Hospital de Dona Estefânia.

Sessão Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 3 de Janeiro 2005.

Introdução: Actualmente, não existe consenso internacional nos esquemas de nutrição parentérica total (NPT) neonatal, havendo inúmeras propostas mais ou menos agressivas, que procuram a provisão ideal de nutrientes com efeitos secundários mínimos. O esquema de NPT usado na UCIN do Hospital de Dona Estefânia segue o Consenso Nacional da Secção de Neonatologia da S.P.P.

Objectivo: Avaliar a repercussão metabólica no esquema de NPT usado na UCIN.

Metodologia: Coorte de casos consecutivos de recém-nascidos (RN) que necessitaram de NPT exclusiva desde os primeiros dias de vida. Registou-se a evolução ponderal e efectuou-se a avaliação bioquímica semanal, do 1º ao 28º dia de NPT: função hepática, trigliceridémia, função renal e metabolismo fosfo-cálcico. A análise de concordância entre variáveis lineares foi feita por testes de correlação; a comparação da distribuição de valores, pelos testes de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis.

Resultados: Foram incluídos 41 RN: 35 com patologia cirúrgica, 5 prétermo e 1 com malformação do tracto respiratório superior. Mantiveram-se no estudo 41, 16, 9 e 6 RN, respectivamente aos 7º, 14º, 21º e 28º dia de NPT exclusiva. Houve grande heterogeneidade na evolução ponderal, sendo mais satisfatória nos submetidos a NPT mais prolongada. Verificou-se hiperbilirrubinémia conjugada em 3 (2,8%) doseamentos, hipertrigliceridémia em 19 (18,3%), azotémia em 59 (53,6%) e hipofosfatémia em 15 (14,4 %). Com a duração da NPT, verificou-se aumento significativo da bilirrubinémia conjugada, associada com maior

suprimento de aminoácidos e, elevação das enzimas hepáticas, sem significado clínico ou estatístico; a hipertrigliceridemia, ocorreu essencialmente ao 7º dia de NPT, não associada com o suprimento lipídico.

Conclusões: Apesar de suporte nutricional considerado suficiente, foi difícil garantir uma evolução ponderal satisfatória em casos de elevado catabolismo e maior incidência de complicações, como ocorreu nos RN com patologia cirúrgica, prevalente neste estudo. Os resultados sugerem: 1) a possibilidade de se poder aumentar o suprimento lipídico a partir do 14º dia de NPT; 2) o suprimento de aminoácidos deve adaptar-se à função renal do RN; e 3) o suprimento moderado de minerais foi suficiente para evitar a hipofosfatemia.

Palavras-chave: nutrição parentérica total, recém-nascidos, repercussão metabólica.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

RESPONSÁVEL: DR.^a DEOLINDA BARATA

SEPSIS/CHOQUE SÉPTICO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Francisco Cunha, Cláudia Dias, Farela Neves, Clara Tavares, António Marques, Teresa Cunha da Mota, Luís Almeida Santos, Projecto DAIP-CIP *

UCIP H.S. João; UCIP do Hospital Pediátrico de Coimbra; UCIP do Hospital Dona Estefânia
XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria da Sociedade Portuguesa de Pediatria
Braga, Abril de 2005

A patologia séptica representa uma parte importante do número total de admissões, bem como do número de óbitos, nas Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs). O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do projecto DAIP-CIP, pretende caracterizar as principais características da população de crianças cujo diagnóstico principal na admissão foi sepsis/choque séptico, em três UCIPs portuguesas (H. Pediátrico Coimbra, H. D. Estefânia-Lisboa, H. S. João-Porto).

Entre Maio de 2002 e Dezembro de 2004 foram recolhidos, prospectivamente, dados referentes ao: sexo, idade, uso de ventilação mecânica, duração de internamento, sobrevida. Foram igualmente recolhidos dados para o cálculo da probabilidade de morte na admissão, de acordo com os algoritmos mais utilizados nas UCIPs (PRISM-III(12h), PIM). A análise estatística foi realizada através do programa SPSS v12.

Das 1807 crianças admitidas 148 (8%) foram admitidas por sépsis/choque séptico. Destas 53% pertenciam ao sexo masculino, sendo a mediana da idade de 23 meses. A mediana da duração do internamento foi de 3,3 dias e houve necessidade de recurso a ventilação mecânica em 45% dos casos. A taxa de mortalidade bruta foi de 15% com taxas de mortalidade estandardizadas de 0,86 e 2,00 respectivamente para PRISM-III e PIM. A avaliação da mortalidade por grupos etários mostrou maior prevalência de sépsis/choque séptico nos grupos 3-6meses e 24-36 meses e que a mortalidade foi maior nos grupos 3-6meses, 12-24meses e 24-36meses. Em 41 (28%) dos casos a sépsis foi identificada como meningococemia.

A comparação com a restante população de crianças admitidas nas UCIPs, mostrou que as crianças vítimas de sépsis/choque séptico são significativamente mais novas, têm uma maior mortalidade e ventilação mecânica e duração de internamento.

Os nossos resultados confirmam a elevada mortalidade e morbidade que se associam a situações de sepsis grave com necessidade de hospitalização em UCIPs, em particular nas crianças com idade entre os 3-36meses.

* DAIP-CIP: Desenvolvimento e Avaliação de Índices de Prognóstico (mortalidade e morbidade) em Cuidados Intensivos Pediátricos em Portugal. Investigadores: Altamiro Costa Pereira, Armando Teixeira Pinto, Clara Tavares (Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto); António Marques, Deolinda Barata, João Estrada, Sérgio Lamy (H. D. Estefânia – Lisboa); Leonor Carvalho, Farela Neves, Fernanda Rodrigues (H. Pediátrico de Coimbra); Ana Rosa Lopes, Francisco Cunha, Luís Almeida Santos, Teresa Cunha Mota (H. S. João – Porto). Bolseira: Cláudia Dias. (<http://daipcip.med.up.pt>)
Projecto subsidiado pela Fundação para a Ciência e para a Tecnologia (POCTI/ESP/41472/2001) e FEDER

CHANGES IN QUALITY OF LIFE OF PICU SURVIVORS

Francisco Cunha, António Marques, Luís Almeida Santos, Farela Neves, Clara Tavares, A. Costa Pereira - Projecto DAIP-CIP*

UCIP do H.S. João; UCIP Hospital Pediátrico de Coimbra; UCIP do Hospital Dona Estefânia
Pediatric Care Medicine. 2005; 6 (2) 241

Background: After a progressive decrease in PICU mortality rates in the last decades more attention is being directed to evaluate morbidity and health related quality of life (HRQOL) of survivors to pediatric intensive care (PIC). In order to evaluate the changes in HRQOL of patients submitted to PIC we launched a project in three major Portuguese PICU's.

Material and Methods: HUI3 is a 40 items HRQOL questionnaire about 8 attributes (Vision, Hearing, Speech, Ambulation, Dexterity, Emotion, Cognition, Pain) and the score varies between -0.36-1.00.

Results: From the 1279 admissions (01/May/02 to 30/Apr/04), 1004 were excluded due to age (841), death in PICU (44) or miscellaneous causes (119). In 62 cases, the time since admission was less than 6 months. Six months after the admission, 168 (out of 213) patients were interviewed. Only one patient died in this time interval. Most of the children "Improved" (31 %) or had "No change" (25%) in their overall HRQOL index. The most affected attributes were Cognition (35%; 14%), Emotion (32%;23%) and Pain (19%; 28%), respectively for worsening and improvement of attribute. Evaluation by diagnostic group (Trauma, Elective postoperative and Others) showed a "Worsened" HRQOL in 73%, 34 % and 30% patients, respectively (p< 0.001)

Conclusions: Changes are more frequent in attributes of pain, Cognition and Emotion but this could be due, at least in part, to a more subjective evaluation from proxies. Most of the children admitted to PICU maintain or improve their HRQOL justifying the high cost associated with their care.

*DAIP-CIP: Desenvolvimento e Avaliação de Índices de Prognóstico (mortalidade e morbilidade) em Cuidados Intensivos Pediátricos em Portugal.

Projecto subsidiado pela Fundação para a Ciência e para a Tecnologia (POCTI/ESP/41472/2001) e FEDER

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA ASSOCIADA A VIRUS DE EPSTEIN-BARR (VEB) PÓS TRANSPLANTE CARDÍACO

Sandra Jacinto, Catarina Gouveia, Gabriela Pereira, Isabel Fernandes, António Marques, Rosalina Valente, Deolinda Barata

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Hospital Dona Estefânia

Reunião de Casos Clínicos da Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Lisboa, Maio de 2005

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) associada ao vírus de Epstein-Barr (VEB) é uma complicação grave, potencialmente fatal, que ocorre como consequência da terapêutica imunossupressora em doentes transplantados. As opções terapêuticas são controversas. Têm sido sugeridas redução da terapêutica imunossupressora e utilização do anticorpo monoclonal anti-CD20, rituximab, isolado ou associado a outros

agentes, embora a experiência seja reduzida. Os autores pretendem ilustrar a complexidade da abordagem destas crianças.

Caso Clínico: Criança com 8 anos de idade, submetida a transplante cardíaco 18 meses antes por miocardiopatia dilatada, medicada com tracolimus, micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolona.

Internada no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Cruz por quadro clínico de vômitos alimentares e dor abdominal com 3 dias de evolução, sendo feito o diagnóstico de doença linfoproliferativa intestinal de células B, VEB positiva, secundária a imunossupressão pós-transplante. Iniciou terapêutica com rituximab (Ac monoclonal anti-CD20) e por doseamento sérico de tracolimus com níveis tóxicos, suspendeu este fármaco. Transferida para a UCIP do HDE ao 13º dia de internamento por suspeita de sepsis, sendo medicada com antibioterapia de largo espectro e correcção metabólica e hidroelectrolítica.

Do ponto de vista abdominal, salientava-se quadro de íleos, com distensão abdominal importante e vários episódios de hemorragia digestiva alta com necessidade de suporte transfusional. Assistiu-se a uma falência multiorgânica progressiva, com alteração das provas de coagulação, agravamento da função renal e oligoanúria com início de hemodiafiltração ao 8º dia de internamento. Verificou-se agravamento neurológico com flutuações do estado de consciência, com LCR negativo para células neoplásicas e PCR do VEB positiva, pelo que iniciou aciclovir endovenoso. Há agravamento clínico ao 10º dia de internamento com hemorragia digestiva grave com necessidade de ressuscitação hemodinâmica e inicia octreótido em perfusão. Ao 11º dia surge aplasia medular com pancitopénia, pelo que se suspendeu a terapêutica com MMF e iniciou Neupogen®. Ao 12º dia de internamento por insuficiência respiratória e hemodinâmica é ventilada e inicia suporte inotrópico com dopamina e adrenalina. Faleceu ao 16º dia de, em falência multiorgânica.

Discussão: A doença linfoproliferativa pós-transplante associada ao VEB é uma entidade clínica rara no presente, embora seja previsível que a sua incidência aumente com o aumento dos doentes transplantados. O objectivo da abordagem terapêutica é alcançar o equilíbrio na associação de uma imunossupressão mínima, mas suficiente para impedir a rejeição do órgão transplantado, e uma quimioterapia agressiva. Salienta-se ainda a necessidade da intervenção duma equipa multidisciplinar (Intensivistas, Cardiologistas, Imunohematologistas) de modo a permitir uma maior sobrevivência e minorar complicações.

GRANDE QUEIMADO EM PEDIATRIA – EXPERIÊNCIA DA UCIP

Pilar Valente, M. Rita Soares, Maria do Carmo Vale, João Estrada, Lurdes Ventura, António Marques, Deolinda Barata

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Coordenadora: Dr^a Deolinda Barata

Departamento de Urgência – Emergência – Director: Dr. Carlos Vasconcelos

Reunião Interdepartamental do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, Maio de 2005

Introdução: A abordagem inicial do grande queimado até à sua estabilização hemodinâmica e hidroelectrolítica é crucial, quer em termos de sobrevivência, quer no referente à redução da morbilidade e eventuais sequelas. A UCIP/HDE tem um papel preponderante na fase de estabilização do grande queimado pediátrico.

Material: Estudo retrospectivo com consulta de todos os processos dos doentes queimados internados na UCIP/HDE entre Abril de 1991 e Outubro de 2004 (12.5 anos).

Metodologia: Foram analisados 80 processos e considerados os seguintes parâmetros: dados demográficos, agente causal da queimadura, extensão e grau, avaliação do grau de inatabilidade fisiológica (PRISM), do índice de intervenção terapêutica (TISS). Foi também analisado o número e tipo de infecções, tipos de intervenção terapêutica e duração do internamento.

Resultados: Durante o referido período estiveram internados na UCIP do HDE por queimadura 83 doentes. Três foram excluídos deste trabalho por se encontrarem ainda hospitalizados.

Nos 80 doentes analisados o agente causal mais frequente foi o fogo (31.2%) e em 36 (45%) a área queimada era $\geq 30\%$.

O grau de instabilidade fisiológica (PRISM) variou entre 0 e 33 (mediana 9) e o de intervenção terapêutica (TISS) entre 1 e 65 (mediana 26.5).

O grupo das queimaduras eléctricas apresentou, em geral, reduzida gravidade, sendo o internamento na UCIP justificado para monitorização cardiovascular. Só 4 casos tiveram expressão clínica grave.

A duração do internamento foi superior a 30 dias em 29 doentes (36.2%).

O total de dias de cateterismo central foi de 1072, com variação entre 1 e 139 dias (mediana 17.5) e o de dias de ventilação foi 272, com variação de 1 a 52 dias (mediana 6). Num doente foi realizada hemodiafiltração.

Houve 10 óbitos durante o período de estudo (12.5%).

A infecção foi a complicação tardia mais frequente nestes doentes e causa de morte em 90% dos óbitos. Ocorreu infecção em 70 doentes (87%). Em 22 casos foi isolado pelo menos um agente infeccioso. O número de infecções por dias de catéter foi de 9.8%

Conclusão: Mais de 1/3 dos doentes teve um internamento prolongado na UCIP.

A principal causa de mortalidade foi a infecção e ocorreu na maior parte dos casos para além dos 7 dias de queimadura.

GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO FILHO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Maria Gabilondo*; M. Rita Soares**; M^a do Carmo Vale***

UCIP do HDE - Responsável Dr^a Deolinda Barata,

Coordenador do Seminário de Investigação - Dr. Pedro Caldeira

Departamento de Pedopsiquiatria, Directora- Dr^a M^a José Gonçalves

* Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria, ** Interna do Internato Complementar de Pediatria Médica, *** Assistente Hospitalar Graduada Pediatria Médica

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005

Lisboa, Novembro de 2005

INTRODUÇÃO: A criança gravemente doente sente-se desamparada, atingida na sua auto-estima e dignidade, necessita de presença apaziguadora e securizante dos pais, estes siderados pela dor do filho vão precisar de ser informados de maneira clara, participar nos cuidados, nas decisões e sentirem-se apoiados.

OBJECTIVOS: Conhecer o grau de informação dos pais, a sua opinião a respeito da comunicação estabelecida com os técnicos, os factores ansiogénicos e como se sentiram durante o internamento do filho.

POPULAÇÃO E MÉTODOS: Foi aplicado um questionário aos pais de crianças internadas na UCIP entre os meses de Março e Outubro de 2004. A comparação da percepção dos pais com a dos clínicos foi feita através da consulta dos processos.

RESULTADOS: Dos 30 inquéritos obtidos, 23 correspondem a internamentos não programados, 20 por patologia médica. Das crianças internadas 43% tinham idade inferior ou igual a 1 ano, 40% eram filhos únicos. A maioria dos pais sentem-se informados, 83% consideram conhecer o diagnóstico, 73% o tratamento e 70% a evolução. Os pais consideram a fonte de informação mais esclarecedora os médicos (44%), e a mais disponível os médicos e as enfermeiras (65%). Os factores mais ansiogénicos, quer para os pais, quer para os médicos, foram a gravidade e o prognóstico da doença e o risco de morte. Os pais têm percepção da doença como sendo mais grave do que os médicos. Do total dos pais 80% acharam que existia comunicação entre os elementos da equipa, 86%, 76% e 73% sentiram-se acolhidos, incluídos nos cuidados e ouvidos, respectivamente. Pouco mais da metade sentiram-se apoiados (53%) e incluídos nas decisões (56%) e apenas 63% acharam necessário apoio psicológico.

CONCLUSÕES: Podemos concluir que o grau de satisfação dos pais em relação ao atendimento dado pela equipa durante o internamento do seu filho é elevado.

TRAUMA GRAVE EM PEDIATRIA: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ADMITIDA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Francisco Cunha, Cláudia Dias, Teresa Cunha Mota, Clara Tavares, Leonor Carvalho, João Estrada, Luís Almeida Santos, Projecto DAIP-CIP*

UCIP do H.S. João; UCIP Hospital Pediátrico Coimbra; UCIP Hospital Dona Estefânia

Jornadas de Medicina Intensiva da Primavera

Porto, Abril 2005 (Poster)

Introdução: A patologia traumática representa uma parte importante do número total de admissões, bem como do número de óbitos, nas Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs). Adicionalmente, as crianças vítimas de trauma grave e que sobrevivem à hospitalização em UCIPs apresentam elevada morbidade e uma diminuição da sua qualidade de vida. O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do projecto DAIP-CIP, pretende caracterizar as principais características da população de crianças vítimas de trauma grave, admitidas em três UCIPs portuguesas (H. Pediátrico Coimbra, H. D. Estefânia-Lisboa, H. S. João-Porto). Nas crianças sobreviventes e com idade superior a cinco anos apresenta-se também a avaliação da variação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), 6 meses após o acidente.

Material e Métodos: Entre Maio de 2002 e Dezembro de 2004 foram recolhidos, prospectivamente, dados referentes ao: sexo, idade, escala de coma de Glasgow (GCS), uso de ventilação mecânica (VM), duração de internamento, sobrevida. Foram igualmente recolhidos dados para o cálculo da probabilidade de morte na admissão, de acordo com os algoritmos (PRISM-III(12h), PIM). A avaliação da qualidade de vida foi efectuada pela aplicação do questionário Health Utilities Index 23, no momento da admissão e seis meses após esta data. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS v12.

Resultados: Das 1807 crianças admitidas 239 (13%) foram vítimas de trauma grave. Destas 61% pertenciam ao sexo masculino, sendo a mediana da idade de 75 meses. Das 212 crianças em que há registo do valor de GCS, este foi ≤ 8 em 63% dos casos. A mediana da duração do internamento foi de 4 dias e houve necessidade de recurso a ventilação mecânica em 80% dos casos. A taxa de mortalidade bruta foi de 14% com taxas de mortalidade standardizadas de 1,04 e 1,36 respectivamente para PRISM-III e PIM. Nos 53 casos em que foi possível a avaliação da variação da QVRS, verificamos haver deterioração dessa QVRS em 75% dos casos, com particular relevo para os atributos cognição, estado emocional e dor. A comparação com a restante população mostrou que as crianças com trauma tinham significativamente: maior idade, percentagem do sexo masculino, necessidade de VM e mortalidade; valores de GCS mais baixos; e maior deterioração da QVRS aos 6 meses após a admissão. Conclusão: Os nossos resultados confirmam a elevada mortalidade e morbilidade que se associam a situações de trauma grave com necessidade de hospitalização em UCIPs.

* DAIP-CIP: Desenvolvimento e Avaliação de Índices de Prognóstico (mortalidade e morbilidade) em Cuidados Intensivos Pediátricos em Portugal)
Projecto subsidiado pela Fundação para a Ciência e para a Tecnologia (POCTI/ESP/41472/2001) e FEDER

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO—A PROPÓSITO de UM CASO CLÍNICO

Ana Bárbara Salgueiro, Manuela Ferreira, João Estrada, José Ramos, Lurdes Ventura, Maria do Carmo Vale, Deolinda Barata

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Dona Estefânia
XXXI jornadas Nacionais de Pediatria da Sociedade Portuguesa de Pediatria
Braga, Abril de 2005

Introdução: O Lupus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença multissistémica auto-imune, de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação vascular e do tecido conjuntivo e pela presença de anticorpos antinucleares (ANAS). As manifestações clínicas são extremamente variáveis e a história natural progressiva e imprevisível, podendo ser fatal principalmente nos casos não tratados.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente de 14 anos, raça negra, natural de Itália e residente em Moçambique, com antecedentes de artrite dos joelhos, mãos e pés, associada a febre e astenia, de etiologia desconhecida, com início um ano antes do internamento. Internada na UCIP do HDE por febre e dificuldade respiratória de aparecimento súbito, quando em trânsito de Moçambique para Itália, com o diagnóstico de pneumonia bilateral com derrame pleural. Apresentava ainda edema generalizado e hematúria macroscópica. Foram pedidos exames laboratoriais, incluindo estudo imunológico e efectuada toracocentese com saída de liquido com características de exsudado em que foi isolado *Strep. Pneumoniae*. Medicada inicialmente com Cefotaxima e Vancomicina e posteriormente Penicilina G Cristalina pós resultado do antibiograma. A evolução clínica, laboratorial e radiológica foram favoráveis, com transferência para a enfermaria ao 9º dia de internamento. Verificou-se, no entanto, um agravamento clínico com reaparecimento de anasarca e derrame pleural bilateral. Surgiram também lesões vesiculares pruriginosas na região perinal, compatíveis com infecção herpética, tendo sido readmitida na UCIP em D14. Apesar da terapêutica instituída com cefotaxima, vancomicina e aciclovir endovenoso e tópico, verificou-se agravamento do derrame pleural, mantendo-se positivo o isolamento bacteriológico de

Strep. Pneumoniae, e da função renal. A evolução clínica e o estudo imunológico compatível com LES levaram à instituição de pulsos de metilprednisolona (3 dias) seguidos de prednisolona 2mg/kg/dia. Verificou-se uma boa resposta à terapêutica com melhoria do estado geral, do edema e do derrame pleural e das lesões cutâneas.

Dos resultados dos exames complementares efectuados, salienta-se, para além do estudo imunológico compatível com LED, existência de poliserosite e proteinúria nefrótica (138.5mg/m²/h) e anemia microcítica e hipocrômica, sem reticulocitose.

Em D23 registam-se valores tensionais elevados associados a cefaleias e convulsão tónico-clónica generalizada, pelo que inicia nifedipina e fenitoína.

Realiza biópsia renal que foi compatível com nefrite lúpica classe IV com lesões activas e esclerosantes, iniciando posteriormente terapêutica com prednisolona 40mg/m²/dia.

É transferida em D47 para hospital em Itália, para onde iria residir, clinicamente bem e medicada com corticosteróides orais, terapêutica anti-hipertensiva e anti-convulsante.

Comentários: Os autores apresentam este caso clínico por se tratar de uma patologia que, não sendo frequente, pode ter complicações sérias, sendo importante um diagnóstico e tratamento precoces para evitar formas graves desta doença.

OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA NA CRIANÇA: “A MESMA SEMIOLOGIA, DIFERENTE ETIOLOGIA”

Raquel Coelho*, Carina. Borba*, Lurdes Ventura*, Isabel Fernandes*, Margarida Santos*, Rosalina Valente*, José Ramos*, Sérgio Lamy*, Deolinda Barata*, J Oliveira Santos**

* Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Urgência - Emergência

**Unidade de Pneumologia, Departamento de Medicina - Hospital Dona Estefânia. Lisboa

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005.

Lisboa, Novembro de 2005

Introdução: A obstrução respiratória alta na criança é uma situação que surge com alguma frequência em cuidados intensivos pediátricos. O papel do Broncologista é fundamental no diagnóstico e frequentemente na terapêutica de alguns casos específicos.

Objectivo: Os AA pretendem exemplificar, a propósito de alguns casos clínicos, diferentes etiologias que se apresentam com semiologia semelhante – estridor grave que necessitou de intubação traqueal e ventilação mecânica.

Métodos: Descritivo e comparativo entre a clínica e a fotografia endoscópica de grande precisão e qualidade na confirmação diagnóstica.

Resultados: Os casos apresentados são de três crianças de 1 mês, 9 meses e 5 anos, respectivamente. Todas realizaram broncoscopia para confirmação do diagnóstico. A 1ª com neuroblastoma do mediastino superior, com compressão extrínseca grave e progressiva do terço médio da traqueia que resolveu com a redução da massa tumoral com quimioterapia e corticoterapia. A 2ª tinha tido um hemangioma congénito da glote que envolveu após cauterização com Argon e surge com estenose grave da cricóide com necessidade de laringoplastia com interposição de fragmento de cartilagem costal. A 3ª, na sequência de ventilação mecânica de curta duração, no pós-operatório de descorticação pleural por empiema e paquipleurite, poucas horas de ser extubada sem complicações, surge com estridor grave que se verificou ser por brida cicatricial. Foi submetida a lise cirúrgica e Argon.

Conclusão: São múltiplas e de grande eficácia as atitudes de cooperação entre os intensivistas pediátricos e os broncologistas. Permitem não só um diagnóstico rápido e atempado, mas também estabelecer de forma eficaz a indicação terapêutica, muitas vezes, da responsabilidade do próprio broncologista.

PERFORMANCE OF FOUR ALGORITHMS FOR PROBABILITY OF DEATH IN PORTUGUESE PICU

Francisco Cunha, Clara Tavares, Leonor Carvalho, Deolinda Barata, TC Mota, Armando Teixeira-Pinto

Pediatric Critical Care Medicine. 2005; 6(2):241

Background: algorithms of probability of death (POD) have been used worldwide to evaluate quality of care delivered by PICU's. Nowadays there are two main algorithms systems, namely PRISM and PIM, each with an original and a recalibrated version (PRISM, PRISM-III and PIM/PIM2). Since March 2002, we have been collecting data from three major PICUS in Portugal to evaluate the performance of POD algorithms in our population.

Material and Methods: gender, admission, outcome, diagnosis group and all data required to calculate PRIM, PRISM – III (12 hours) and PIM, were prospectively collected from all admissions between 01/May/02 and 30/Apr/ 04. Since 01/May/03 we also collected data to compute the PIM2. PRISM, PIM and PIM2 were calculated according to the algorithms published in the literature. PRISM-III (12 hours) was computed using PICUES 3.2.3 software. Discrimination was assessed through the area under the receiver operating characteristic curve (ROC) and calibration through the Hosmer-Lemeshow Chi-square statistic and standardised mortality rate (SMR).

Results: each PICU contributed with a similar number of patients (396, 345, 412), totalising 1153 admissions. Median age was 41 months and 46 % were male patients. Median length of stay was 2.7 days. Mortality rate during PICU stay was 10 %. The results for PRISM, PRISM-III (12 hours), PIM and PIM2 were respectively: ROC (CI 95%) – 0.89 (0.85-0.93), 0.83 (0.79-0.87) and 0.89 (0.84-0.93); Hosmer-Lemeshow Chi-square statistic (8df) – 25.5 (p=0.001), 40.1 (p<0.001), 35.5 (p<0.001) and 25.3 (p=0.001); and SMR – 0.87, 1.16.1.49 and 1.74.

Conclusions: discrimination between death and survival was good for all algorithms, but calibration was poor for all of them, being best for PIM2 and PRISM. The opposite direction of SMR in these two algorithms make difficult to choose which performs best in the Portuguese population. These results, associated to the trend shown in recalibration of PRISM and PIM, makes us believe that case-mix is an important factor to consider when evaluation POD models.

MAIN CHARACTERISTICS OF THREE PORTUGUESE PICU: COMPARATIVE EVALUATION

ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DE 3 UCIP PORTUGUESAS: AVALIAÇÃO COMPARATIVA

Francisco Cunha, João Estrada, Fabela Neves, Clara Tavares, Ana Rosa Lopes, Deolinda Barata, Altamiro Costa-Pereira, Luís Almeida Santos

Projecto DAIP-CIP*

IX Brazilian and IV Latin American Congresses on Pediatric Intensive Care
October 5–8, 2004 Porto Alegre, Brazil
Pediatr Crit Care Med 2005 Vol. 6, No. 1: 121

Objectives: Periodic and critical evaluation of the main characteristics of the population served by the PICU and of delivered care is part of good practice procedures and is fundamental to improve the quality of delivered care. Since May 2002, three Portuguese PICUs collected prospective data about patients' characteristics and about delivered care.

Methods: Prospective collection in all pediatric admissions between May 1, 2002, and April 30, 2004, of data regarding demographics, admission diagnosis (elective postoperative, respiratory, sepsis/septic shock, trauma, others), need of mechanical ventilation (MV), outcome, forgoing life-sustaining treatment (FLST), length of stay (LOS), and all data needed to calculate standardized mortality ratios (SMR) using PRISM, PRISM-III(12h), PIM, and PIM2 probability of death algorithms.

Results: Values are shown for each PICU, respectively, Coimbra/Lisbon/Oporto. From the total of 1,315 (450/445/420) cases included in the study, 48%/48%/44% ($p = .462$) were male patients and the median age was 35/43/40 months ($p = .252$). Admission diagnosis differs significantly between the three PICUs ($p = .001$). MV was needed in 76%/32%/66% of the cases ($p = .001$). Crude mortality rate was 8.9%/5.8%/13.1% ($p = .001$). FLST occurred in 40%/42%/44% of patients who died ($p = .939$). Median LOS was 2.2/3.0/3.1 days ($p = .001$). SMR were 0.78/0.90/0.81 (PRISM), 1.08/1.13/1.06 (PRISM-III), 1.24/1.26/1.54 (PIM), and 1.34/1.28/1.63 (PIM2).

Conclusions: Although these are preliminary results and data collection is still going on, we were able to determine statistically significant differences between demographics of PICU populations and in some indicators of delivered care. Explanations for these differences and their future implications in care delivered in our PICUs are still being discussed.

* DAIP-CIP: Desenvolvimento e Avaliação de Índices de Prognóstico (mortalidade e morbilidade) em Cuidados Intensivos Pediátricos em Portugal)

Projecto subsidiado pela Fundação para a Ciência e para a Tecnologia (POCTI/ESP/41472/2001) e FEDER

RECUSA EM ANDAR...

Patrícia Rodrigues*, Margarida Santos*, Isabel Fernandes*, António Marques*, Gabriela Pereira*, Eulália Calado**, Deolinda Barata*

*Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos, **Serviço Neurologia - Hospital Dona Estefânia
XXXI Jornadas Nacionais de Pediatria da Sociedade Portuguesa de Pediatria
Braga, Abril de 2005

A perda da capacidade da marcha, quando associada a hipotonia e a diminuição da força muscular dos membros inferiores pode significar lesão da unidade motora (medula, raízes medulares, nervos periféricos, placa neuromotora ou músculo), sendo a síndrome de Guillain-Barré a causa de parésia aguda mais frequente na infância. O diagnóstico diferencial com outras patologias como a mielite aguda, discite, miosite aguda, traumatismo ou lesão isquémica medular é difícil, mas fundamental para uma abordagem terapêutica adequada.

Objectivos

Descrever dois casos clínicos de parésia aguda dos membros inferiores com etiologias menos frequentes.

Casos Clínicos

Caso 1: criança de 19 meses com claudicação da marcha e febre baixa com 10 dias de duração. Apresentava recusa da marcha, da posição de sentada e da mobilização dos membros inferiores. Os estudos em RMN da coluna vertebral revelaram alteração de sinal dos corpos vertebrais de L5 e S1 e do respectivo disco intersomático, assim como das partes moles (pré-vertebral e epidural anterior) com desvio das emergências radiculares (Espondilodiscite). Foi medicado com flucloxacilina, cotrimoxazol, rifampicina e gentamicina, além de imobilização lombar. Ocorreu desaparecimento de queixas após 5 dias de terapêutica e a criança teve alta no 30^o dia, sem sequelas. Resultados posteriores de estudos etiológicos revelaram hemocultura positiva para *Staphylococcus hominis* e serologia positiva para coxsakievirus B6.

Caso 2: criança de 8 anos com 5 dias de evolução de dor difusa nos membros inferiores, regiões dorsal, lombar e abdominal e incapacidade de marcha. Apresentava diminuição da força muscular, dos ROT's dos membros inferiores e retenção urinária. O estudo por RMN da medula revelou área de hipersinal centro-medular desde C3/C4 a C5/C6 compatível com lesão de provável natureza inflamatória ou auto-imune (Mielite C3-C6). Os restantes estudos revelaram positividade dos ANAs (padrão actina). Medicado com corticoterapia (metilprednisolona em altas doses), a melhoria clínica foi progressiva com diminuição de queixas.

Conclusões: Alerta-se para a necessidade de um elevado índice de suspeição, tendo em vista a possibilidade de ocorrência de processos inflamatórios medulares, sendo a RMN o método de eleição no estudo desta patologia. A precocidade do diagnóstico é fundamental para o tratamento atempado e a prevenção de lesão neurológica irreversível.

INTERNAMENTOS PROLONGADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Catarina Gouveia, Rita Soares, João Estrada, Gabriela Pereira, António Marques, Deolinda Barata.

Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento Urgência-Emergência, Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005 (póster).

Lisboa, 17 de Novembro de 2005.

Introdução: A duração do internamento é um importante critério de avaliação da qualidade assistencial. Os internamentos prolongados (IP) associam-se um aumento de mortalidade, consumo de recursos, iatrogenias e infecções nosocomiais, com consequência directa nos custos, desempenho, capacidade discriminativa dos índices de gravidade e qualidade em geral.

Objectivo: Avaliar o perfil clínico, utilização de recursos, eficiência e eficácia dos IP numa UCIP e detectar indicadores precoces e causas potenciadoras de IP, de forma a adequar as políticas organizacionais e tecnológicas a uma melhoria da qualidade assistencial para o doente e família.

Métodos: Análise do arquivo informático da UCIP e revisão retrospectiva dos processos com IP (demora >P95). Considerou-se como eficiente o internamento com um risco de morte >1%;

a eficácia foi calculada pela taxa de mortalidade padronizada (TMP); a capacidade discriminativa do PRISM pela curva ROC e a calibração pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Embora correspondam a 4,5% dos internamentos, os 262 internamentos prolongados (IP) contribuem para 41% do total de dias de internamento. Os IP têm maiores índices de gravidade, intervenção terapêutica e mortalidade ($p < 0,001$). A TMP é de 1,33 e 0,94, a área sob a curva ROC de 0,640 e 0,921, e a eficiência de 58,5% e 87,4% ($p < 0,001$), respectivamente para IP e não IP. São factores associados a IP: doença crónica, proveniência de outro hospital e doenças do grupo oncológico, respiratório e causas externas. A necessidade de técnicas e procedimentos complexos no internamento (ventilação, traqueostomia, acessos venosos centrais) foi mais frequente no grupo dos IP.

Conclusão: Nas avaliações do movimento assistencial, os IP têm especificidades importantes que devem ser sempre analisadas e integradas na avaliação global.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO INTERNADA NA UCIP EM 14 ANOS (1991-2005).

João Estrada, Gabriela Pereira, Maria do Carmo Vale, António Marques, Lurdes Ventura, Isabel Fernandes, Rosalina Valente, Margarida Santos, José Ramos, Sérgio Lamy, Deolinda Barata, Carlos Vasconcelos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Urgência-Emergência, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005 (póster).

Lisboa, 17 de Novembro de 2005.

Introdução: A avaliação do movimento assistencial em cuidados intensivos deve permitir a caracterização nosodemográfica, mas também a análise da intervenção terapêutica e dos índices de prognóstico, possibilitando a estratificação e o estudo comparado entre unidades ou na mesma unidade ao longo do tempo.

Objectivo: Determinar e analisar as características da população internada nos primeiros 14 anos da UCIP.

Métodos: Revisão do arquivo informático em relação a: sexo, idade, antecedentes, proveniência, tipo de doença, PRISM, TISS, probabilidade de morte, mortalidade real e padronizada (TMP), procedimentos e demora.

A eficiência foi calculada tendo como base um risco de morte $>1\%$, a eficácia pela TMP. O modelo preditivo de morte através do PRISM foi avaliado na sua capacidade discriminativa pela curva ROC e na sua calibração pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Foram analisados 5794 processos (99,8% dos internamentos efectuados) e verificou-se: diminuição dos internamentos ao longo dos anos, aumento da patologia cirúrgica/causas externas e uma redução significativa da % de internamentos pelo SU. As doenças respiratórias, infecciosas, neurológicas e as causas externas foram as mais frequentes, verificando-se nestas últimas uma diminuição das intoxicações (88 vs. 10 casos/ano). De salientar o aumento significativo das doenças oncológicas, de 3,3%, no 1º ano, para valores entre 4,7 e 9,3%, nos últimos 5 anos. Os procedimentos mais frequentes foram: ventilação mecânica (1349 \leftrightarrow 23,3%), acessos venosos centrais (893 \leftrightarrow 15,4%), drenagem pleural (396 \leftrightarrow 6,8%) e endoscopias (133 \leftrightarrow 2,3%). O PRISM, o TISS e a taxa de mortalidade foram maiores nos grupos cardiovascular, infeccioso e oncológico. A TMP global foi de 0,992 e a

ASC de $0,909 \pm 0,008$. A taxa global de eficiência foi de 62,0% (49,5% no 1º ano e 77,0% no último). A taxa de mortalidade global foi de 372 (6,4%) casos.

Conclusão: O perfil da população internada na UCIP e o desempenho da Unidade têm-se modificado ao longo dos anos, traduzindo-se em diferenças por vezes significativas em alguns dos parâmetros analisados.

REUNIR – RESULTADOS DO 1º SEMESTRE DE ACTIVIDADE.

Francisco Cunha, Clara Tavares, Leonor Carvalho, Deolinda Matos, Dulce Oliveira, Elsa Santos, Fernanda Marcelino, Gabriela Pereira*, Helena Loureiro, Patrícia Mendes, Teresa Cunha Mota, pelo Grupo REUNIR.

*Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Urgência-Emergência, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

IX Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos (póster).

Condeixa, 11 de Novembro de 2005.

A 1 de Janeiro de 2005 teve início a recolha de dados do projecto REUNIR (Recolha Uniformizada e Nacional de Informação Relevante em Cuidados Intensivos Pediátricos), uma iniciativa da Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria que envolve todas as UCIP Portuguesas. O presente trabalho pretende mostrar os resultados obtidos a partir dos dados recolhidos no 1º semestre de 2005. Atendendo à dimensão do número de variáveis recolhidas optamos por realçar apenas aquelas em que as diferenças entre cada uma das UCIP e o total nacional mostrou diferenças com significado estatístico, não sendo efectuada qualquer análise comparativa entre as várias UCIP. A análise estatística foi efectuada pelo recurso ao cálculo de percentagens e respectivos IC95%. Do total de 973 admissões registadas pelas UCIP foram excluídas da análise 58 registos por se tratarem de crianças com idade fora dos limites estabelecidos para a análise [29 dias-16 anos]. Os 915 casos analisados têm a seguinte distribuição por UCIP (%): A-17,8 B-3,3 C-13,2 D-7,3 E-5,4 F-5,2 G-13,8 H-10,3 e I-23,7.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Total*
Sexo Masculino	63	60	73	52	59	71	58	52	58	60
Readmissões UCIP	5	0	6	9	10	4	11	12	7	7
Adm anterior UCIs	31	30	38	43	29	71	49	33	25	36
Adm Planeada	29	10	21	15	51	48	44	33	30	31
Adm Cirúrgica	32	7	14	13	41	44	47	36	36	32
Adm Médica	68	90	79	81	51	56	50	62	62	65
Recobro Cirurgia	30	0	21	16	39	46	49	34	33	32
Alto risco (PIM2)	13	0	17	6	2	8	18	12	7	11
Doença crónica	54	27	37	45	55	73	61	41	47	49
Falência Órgão	35	37	26	15	6	58	53	70	28	36
VM – 1ª hora	22	23	8	40	45	44	73	66	29	37
VM – qq momento	29	37	17	51	45	46	77	72	34	43
Taxa Mortalidade	10	3	2	7	4	2	6	13	3	6
Restrição terapêutica	8	0	1	0	2	0	6	10	1	4

* Total Nacional VM – ventilação mecânica Adm - admissão qq – qualquer

Valores expressos em percentagem; a sombreado os valores cujas diferenças são estatisticamente significativa, relativamente à média nacional.

Com a apresentação destes resultados esperamos contribuir para a divulgação de algumas das particularidades de cada uma das UCIP, em relação à média nacional. Apesar dos resultados serem preliminares são importantes marcos para a futura análise inter-UCIP e identificação de variáveis que necessitem de esclarecimento adicional, através da elaboração de projectos de investigação específicos.

A análise das múltiplas variáveis do projecto REUNIR (muitas das quais aqui não divulgadas) permitem-nos desde já afirmar a existência de uma acentuada heterogeneidade das várias UCIP e da necessidade da realização de uma Reunião da SCIP para efectuar uma análise detalhada das diferenças encontradas.

TRAQUEOSTOMIAS: INCERTEZAS E CONTROVÉRSIAS

Catarina Gouveia, António Figueiredo, Maria do Carmo Vale, Margarida Santos, Lurdes Ventura, José Ramos, João Estrada, Sérgio Lamy, Victor Neto, Deolinda Barata
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital Dona Estefânia
Reunião de Casos Clínicos da Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
Lisboa, Maio de 2005

Introdução: As indicações de traqueostomia têm sido alteradas nas últimas décadas, sendo difícil estabelecer normas de orientação uniformes. Com o objectivo de mostrar a complexidade e diversidade etiológica das crianças submetidas a este procedimento, os autores descrevem quatro casos clínicos de situações crónicas e paradigmáticas da casuística da UCIP do Hospital de Dona Estefânia.

Caso clínico 1: Inês, 8 anos, com diagnóstico de Síndrome de hipoventilação central congénita. Cianose e apneia recorrente desde as primeiras horas de vida que condicionaram dependência ventilatória a partir do segundo dia de vida. Submetida a traqueostomia aos 3 meses de idade. Actualmente mantém suporte ventilatório durante o sono, estando programada adaptação a ventilação não invasiva. Apresenta boa evolução estaturo-ponderal e atraso congénito moderado.

Caso clínico 2: Adolescente de 16 anos, diagnóstico de distrofia muscular congénita, com síndrome ventilatório restritivo. Prevendo-se ventilação prolongada, é submetida a traqueostomia aos 14 anos na sequência de intercorrência respiratória com necessidade de suporte ventilatório. Mantém presentemente ventilação domiciliária intermitente. Apresenta má progressão estaturo-ponderal e desenvolvimento cognitivo adequado, com bom rendimento escolar.

Caso clínico 3: Criança de 2 anos, com os diagnósticos de prematuridade e atresia do esófago tipo III. Internado aos 4 meses na UCIP por quadro de obstrução respiratória alta secundária a fístula laríngea congénita e papilomatose reaccional. É submetida a traqueostomia aos 5 meses. Encerramento do orifício de traqueostomia aos 20 meses, sem dificuldade respiratória. Atraso de desenvolvimento psicomotor moderado, com áreas de competência emergentes.

Caso clínico 4: Criança de 3 anos com os diagnósticos de prematuridade, displasia broncopulmonar e CIV corrigida cirurgicamente aos 12 meses. É realizada traqueostomia aos 90 dias de intubação por dependência ventilatória desde o nascimento e é actualmente seguido no Hospital Garcia da Orta, sob ventilação domiciliária nocturna. Apresenta atraso de desenvolvimento estatura-ponderal e défice cognitivo.

Conclusões: Sublinha-se a importância da avaliação clínica de cada caso na ponderação da realização de traqueostomia. Salienta-se ainda a importância de uma equipa multidisciplinar experiente que inclua os cuidados continuados na comunidade. As dificuldades na sua implementação prolongaram desnecessariamente o internamento, mas esta estratégia contribuiu para uma diminuição da morbilidade e melhoria do equilíbrio biopsicossocial da criança e bem estar familiar.

AS DIFÍCEIS ESCOLHAS DO INTENSIVISTA

Maria do Carmo Vale

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Hospital de Dona Estefânia

Acta Pediátrica Portuguesa 2005

A autora aborda e reflecte as principais correntes teóricas da bioética que presidem às difíceis escolhas e decisões numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.

Para isso recorreu a um questionário estruturado, da sua autoria, incidindo sobre aspectos organizacionais, opiniões e práticas referentes a problemas éticos.

O questionário constava de trinta e seis perguntas e cinco casos clínicos sobre os quais se colocavam questões éticas.

No período decorrido entre 2002 e 2003 o questionário foi enviado aos responsáveis das unidades de cuidados intensivos pediátricos e unidades mistas (pediátricas e neonatais) do país. Colaboraram seis das nove unidades contactadas e responderam trinta e nove pediatras intensivistas (66%) num universo de cinquenta e nove potenciais respondentes.

A maioria (89,7%) assumiu decisões de limitação terapêutica e 64,1% foram responsáveis por ordens de não reanimação (DNR). Foram considerados factores importantes na decisão de DNR a presença de doença crónica (61,5%), a reduzida probabilidade de sobrevivência (64,1%) e a qualidade de vida na óptica da criança (82,0%).

As unidades de cuidados intensivos têm o objectivo específico de evitar o sofrimento desnecessário e a morte prematura, pelo tratamento de patologias reversíveis durante um período apropriado, numa perspectiva realista. Não contemplam portanto a admissão de doentes em fase terminal ou de morte eminente, com elevada improbabilidade de reversibilidade, cujo tratamento agressivo, por meios invasivos de manutenção de vida como a ventilação ou terapêutica substitutiva renal, pode significar uma má prática e incompatível com os respectivos objectivos: elevados custos (dor, sofrimento) e limitados ou nulos benefícios.

Por outro lado o intensivista tem sido conotado com a prática de uma medicina invasiva, fria, asséptica, excessivamente preocupada com índices de gravidade e terapêuticos, resultados (mortalidade e morbilidade) e acusado de secundarizar aspectos éticos e de humanização.

Contudo, a verdade é que estes foram, são e provavelmente serão cada vez mais objecto de ponderação por parte das equipas de intensivistas, condicionando escolhas e decisões de não

reanimação, limitação e retirada terapêutica, nem sempre bem compreendidos por outros profissionais e familiares.

A análise dos resultados de um trabalho deste tipo é necessariamente subjectiva, volátil e isenta de certezas ou vinculações.

Cada doente é único e cada situação pode ter diferentes ponderações consoante o estadio em que o analisamos. Em ética não existem soluções, mas sim reflexões e justificações, mediante metodologia própria de equacionamento e problematização de um dilema.

Este estudo visa o conhecimento das diferentes visões e prioridades humanistas dos vários clínicos que responderam ao inquérito, decorrentes da inquietação moral nas decisões e soluções encontradas para os terríveis problemas clínicos que enfrentam. Questiona filosoficamente formas de actuação clínica, avançando (pré)conceitos, argumentos e justificações éticas subjacentes às escolhas e decisões pragmáticas em cuidados intensivos pediátricos.

Para além da natureza biológica da vida e morte, a representação social e espiritual destes fenómenos têm de ser estudados no contexto de variáveis culturais, religiosas e sociais.

Ao reservar para si as decisões mais trágicas, o intensivista procura preservar as famílias do fardo excessivo de escolhas que poderão constituir cisões na dinâmica, identidade e intimidade dos afectos da família nuclear, na medida em que poderá nela desencadear sentimentos de confusão e culpabilidade. É contudo inaceitável se devida a paternalismo autocrático, atitude desadequada na relação de respeito e empatia que procuramos estabelecer com os pais.

Ressalvadas as diferenças culturais, em Portugal e comparativamente aos países anglo-saxónicos, a conduta do médico não tem criado espaço à capacidade de autodeterminação do doente e ou família, sendo frequentemente adoptados a autoritarismo e paternalismo que, face à atitude tolerante dos doentes, condiciona o "paternalismo consentido".

Os principais vectores existenciais da condição humana reflectem a noção de bem (bem agir), de alteridade (o que solicita ajuda) e de temporalidade (vida, morte, finitude).(20)

A práxis médica assenta no conhecimento, experiência, bom senso e humanismo, mas exige sobretudo, no percurso diagnóstico e terapêutico, escolhas e decisões em que a humanidade transparecerá na atitude de disponibilidade e proximidade facilitadoras da comunicação que releva a partilha de angústias e medos, certezas e dúvidas daqueles a quem auxiliamos como médicos.

O inquérito efectuado permite concluir que a distribuição dos médicos de cuidados intensivos pediátricos é relativamente equitativa entre unidades exclusivamente pediátricas e unidades mixtas.

A maioria (89,7%) reconheceu a responsabilidade por decisões de limitação e retirada terapêutica.

À questão da responsabilidade de decisão referente à limitação/retirada terapêutica, cerca de 58,9% dos inquiridos foi de opinião ser do foro exclusivo do intensivista.

Este número está de acordo com os dados da literatura referentes a unidades de cuidados intensivos neonatais da Europa do Sul, nomeadamente em Itália em que 61% dos neonatologistas admitiram fazê-lo, comparativamente aos 96 % da Suécia. (17). Relativamente às ordens de não reanimação, 64,1% do total de inquiridos admitiram tê-las dado após discussão com a família e 12,8% sem discussão conjunta com a família ; Alguns trabalhos referem a DNR como causa imediata precedente de morte em cerca de 15% dos óbitos (21) e 30% (22), comparativamente aos 30% que responderam não terem efectuado tais decisões, interpretado como inexperiência ou excesso de investimento. Noutros trabalhos a DNR foi

considerada dentro do grupo de limitação terapêutica inviabilizando a comparação de experiências.

A maioria dos pediatras aceita melhor a limitação/retirada terapêutica, comparativamente a encurtamento activo do processo de morte (64,1%).

Relativamente aos conceitos de limitação/retirada terapêutica, tal como noutros trabalhos, a maioria dos intensivistas pediatras (56,4%) aceita melhor tomar a decisão de limitação, comparativamente à retirada terapêutica, (23) apesar de sobreponíveis do ponto de vista conceptual-filosófico e se pretenda com este conceito, em caso de incerteza, dar o benefício da dúvida, ao instituir terapêutica para posterior suspensão, face à certeza da sua futilidade

Foram considerados muito importantes na decisão de limitação/retirada terapêutica a existência de doença crónica (61,5%), a probabilidade do doente não sobreviver (64,1%), a qualidade de vida na óptica da criança/adolescente (82,0%) e a elevada probabilidade de irreversibilidade da doença aguda (64,1%), o que traduz, na nossa perspectiva, maturidade profissional e humanista. Ao ser preparado para agir e efectuar técnicas “life-saving”, investindo no doente, torna-se particularmente difícil e frustrante o reconhecimento da irreversibilidade de uma doença e em consequência da inutilidade da prossecução de um tratamento.

A pressão da família dividiu praticamente os intensivistas ao admitirem ser (46,1%) ou não (51,3%) por ela influenciados nas decisões de limitação/retirada terapêutica.(24)

A subjectividade do intensivista (56,4%), a existência prévia de doença mental ou psiquiátrica (46,2%), história clínica de anteriores internamentos hospitalares (64,1%), o peso social do doente (82,0%), a idade do doente (64,1%), o impacto económico e social na família (76,9%) e a análise custo/benefício para a sociedade (82,0%) não foram considerados relevantes na decisão de limitação/retirada terapêutica (25).

Face ao doente terminal 61,4% ficam perturbados e divididos pela repercussão de decisões como a limitação (15,4%), retirada terapêutica (25,6%), ou pelas duas (20,5%), sendo a retirada terapêutica aquela que mais inquietação e angústia gera nos intensivistas; 35,9% não são afectados por nenhuma destas decisões; 51,3% ficam mais perturbados pelo encurtamento activo do processo de morte, comparativamente à retirada e só 5,1% ficam mais inseguros, desassossegados ou inquietos pela retirada versus encurtamento activo do processo de morte.

A grande maioria dos pediatras (89,7%) admitiu ter limitado medidas de suporte de vida, 82,0% afirmou tê-las retirado e 13,3% ter tomado medidas de encurtamento activo.

CONCLUSÕES

Edmund Pellegrini afirmou e escreveu “A medicina é a mais humana das ciências e a mais científica das humanidades” alguns anos após Jean Benard ter escrito “A medicina mudou mais nos últimos 50 anos que nos 50 séculos precedentes”

Na verdade constatamos ao longo das últimas décadas que a medicina evoluiu de uma práxis menos científica e mais humana para uma medicina mais científica, nosologista e menos humana e humanista.

Por outro lado a medicina intensiva aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento das situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais eminentes ou estabelecidas. Para isso serve-se de uma parafernália de tecnologia desinvestidora de uma interacção e relacionamento profícuo entre o doente e médico. Cada vez se interage, dialoga, toca e acaricia menos as crianças doentes.

Os conflitos entre os princípios actualmente defendidos pela ética médica são comuns nas unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricas, onde a gravidade da doença e as técnicas utilizadas envolvem benefícios e riscos e onde as decisões de vida e de morte são particularmente trágicas, porque a criança representa o futuro onde a vida e o viver deveria ser a regra e a morte um acontecimento remoto, impossível, escandaloso e inaceitável.

Assim, a medicina intensiva em pediatria é cada vez mais uma ciência de reflexão e questionação de dúvidas, dilemas e angústias a que tem de dar resposta.

É nessas respostas que o intensivista se reinventa: reinventa-se na abordagem científica e humana dos doentes, todos diferentes e com especificidades próprias, reinventa-se na partilha dos conhecimentos que possui com os doentes e famílias, envolvendo-os na teia de problemas, procurando uma corresponsabilização e aderência às propostas diagnósticas e terapêuticas que considera mais adequadas, reinventa-se no relacionamento criativo e fiduciário, na atitude de empatia, compreensão, solicitude e irmanação de preocupações com cada doente, em cada família.

Finalmente reinventa-se diariamente nas soluções, nas boas soluções ou nas soluções menos más, interpelando convicções, duvidando da sua prática profissional, modelando o seu humanismo à sua capacidade de compaixão e adaptação a diferenças culturais, sociais e religiosas das famílias.

De um médico espera-se que intervenha e actue: a abstenção/limitação terapêutica responsável de um determinado acto para o qual foi treinado (DNR), ou ainda a retirada terapêutica, indiciam maior experiência e maturidade profissional e humanista, atitude defendida por apenas 10,2% dos intensivistas, relativamente à limitação/retirada terapêutica, comparativamente aos 64,1% que responderam afirmativamente ter participado e cumprido ordens de não reanimação.

Na verdade, a ausência de intervenção requer um enorme domínio do médico, que necessita de estar muito seguro e actualizado acerca do doente, o que é acrescidamente difícil no serviço de urgência.

Manter uma terapêutica sem benefício para o doente constitui um atentado à sua dignidade, má praxis médica e deontológica e um acto imoral. As emoções, sentimentos de culpabilização, desassossegos, inquietações e angústias vividos pelo médico ao confrontar-se com decisões deste teor, devem ser factores de crescimento e enriquecimento humanista e profissional.

Por outro lado é preocupante o médico demitir-se de algumas responsabilidades sendo ele o detentor da formação técnica e humanista que melhor o posiciona para as assumir em paridade com o doente e família, de que são exemplo a análise do peso social para a família e dos custos/benefícios para a sociedade do prolongamento de vida inútil de determinados doentes.

Esse espaço de decisão irá naturalmente ser ocupado por economistas, juristas e burocratas que muito prezam números, jurisprudência e estatísticas, independentemente da dimensão humana.

É o cruzamento da ética, técnica e medicina com a Virtude, Humanismo, Solicitude e Conhecimento que, em Medicina condiciona as boas escolhas e decisões. Mas é o sentido de responsabilidade no exercício profissional que nos questiona permanentemente em cada doente.

PEEP – A NOVA FRONTEIRA.

Mesa Redonda “Áreas de inovação técnica e terapêutica, Assistência Ventilatória”

José Ramos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

Referida pela primeira vez em 1937, para tratamento do edema agudo do pulmão, foi esquecida e só parcialmente redescoberta em 1968, com a verificação de que o gemido melhorava a PaO₂ e na sequência a descoberta em 1969 de CPAP no tratamento da doença das membranas hialinas.

Num pulmão normal, com normal produção de surfactante a PEEP tem pouca importância. Mas num pulmão doente em que o surfactante é quase sempre uma das primeiras vítimas, a PEEP é fundamental. Promove a estabilização alveolar, ou seja, mantém os alvéolos continuamente abertos. Sem PEEP os alvéolos encerram no fim da expiração e a reabertura implica pressões bastante elevadas. Tudo isto associado a sequelas importantes. Atingimos então uma nova fronteira “the open lung concept of alveolar recruitment”. Ao evitar o stress, relacionado com os ciclos constantes de encerramento/reabertura, a ventilação tornou-se bem menos agressiva, as sequelas menos frequentes e importantes. E tudo isto associado a uma muito melhor oxigenação e a melhores resultados. Fácil de compreender e de atingir. Difícil de interiorizar e aceitar.

Será possível alterar conceitos/preconceitos ou a tradição ainda é o que era?!

A AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO NO HDE

Mesa Redonda - “Formação contínua e reflexo no desempenho profissional”

António Marques*, Emília Bártolo*, Teresa Delgado*

*Membros da Comissão Coordenadora do Centro de Formação Profissional, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

Uma actividade profissional requer um conjunto homogéneo de conhecimentos, de saber-fazer e comportamentos que se adapte à situação particular de trabalho dentro da organização. A formação profissional justifica-se pela sua contribuição para a eficiência dessa organização e só faz sentido através da obtenção de resultados.

No HDE a formação profissional assenta em três pilares fundamentais:

A - mudança organizacional;

B – aquisição e aperfeiçoamento de competências e desempenhos;

C- desenvolvimento pessoal.

A avaliação da formação processa-se a quatro níveis: 1- de satisfação; 2- pedagógico; 3- transferência para a situação de trabalho; 4- efeitos na eficiência da organização.

A avaliação da formação no HDE é sempre efectuada no nível 1; no nível 2 faz-se regularmente; no nível 3 assume carácter experimental; o nível 4 será trabalhado aquando da concretização sistemática dos níveis anteriores.

Actualmente a formação profissional passa por dificuldades. A ultrapassagem dessas dificuldades e a concretização de uma avaliação mais completa depende do modo como a organização transformar a “crise” em oportunidade de mudança. A reflexão que está a ser feita pelo CFP deverá traduzir-se numa proposta de programa de actuação baseada em objectivos organizacionais concretos com resultados mensuráveis e dentro de prazos sustentáveis.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTORA: DR^a. MARIA JOSÉ GONÇALVES

A CRIANÇA NO DIVÓRCIO E O PODER PATERNAL

A L Fernandes*, M Gabilondo**, Alexandra Mariguesa***, João Pedro Machado*, I Pereira*, Paula Vilarça****, M^a Antónia Silva*****, Pedro Caldeira da Silva****, Fernando Pêgo**

* Clínica do Parque, ** Clínica da Juventude, ***Clínica da Encarnação, **** Unidade de Primeira Infância, *****Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia (HDE), Lisboa

XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Poster).

Coimbra, Dezembro de 2005

No Seminário de Psiquiatria Forense de 2004-05 do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE foram abordados os temas *A Criança no Divórcio* e *O Poder Parental*, sobre os quais é feita uma reflexão.

Existem casos de divórcio caracterizados por uma incapacidade em conceder à criança distância do conflito parental, e para negociar no sentido do melhor interesse da criança. Estas situações geram dificuldades psicológicas que podem ter repercussão no desenvolvimento psico-afectivo da criança (T. Ferreira). São particularmente complicados os casos em que as crianças são manipuladas naquele conflito, não lhes sendo permitido manter uma posição afectiva autónoma (Síndrome de Alienação Parental de Gardner). As Guidelines Americanas para Avaliação do Comportamento Parental enfatizam a necessidade dos pais em processo de divórcio respeitarem os interesses dos filhos.

Os casos que chegam ao sistema legal são aqueles em que o conflito é mais grave. Tradicionalmente o tribunal decidia de acordo com expectativas sociais e políticas, que se traduziam em normas reguladoras dos direitos dos adultos.

Recentemente emergiram as noções da igualdade dos direitos e deveres parentais e dos melhores interesses da criança. Perante o carácter indeterminado deste último conceito, frequentemente não são respeitados os princípios das suas necessidades psíquicas irredutíveis (Brazelton e Greenspan). T. Ferreira definiu “modelos de mães” que não teriam capacidade para respeitar essas necessidades.

Ultimamente os Tribunais pedem com maior frequência a opinião dos Pedopsiquiatras para definição da tutela. Dada a elevada frequência de divórcio em casais com filhos, muitos dos quais em litígio, torna-se premente um saber especializado nesta área.

Palavras chave: desenvolvimento psico-afectivo; conflito; tutela; necessidades psíquicas irredutíveis.

**URGÊNCIAS PEDOPSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
- CASUÍSTICA 2004-**

Carina Freitas , M. Alexandra Mariguêsa, Margarida Marques, Lídia Pocinho, Pedro Caldeira da Silva

Departamento de Psiquiatria de Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

1º Encontro do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de D. Estefânia(Comunicação oral)

Lisboa , 10 de Outubro de 2005

Congresso do Hospital de Dona Estefânia 2005 (Poster)

Lisboa, 17 a 19 de Novembro de 2005

XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Poster)

Coimbra, 6 e 7 de Dezembro de 2005

Introdução: Este trabalho surge na sequência da necessidade de caracterizar a evolução diagnóstica dos casos que mais frequentemente ocorrem ao Serviço de Urgência Pedopsiquiátrica

Objectivo: Caracterizar a população observada na Urgência Pedopsiquiátrica no ano de 2004, sistematizar a informação recolhida em termos de diagnóstico, intervenção e orientação e comparação dos resultados com os trabalhos anteriores (1998, 2000 e 2001).

Metodologia: Casuística de 2004 – análise das fichas de Urgência pedopsiquiátricas (n= 510)

- Casuística de 2001 (n = 337), 2000 (n= 207) e 1998 (n = 110) e análise dos registos dos processos e resultados desses estudos.
- Apresentação da estatística descritiva dos resultados.

Resultados: Em média são atendidos 42 casos por mês. Verifica-se menor número de vindas ao S.U. ao domingo (n=31) e maior número de casos à 4ª feira (n=104), sendo estes dados estatisticamente significativos. A média de idades foi de 11,85 anos. 56,5% pertenciam ao sexo feminino e 43,5% ao sexo masculino. O grupo etário mais frequente foi o dos 12 anos 15 anos. Mantém-se a tendência de maior número de casos de Perturbações de Humor diagnosticadas comparativamente com os anos anteriores. Foi provada associação estatística entre os motivos de pedido e sexo, constatando-se: alterações de comportamento mais prevalentes no sexo masculino e no sexo feminino observaram-se sobretudo problemas de ansiedade e tentativas de suicídio.

Conclusões: Comparativamente aos trabalhos anteriores, verificou-se um aumento do número de casos observados no S. U. (110 em 1998, 207 em 2000, 337 em 2001 e 510 em 2004).O S. U. apresenta-se como o primeiro contacto com um serviço de saúde mental para metade das crianças/adolescentes constituindo um recurso de saúde importante, provavelmente pela sua acessibilidade.

ANOREXIA NERVOSA NOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

Cristina Rebordão*; Joana Pombo**; Marco Medeiros*; Sílvia Duarte***; António Trigueiros****; Margarida Fornelos*****; Maria Antónia Silva*****; Pedro Caldeira da Silva*****

Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Unidade de Internamento

Directora: Dr^a. Maria José Gonçalves

Interno do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência *; Estagiária da Carreira de Psicologia Clínica do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**; Estagiária de Psicologia Clínica do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência***; Chefe de Serviço da Unidade de Internamento****; Coordenadora da Unidade de Psicologia do HDE *****; Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência/Coordenador do Seminário de Investigação do Curso do Internato de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*****

Congresso do Hospital Dona Estefânia

Lisboa

XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Objectivo: Desde a abertura da Unidade de Internamento (UI) do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Dona Estefânia, em Outubro de 2001, até Setembro de 2005, efectuaram-se 22 internamentos por Anorexia Nervosa (AN). Este tipo de patologia tem tido especial relevância clínica e implica, frequentemente, uma duração de internamento mais prolongada. Este estudo propõe-se caracterizar a população de adolescentes com AN com internamento na UI. Método: Trata-se de um estudo descritivo de uma amostra de adolescentes do sexo feminino, dos 13 aos 16 anos de idade, admitidas nas UI, entre Outubro de 2001 e Setembro de 2005, com diagnóstico de AN, de acordo com o DSM-IV-TR (N=18). Realizou-se uma revisão dos processos clínicos, utilizando uma grelha previamente elaborada. Paralelamente, analisaram-se as provas que tinham sido aplicadas na avaliação psicológica das adolescentes: Escala de Inteligência de Wechsler para Niños – Revisada (WISC-R), Rorschach – Test, e Thematic Apperception Test (TAT). Resultados e Conclusões: A população de adolescentes do sexo feminino que esteve internada na UI do HDE com o diagnóstico de AN, na sua maioria (89%) Tipo Restritivo, tinha uma média de idades de 14,6 anos e provinha maioritariamente de famílias nucleares, residentes na grande Lisboa e de nível socioeconómico variável. Frequentemente (41%), observaram-se antecedentes maternos de perturbação do comportamento alimentar. Em todos os casos se observava um conflito familiar marcado, rigidamente centrado e fixo nos aspectos alimentares. 82% das adolescentes eram já previamente acompanhadas devido aos seus problemas de comportamento alimentar, ainda que muitas vezes de modo irregular. O internamento surgiu como recurso no processo terapêutico, quando a intervenção em ambulatório tinha falhado ou existia elevado risco de complicações médicas. A grande vulnerabilidade física destas adolescentes, frequentemente denegada pelas próprias e associada muitas vezes a uma resistência ao tratamento, reflecte-se na elevada frequência (41%) de complicações orgânicas. A gravidade clínica dos quadros também se traduz no frequente (94%) recurso a psicofármacos e na elevada percentagem de reinternamentos (41%). No que se refere ao tratamento, em todos os casos houve intervenção familiar e dietética. O tempo médio de internamento foi de 79 dias. Ao nível do funcionamento psicológico observou-se um acentuado empobrecimento, cognitivo e emocional, marcado por uma grande rigidez e inibição, visível nos protocolos Rorschach e TAT, comparativamente ao que é descrito na literatura e em estudos anteriores o que, pensamos, poder ser justificado pelo seu estado de desnutrição.

Palavras-Chave: Internamento; Anorexia Nervosa; Adolescência

CLASSIFICAR COM A DC 0-3: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE 9 ANOS

Paula Vilariça*, Ruth P. Robles**, Pedro Caldeira da Silva***

* Interna de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia ; ** Psicóloga Clínica do Hospital Dona Estefânia; *** Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005: Inovar e Humanizar (Poster)

Lisboa, 17-18 Novembro, 2005

XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Poster)

Coimbra, 6 – 7 Dezembro, 2005

Palavras-Chave: Primeira infância, diagnóstico, classificação, base de dados

Introdução: O conhecimento das perturbações em saúde mental infantil tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. Muito deste desenvolvimento é devido à aplicação de sistemas de classificação diagnóstica (SCD). Os SCD para perturbações psiquiátricas em idades pediátricas estão em permanente evolução. O uso de SCD na primeira infância tem um longo percurso desde a introdução da DC 0-3. Foi publicado em 1994 e desde essa altura é usado na avaliação diagnóstica das crianças em seguimento na Unidade da Primeira Infância (UPI). Em 1997 iniciou-se a elaboração de uma base de dados para reunir a informação clínica relativa às crianças em acompanhamento.

Objectivos: Apresentar o resultado da aplicação da DC 0-3 de 1997 a 2005. Conhecer a evolução das características sócio-demográficas da população, motivos de consulta e diagnósticos.

Método: Análise estatística da Base de Dados da UPI (N=1198)

Conclusões: A idade das crianças na primeira consulta mantém-se estável (26 meses). Igualmente o ratio M/F é constante em torno dos 1,7/1. Os motivos de consulta mais frequentes são os problemas de comportamento e socialização. Os problemas do desenvolvimento da linguagem têm registado um aumento importante no sexo masculino. As Perturbações do Afecto deixaram de ser o grupo diagnóstico mais frequente nos rapazes, sendo substituídas pelas Perturbações da Relação e Comunicação. Nas raparigas o grupo diagnóstico mais frequente é o das Perturbações do Afecto. As Perturbações Regulatórias têm vindo consistentemente a ser mais diagnosticadas, com maior frequência nos rapazes. No Eixo II, as Perturbações de Tipo Sub-envolvido são as mais frequentes (28% do total de casos). As Perturbações de Tipo Ansiosa/Tensa e Zangada/Hostil têm vindo a diminuir. A DC 0-3 revela-se um instrumento de classificação útil permitindo a sistematização da informação para uso da clínica e da investigação. A base de dados da UPI tem um número de casos registados que a colocam entre as de maior dimensão mundial.

APLICAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL NA 1ª INFÂNCIA

Paula Vilariça*, Pedro Caldeira da Silva**

* Interna do Internato Complementar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

**Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005: Inovar e Humanizar (Comunicação Oral)

Lisboa, 17-18 Novembro, 2005

Poster no XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Poster)
Coimbra, 6 – 7 Dezembro 2005

Palavras-Chave: Primeira infância, perfil sensorial, integração sensorial

Introdução: O Perfil Sensorial é uma escala que pretende identificar alterações da Integração Sensorial e tem sido alvo de vários estudos na Unidade da Primeira Infância. A sua aplicação faz parte da rotina clínica com crianças com Perturbação da Relação e Comunicação.

Objectivo: Identificar as perturbações de integração sensorial numa população de crianças com perturbações psiquiátricas e do desenvolvimento. Replicar o estudo realizado em 2004 na UPI acerca da aplicação do perfil sensorial a crianças com Perturbação da Relação e da Comunicação (Santos, Martins, Caldeira da Silva, 2004) e alargar o estudo a crianças com outras patologias psiquiátricas.

Material e Método: O questionário Perfil Sensorial de Winnie Dunn foi preenchido pelos pais de todas as crianças. Foram estudadas 30 crianças em acompanhamento em Consulta de Pedopsiquiatria na Unidade da Primeira Infância com diagnóstico de perturbação psiquiátrica segundo a Classificação DC 0-3. A amostra foi de conveniência, recolhida entre Janeiro de 2004 e Junho de 2005. Foram excluídas as crianças que não tinham o questionário preenchido de forma correcta e completa

Resultados: Salienta-se que o ratio M: F é superior ao do resto da população da equipa.

A maioria das crianças tinha sido referenciada à consulta por atraso do desenvolvimento e por problemas de comportamento. A maioria das crianças apresentava diagnóstico de Perturbação Multissistémica de Desenvolvimento (19 crianças). As restantes eram Perturbação Regulatória (4 crianças). No grupo de outros diagnósticos predominavam as crianças com Perturbação do Afecto e da Parentalidade. Os resultados dão uma visão preliminar das dificuldades de integração sensorial das crianças. Verifica-se que a maioria está nas categorias diferenças prováveis e diferenças claras.

Conclusão: As crianças podem ter padrões específicos de modulação e processamento sensorial que influenciam o seu comportamento e a sua resposta emocional.

Estes padrões são variados na sua natureza e necessitam de ser avaliados de forma individual através do Perfil Sensorial.

UM ESTUDO DO COMPORTAMENTO DE VINCULAÇÃO EM CRIANÇAS PEQUENAS COM PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Marco Medeiros*, Paula Vilarça*, Pedro Caldeira da Silva**

* Interno do Internato Complementar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

**Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005: Inovar e Humanizar (Comunicação Oral).

Lisboa, 17-18 Novembro, 2005

XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Comunicação Oral)

Coimbra, 6 – 7 Dezembro, 2005

Palavras-Chave: Vinculação, DC 0-3

Introdução: A resposta das crianças à reunião com os pais na *Strange Situation* é geralmente aceite como indicador indirecto da história da interacção dos pais com a criança. Na Unidade da Primeira Infância faz parte da rotina aplicar um paradigma da *Strange Situation* a todas as

crianças com menos de 25 meses. O procedimento é filmado e usado na avaliação clínica da criança e das interações pais-criança.

Objectivo: Estudar o comportamento de vinculação em crianças com Perturbações Psiquiátricas e do Desenvolvimento. Identificar os comportamentos observados no Paradigma da UPI que sugerem a existência de perturbação da relação.

Metodologia: Foram escolhidas (método de conveniência) as 20 primeiras crianças a partir de 1997 que cumprissem os critérios de inclusão. Os vídeos do Paradigma da UPI foram codificados por dois observadores independentes. Foi obtida uma impressão clínica da Classificação da Vinculação (Ainsworth).

Resultados: Predominavam as crianças com diagnóstico de perturbação do afecto no Eixo I e relação sub envolvida no Eixo II (DC 0-3). No paradigma da UPI verificou-se que o toque e o contacto visual são escassos. O episódio de jogo conjunto não chegou a ocorrer em metade das díades. O padrão de vinculação seguro foi observado em 40 % das crianças e o inseguro em 60 %. Verificou-se ausência de relação estatisticamente significativa entre o padrão de vinculação e o diagnóstico ($p = 0,561$ ns). Não se encontrou associação entre o padrão de vinculação e a classificação da perturbação de relação ($p = 0,403$ ns). Foi encontrada associação estatística entre o contacto visual na reunião e o diagnóstico de perturbação de relação ($p = 0,039^*$), relacionável com os escassos olhares mútuos da díade com perturbação de relação subenvolvida. Encontrou-se associação estatística entre a ausência de choro na separação e a perturbação de relação.

Conclusão: Não foi encontrada relação entre o comportamento de vinculação e os diagnósticos da DC 0-3 mas a relação encontrada entre comportamentos que são importantes na avaliação da segurança na vinculação e a perturbação de relação sugere a necessidade de realizar mais investigações para melhor esclarecimento desta aparente contradição.

O TRAUMA E O LUTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Paula Vilarica*, Pedro Caldeira da Silva**

* Interna de Pedopsiquiatria; ** Chefe de Serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria
XVI Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Comunicação Oral)
Coimbra, 6 – 7 Dezembro, 2005

Durante muito tempo, nas várias esferas das ciências humanas foi dada sobretudo atenção ao estudo dos estados patológicos. Apesar dos esforços realizados muitas questões permanecem sem resposta. Muitas vezes os prognósticos negativos feitos em função da existência de factores de risco para psicopatologia não se cumprem. A aplicação dos modelos de risco, amplamente difundidos nos programas de saúde, mostrou a existência de numerosos casos que se desenvolvem normalmente apesar de constelações de factores que em outros indivíduos determinariam patologias severas (Cyrulnik, 2001).

Desde há muito tempo que se observa que certos seres humanos conseguem superar condições extremamente adversas e muitas vezes conseguem transformar as dificuldades em vantagens ou estímulos para o seu desenvolvimento bio-psico-social.

Resiliência é o termo usado em metalurgia e engenharia civil para designar a capacidade de alguns metais de recuperarem a sua forma original após terem sido submetidos a uma pressão deformadora. O termo foi adoptado para as ciências sociais para designar ou caracterizar

aqueles indivíduos que apesar de nascerem e viverem em condições de alto risco se desenvolvem psicologicamente sãos e socialmente bem sucedidos (Garmezy, 1994).

Tendo como ponto de partida a noção de resiliência vários autores começaram a investigar as suas características e tentaram identificar os factores que a constituíam, os factores de protecção.

Em seguida apresenta-se um caso clínico que pretende exemplificar a importância das relações como factores de protecção. Trata-se de um caso de acompanhamento psicoterapêutico em que se verificou, na prática, que por vezes a trajetória descendente de sofrimento e doença mental em que algumas crianças entram após um acontecimento traumático pode ser invertida. Pretende-se também exemplificar que é nas situações em que o equilíbrio se formou em torno da doença mental que o poder renovador das relações terapêuticas mais claramente se verifica.

Palavras-Chave: Primeira infância, trauma, luto, Bowlby, psicoterapia

UM BOM COMEÇO - A VINCULAÇÃO NA GRAVIDEZ.

Maria José Gonçalves.

Directora do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia (Conferência)

Lisboa, 2005

O conceito de vinculação, introduzido por John Bowlby é abordado do ponto de vista histórico e teórico. É reconhecida a importância das primeiras relações da criança para a construção do seu património relacional e afectivo. Nesta perspectiva são abordados 4 momentos-chave do início da vida considerados decisivos para o desenvolvimento de relações de vinculação pais-filho fortes e seguras. São eles: o momento da decisão do casal em ter um filho, o período da gravidez em que se estabelecem relações com um bebé imaginado, o momento do parto e o período a seguir ao nascimento, em que se organizam as primeiras relações com o bebé real.

Durante estes períodos abrem-se janelas de oportunidade para que a criança tenha um “bom começo” psicológico e adquira um património relacional e afectivo que seja o garante da sua saúde mental.

São ainda descritas situações de “maus começos”, cuja identificação e correcção atempada pode contribuir para impedir uma evolução patológica.

Definem-se assim indicadores dos “bons” e dos “maus” começos e enunciam-se as respectivas medidas preventivas.

Um exemplo clínico servirá de ilustração ao exposto.

PATOLOGIAS EMERGENTES EM PEDOPSIQUIATRIA.

Luís Simões Ferreira.

Departamento de Pedopsiquiatria, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia (Conferência)

Lisboa, 2005

Para abordarmos o tema que nos foi proposto, considerámos dois critérios à partida:

- situações que tenham, demonstradamente, aumentado de frequência
- ou/e que tenham sofrido um aumento da sua visibilidade social ou mediática.

Seleccionámos, assim, seis áreas de problemas que no pareceram mais “emergentes” entre nós, nos últimos anos:

- 1 – As situações de Maus-Tratos extremos de crianças
- 2 – Os abusos sexuais, nomeadamente institucionais
- 3 – Os comportamentos auto-agressivos
- 4 – A difusão do consumo de “cannabis”
- 5 – As depressões
- 6 – As perturbações do comportamento, em crianças cada vez mais novas.

Em relação a cada uma destas situações, descrevemos os factos em que nos baseámos para incluí-las e discutimos as suas implicações, nomeadamente as respostas sociais e/ou terapêuticas possíveis.

Concluimos com reflexão sobre a necessária adaptação dos serviços aos problemas que, actualmente, enfrentam.

PROGRAMA CLÍNICO PARA O TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DA RELAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO, BASEADO NO MODELO D.I.R.

Pedro Caldeira da Silva¹, Claudia Eira², Joana Pombo², Ana Patrícia Silva², Patrícia Rato², Filipa Martins³, Graça Santos³, Paula Bravo⁴, Paula Roncon⁵, Eduarda Carvalho⁶.

¹Pedopsiquiatra, ²Psicóloga Clínica, ³Terapeuta Ocupacional, ⁴Terapeuta da Fala, ⁵Técnica do Serviço Social, ⁶Musicoterapeuta.

Associação de Apoio à Unidade da Primeira Infância. Unidade da Primeira Infância, Departamento de Pedopsiquiatria, Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia

Lisboa., 2005

Introdução: As perturbações do espectro autista enquadram-se no grupo de perturbações mais severas com que os profissionais em saúde mental infantil lidam, dadas as suas repercussões no funcionamento da criança em áreas como as da socialização, comunicação e aprendizagem e a incerteza relativamente ao prognóstico. S. Greenspan e colaboradores desenvolveram um modelo explicativo para estas perturbações baseado numa abordagem desenvolvimental e estruturalista e na certeza de que em todas as crianças existe alguma capacidade para comunicar e que essa capacidade depende do seu grau de motivação e de envolvimento afectivo. O Modelo D.I.R. (Desenvolvimento, Diferenças Individuais e Relação) é um modelo de intervenção resultante destes pressupostos teóricos que engloba a abordagem Floor-time e diferentes especialidades terapêuticas (integração sensorial, comunicação aumentativa, musicoterapia).

Método: Através da Associação de Apoio à Unidade da Primeira Infância, foi criado um programa intensivo de intervenção clínica para crianças com perturbações da relação e da comunicação, baseado nestes princípios. Os critérios de entrada incluem: Diagnóstico de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento, Padrão B ou C; idade inferior a 4 anos; suficiente organização familiar para assegurar presença diária no programa.

Resultados: Receberam, até ao momento, apoio no programa 37 crianças. O Poster apresenta a descrição do programa, das crianças e da sua evolução em termos de desenvolvimento e adaptação social e emocional. São ainda apresentados resultados dos inquéritos de satisfação parental realizados periodicamente.

INTERNAMENTOS DE CURTA DURAÇÃO NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA.

Marco Medeiros, Ana Luísa Fernandes, Maria Antónia Silva, Pedro Caldeira da Silva, António Trigueiros.

Unidade de Internamento, Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia
Lisboa, 2005

Introdução: Desde a abertura da Unidade de Internamento do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Dona Estefânia, em Outubro de 2003, e até Junho de 2005, efectuaram-se 45 internamentos com duração inferior ou igual a cinco dias (% do número total de internamentos).

Objectivo: No presente trabalho, os autores pretendem caracterizar a população de crianças e adolescentes que motivou estes internamentos de curta duração. Pretendemos ainda obter informações sobre a evolução clínica das crianças após terem alta da unidade.

Método: Realizou-se uma revisão dos processos clínicos, utilizando para o registo da informação uma grelha elaborada previamente a partir da Base de Dados Para o Departamento de Pedopsiquiatria. As informações sobre a evolução pós alta foram obtidas através de contacto telefónico no qual foi aplicada uma entrevista semi-estruturada.

Resultados: Os resultados preliminares identificam a suspeita de tentativa de suicídio e a ideação suicida como os motivos de internamento mais frequentes. Em seguida surgem os comportamentos heteroagressivos. A duração média dos internamentos foi de cerca de 2 dias. Este trabalho estará concluído em Outubro de 2005.

Conclusão: As informações obtidas poderão ser a base para uma reflexão, e pensamos que são importantes para uma avaliação qualitativa e eventual melhoria da abordagem nas situações que constituem estes internamentos.

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NOS QUATRO PRIMEIROS ANOS DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA.

S. Duarte*, J. Pombo**, M. Medeiros***, C. Rebordão***, M. Fornelos****, M.A. Silva*****, P. Caldeira da Silva*****, A. Trigueiros *****.

Estagiária de Psicologia Clínica *; Estagiária de Psicologia Clínica**; Interno de Psiquiatria da Infância e da Adolescência***; Coordenadora da Unidade de Psicologia****; Assistente de Psiquiatria da Infância e da Adolescência/Coordenador do Seminário de Investigação do Curso do Internato de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*****; Chefe de Serviço da Unidade

de Internamento***** do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia.

Congresso Hospital Dona Estefânia
Lisboa, 2005

Introdução: Desde a abertura da Unidade de Internamento (UI) do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Dona Estefânia, em Outubro de 2001, até Setembro de 2005, efectuaram-se 22 internamentos por Perturbações de Comportamento Alimentar. Este tipo de patologia tem tido especial relevância clínica, motivando a discussão, no Departamento, da eventual justificação para a abertura de um núcleo subspecializado nesta área. As Perturbações do Comportamento Alimentar implicam frequentemente uma duração de internamento habitualmente mais prolongada, nomeadamente nos casos de anorexia, impedindo estes, por vezes, internamentos de outra natureza. A complexidade da intervenção nestes casos é o reflexo de considerável comorbilidade médica e psiquiátrica frequentemente associada.

Objectivo: Caracterizar os adolescentes e suas famílias, admitidos na UI durante os quatro primeiros anos de funcionamento, com o diagnóstico de uma Perturbações do Comportamento Alimentar.

Métodos: A população de estudo (N=22) consiste nos adolescentes entre os 12 e os 17 anos, inclusive, internados entre Outubro de 2001 e Setembro de 2005, na Unidade de Internamento do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Dona Estefânia, com um diagnóstico de Perturbação do Comportamento Alimentar, segundo o DSM-IV-TR.

Revisão dos processos clínicos, utilizando para o registo de informação uma grelha previamente elaborada para a colheita de dados da história clínica e do funcionamento mental através do Rorschach (grelha de separação-indivuaçãoção), TAT e WISC-R.

Resultados e Conclusões: Pretende-se integrar os dados da história pessoal e familiar com o exame psicológico no sentido de melhor caracterizar a população. Pensamos assim obter uma melhor compreensão na abordagem destas situações. O estudo estará concluído no início de Novembro 2005.

PROGRAMA CLÍNICO PARA O TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES DA RELAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO, BASEADO NO MODELO D.I.R.

Pedro Caldeira da Silva¹, Claudia Eira², Joana Pombo², Ana Patrícia Silva², Patrícia Rato², Filipa Martins³, Graça Santos³, Paula Bravo⁴, Paula Roncon⁵, Eduarda Carvalho⁶.

¹Pedopsiquiatra, ²Psicóloga Clínica, ³Terapeuta Ocupacional, ⁴Terapeuta da Fala, ⁵Técnica do Serviço Social, ⁶Musicoterapeuta.

Associação de Apoio à Unidade da Primeira Infância. Unidade da Primeira Infância, Departamento de Pedopsiquiatria, Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia
Lisboa, 2005

Introdução: As perturbações do espectro autista enquadram-se no grupo de perturbações mais severas com que os profissionais em saúde mental infantil lidam, dadas as suas repercussões no funcionamento da criança em áreas como as da socialização, comunicação e aprendizagem e a incerteza relativamente ao prognóstico.

S. Greenspan e colaboradores desenvolveram um modelo explicativo para estas perturbações baseado numa abordagem desenvolvimental e estruturalista e na certeza de que em todas as crianças existe alguma capacidade para comunicar e que essa capacidade depende do seu grau de motivação e de envolvimento afectivo.

O Modelo D.I.R. (Desenvolvimento, Diferenças Individuais e Relação) é um modelo de intervenção resultante destes pressupostos teóricos que engloba a abordagem Floor-time e diferentes especialidades terapêuticas (integração sensorial, comunicação aumentativa, musicoterapia).

Método: Através da Associação de Apoio à Unidade da Primeira Infância, foi criado um programa intensivo de intervenção clínica para crianças com perturbações da relação e da comunicação, baseado nestes princípios. Os critérios de entrada incluem: Diagnóstico de Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento, Padrão B ou C; idade inferior a 4 anos; suficiente organização familiar para assegurar presença diária no programa.

Resultados: Receberam, até ao momento, apoio no programa 37 crianças. O Poster apresenta a descrição do programa, das crianças e da sua evolução em termos de desenvolvimento e adaptação social e emocional. São ainda apresentados resultados dos inquéritos de satisfação parental realizados periodicamente.

APLICAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL NA 1ª INFÂNCIA

Paula Vilariça *, Pedro Caldeira da Silva**

Unidade da Primeira Infância, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital Dona Estefânia

Lisboa, 2005

Introdução: A Integração Sensorial é o processo neurológico através do qual o Sistema Nervoso Central recebe, regista, selecciona, organiza, associa e interpreta o *input* sensorial que vai usar para criar uma resposta adaptada do corpo ao meio ambiente. As crianças que não desenvolvem adequadamente a capacidade de integração sensorial, apresentam respostas físicas e emocionais pouco adaptadas aos estímulos do meio ambiente. O Questionário *Sensory Profile* é um instrumento standartizado que avalia a capacidade de processamento sensorial em crianças dos 3 aos 10 anos com todo o tipo e grau de incapacidade.

Objectivo: Identificar as dificuldades de integração sensorial numa população de crianças com perturbações psiquiátricas e do desenvolvimento **Método:** Foram avaliadas 37 crianças, entre os 15 meses e os 4 anos. O perfil sensorial foi preenchido pelos pais na primeira consulta médica. Os diagnósticos pedopsiquiátricos foram realizados usando a classificação diagnóstica DC 0-3.

Resultados: É apresentada a análise dos dados recolhidos.

SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA
DIRECTOR: DR. FRANCISCO ABECASIS

OCLUSÃO INTESTINAL NEONATAL

Marta Simões, Renata Jogo, Jorge Furtado.

Serviço de Radiologia. Hospital de Dona Estefânia

IV Jornadas da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear

Coimbra - 10,11 e 12 Novembro 2005, (Comunicação oral)

Acta Radiológica Portuguesa n.º 67 (Vol. XVII Julho/Setembro 2005)

Oclusão intestinal é toda a situação clínica que impede a habitual progressão do conteúdo do tracto gastrointestinal e que quando presente no período neonatal é, com algumas excepções, a expressão clínica mais frequente da presença de patologia malformativa do tubo digestivo. A suspeita desta patologia é baseada nos achados clínicos presentes, constituindo uma das principais emergências cirúrgicas em pediatria.

O seu diagnóstico é frequentemente suspeitado em estudos ecográficos pré-natais e no recurso cada vez mais frequente à Ressonância Magnética fetal, os quais adquirem um papel valioso na abordagem pós-natal imediata.

Apesar das técnicas de imagem desenvolvidas nas últimas décadas, o radiograma simples do abdómen permanece o meio diagnóstico mais valioso na determinação da presença de obstrução. A aplicação da ecografia na oclusão intestinal neonatal tem sido alvo de numerosos estudos, desempenhando um papel contributivo e frequentemente diagnóstico. Os estudos contrastados do tracto gastrointestinal têm um papel importante no diagnóstico da oclusão intestinal, sendo as indicações para a sua aplicação precisas e adequadas às diferentes situações clínicas. A Tomografia Computorizada e a Ressonância Magnética não contribuem habitualmente para o diagnóstico etiológico, pelo que desempenham, neste contexto, um papel secundário.

Os autores têm por objectivo descrever as situações clínicas de oclusão intestinal mais prevalentes no período neonatal, fazendo-se em relação a estas, informação sobre a sintomatologia e principais achados imagiológicos.

ASPECTOS IMAGIOLÓGICOS DA PATOLOGIA BENIGNA DO ENDOMÉTRIO

Marta Simões*, Teresa Margarida Cunha**

*Interna do Internato Complementar de Radiologia – Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia

** Assistente Hospitalar de Radiologia – Serviço de Radiologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – CROL, SA.

Acta Radiológica Portuguesa n.º 66 (Vol. XVII Abril/Junho 2005)

Os leiomiomas são a patologia tumoral ginecológica com maior incidência, apresentando características imagiológicas bem documentadas na literatura.

Dificuldades diagnósticas ocorrem, em regra, com o marcado aumento das dimensões dos leiomiomas resultando em diversos tipos de degenerescência. De entre estas, a de tipo hialina constitui a mais frequentemente observada, ocorrendo em cerca de 60% dos casos. As degenerescências de tipo mixóide, quística e hemorrágica são encontradas mais raramente. A

presença de edema pode prever o desenvolvimento de fenómenos de degenerescência sendo, no entanto, um achado histopatológico comum, encontrado em cerca de 50% dos casos de leiomiomas.

O diagnóstico diferencial dos leiomiomas inclui a adenomiose, situação clínica que afecta mulheres na fase pré-menopáusia. A Ressonância Magnética assume especial importância no seu diagnóstico, localização e distinção tendo impacto na orientação da doente ao permitir uma adequada abordagem terapêutica.

CONSIDERAÇÕES SOBRE COALIÇÕES TÁRSICAS

Ana Paula Petinga, Inês Pereira, Marta Simões, Pedro Paulo Mendes

Serviço de Radiologia. Hospital de Dona Estefânia

Acta Radiológica Portuguesa n.º 62 (Vol. XVI Abril/Junho 2004, saída Janeiro 2005)

Abordam-se sucintamente as indicações da Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética no estudo das coalições társicas mais frequentes (calcaneo-navicular e talo-calcaneana) e que podem relacionar-se com sincondroses, sinfibroses, mistas e sinostoses.

Assume-se esta entidade nosológica como causa relativamente rara de sintomatologia no adolescente, a maioria das vezes manifestando-se como pé plano refractário à terapêutica ou como entorse recidivante da articulação tibio-társica.

QUISTO BRONCOGÉNICO (CASO CLÍNICO)

Renata Jogo, Rosário Matos, Marta Simões, Francisco Abecasis, Jorge Furtado.

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia

Curso Internacional pós-Graduado Radiologia do Tórax e Intervenção (Comunicação oral)

Lisboa 13 a 16 de Abril de 2005

O quisto broncogénico pertence a um espectro de malformações bronco-pulmonares do intestino anterior. Pode ter localização mediastínica ou ser intrapulmonar.

O quisto broncogénico torna-se sintomático por infecção ou por compressão da árvore traqueo-brônquica.

Os autores propõem a apresentação de um caso clínico de uma criança do sexo feminino com 17 meses de idade que deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de Dona Estefânia com febre, tosse e dificuldade respiratória.

São descritos os procedimentos imagiológicos que permitiram o diagnóstico de quisto broncogénico.

QUISTO HIDÁTICO DO PULMÃO NA CRIANÇA

Rosário Matos, Renata Jogo, Marta Simões, Paula Petinga, Pedro Mendes

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia

Curso Internacional pós-Graduado de Radiologia do Tórax e Intervenção (Poster)

Lisboa, 13 a 16 Abril de 2005

A propósito de um caso clínico de quisto hidático pulmonar numa criança internada de urgência por dificuldade respiratória, aborda-se a semiologia imagiológica desta entidade em radiologia convencional, ecografia torácica e TC pulmonar.

Discute-se o diagnóstico diferencial e procede-se a uma breve revisão da fisiopatologia desta entidade nosológica.

Em conclusão, o quisto hidático constitui um diagnóstico diferencial importante a considerar na avaliação de massas pulmonares da criança.

IMAGIOLOGIA DA TUBERCULOSE EM IDADE PEDIÁTRICA

Marta Simões, Renata Jogo, Rosário Matos, Ana Paula Petinga, Eugénia Soares

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia

Curso Internacional pós-Graduado de Radiologia do Tórax e Intervenção (Poster)

Lisboa 13 a 16 de Abril de 2005

A tuberculose consiste numa doença bacteriana crónica potencialmente transmissível causada pela infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Os sinais e sintomas decorrentes dependem da localização da infecção, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente afectado.

A história clínica, o teste tuberculínico e o radiograma do tórax permanecem os elementos chave para o seu diagnóstico, sendo a TC reservada para os casos complicados ou na suspeita de disseminação.

Os autores pretendem demonstrar o papel da imagiologia na avaliação de diferentes padrões de envolvimento torácico, na exclusão e confirmação de complicações em casos confirmados de tuberculose pulmonar em idade pediátrica.

LESÕES QUÍSTICAS CONGÉNITAS DO PULMÃO NA CRIANÇA

Renata Jogo, Rosário Matos, Marta Simões, Marília Gonçalves*, Isabel Estudante, Jorge Furtado

Serviço de Radiologia do Hospital de Dona Estefânia, *Serviço de Imagiologia do Hospital Central do Funchal

Curso Internacional pós-Graduado de Radiologia do Tórax e Intervenção (Poster)

Lisboa, 13 a 16 de Abril de 2005

As lesões quísticas congénitas do pulmão são um grupo de anomalias raras mas clinicamente significativas. Este grupo engloba a malformação adenomatóide quística, o sequestro pulmonar, o enfisema lobar congénito e o quisto broncogénico.

Em estudos imagiológicos as diversas entidades podem apresentar-se por quistos com conteúdo aéreo ou líquido.

Têm características clínicas e embriológicas semelhantes, são frequentemente de difícil diagnóstico e requerem terapêutica cirúrgica.

Pretende-se com este trabalho a apresentação de uma revisão das referidas situações, salientando aspectos imagiológicos característicos e diagnósticos diferenciais.

SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

DIRECTORA: DR.^a ROSA BARROS

EVOLUÇÃO DOS VÍRUS H5N1 AVIÁRIOS NA ÁSIA

Carlos Severino

Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Dona Estefânia

8 de Novembro de 2005

O trabalho baseia-se na análise de vários artigos sobre o vírus H5N1.

Actualmente conhecem-se 3 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus H5N1 é um vírus influenza tipo A e foi isolado pela primeira vez em humanos em Hong Kong em 1997. Antes desta data, documentados casos apenas em várias espécies de aves.

Em 2005, vírus H5N1 aviários altamente patogénicos circularam na Ásia, com transmissão muito eficiente entre aves, com efeitos epidémicos sem precedentes.

O vírus encontra-se presente nas secreções e fezes de aves infectadas, ocorrendo a transmissão a humanos por contacto directo com as secreções e fezes das aves e com superfícies contaminadas; o vírus não parece ser transmitido via alimentar e a transmissão pessoa-pessoa parece ser possível mas apenas em situações excepcionais.

As proteínas virais da cápsula são as proteínas patogénicamente relevantes, alvo dos anticorpos do hospedeiro e de eventuais vacinas.

Dos vários estudos realizados, concluiu-se que todos os vírus H5N1 isolados em humanos eram de origem aviária, havendo relação íntima entre os vírus de Linhagem 1 isolados em humanos e em aves; o genoma viral apresenta grande plasticidade com alterações e recombinações múltiplas, não parecendo, contudo, haver trocas recombinantes com outros vírus influenza humanos.

“GONADOTROFIA CORIÓNICA. ESTRUTURA E PADRONIZAÇÃO”

Maria Antonieta Bento

Serviço de Patologia Clínica, Secção de Química Clínica, Endocrinologia

6/11/2006 e 23/11/2006

Objectivos:

Demonstrar e justificar as causas da discrepância de resultados quando comparamos diferentes “Kits” comerciais, salientar a importância da monitorização sempre com um método único e no mesmo laboratório.

Metodologia:

A Gonadotrofia coriónica é uma hormona sintetizada pelas células do Trofoblasto placentar composta por duas subunidades:

- α e β , sendo a fracção β imuno específica:

As concentrações no soro são determinadas pelo grau de diferenciação trofoblástica e aumentam progressivamente até às 9-10 semanas na gravidez normal intra-uterina, com duplicação de concentrações de 2 em 2 dias.

A partir do 2º - 3º trimestre da gravidez por processos de clivagem e fragmentação os níveis séricos descem inicialmente e depois mantêm-se constantes até ao final da gravidez.

O interesse clínico principal no doseamento da β HCG no soro ou urina é o diagnóstico da gravidez, mas existem outras situações clínicas relevantes como:

- Gravidez ectópica, aborto espontâneo, doenças do trofoblasto, nomeadamente mola hidatiforme e Coriocarcinoma, monitorização da terapêutica das patologias do trofoblasto, neoplasias do testículo e ovário; rastreio Pré-Natal no 1º e 2º trimestre da gravidez ou rastreio Bioquímico de trisomias.

Quando se doseia a β HCG avaliamos não só a molécula intacta, mas também as variantes estruturais α livre e β livre e fragmento β cobre na urina.

Existem dois padrões internacionais a uso (2º e 3º ST WHO).

Os fabricantes dos “Kits” comerciais padronizam os “Kits” não só com diferentes padrões mas sobretudo com misturas padrão diferentes que diferem no conteúdo de variantes estruturais e os anticorpos utilizados exibem grandes diferenças na capacidade de detecção das variantes estruturais.

Num estudo alargado realizado pelo Prof. Laurence A. Cole e colaboradores, publicado na revista “Clinical Chemistry 50; 5 874-882 (2004), com o tema “Variabilidade de resultados da HCG com diferentes métodos de imunoensaio”, foram avaliados nos Estados Unidos os nove imunoensaios mais frequentes utilizados a nível mundial.

Obtiveram um grau de variabilidade entre 34 a 100%, mas quando calibraram os mesmos “Kits” com um padrão puro de HCG e uniforme, observaram diminuição significativa no grau de variabilidade (WHO 1st RRHCG).

Conclusão:

A obtenção de um padrão de referência internacional puro e novo a introduzir uniformemente por todos os fabricantes é a principal condição para que os resultados possam ser comparados entre diferentes laboratórios, hospitais e países.

CONTRASTING FEATURES OF GROUP A STREPTOCOCCI (GAS) FROM ASYMPTOMATIC CARRIAGE AND DIVERSE INFECTION SITES

D. Rolo¹, R. Pires¹, L. Sobreira¹, A. Morais², L. Lito³, M. J. Salgado³, Rosa M. Barros⁴, Isabel Peres⁴, G. Trigueiro⁵, C. Cardoso⁵, J. G. Marques³ and I. Santos-Sanches^{1*}.

¹Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa (FCT/UNL), Caparica, Portugal. ²Centro de Saúde de Oeiras, Oeiras, Portugal. ³Hospital de Santa Maria, Lisbon, Portugal. ⁴Hospital D. Estefânia, Lisbon, Portugal. ⁵Clínica Médica e de Diagnóstico Dr. Joaquim Chaves, Miraflores, Portugal.

16th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, April 1– 4, 2006, Nice, France

Objectives: To determine whether particular clones of Group A streptococci (GAS) were related to a particular tissue site of isolation or disease and the role of carriers as reservoirs of virulent and macrolide-resistant clones.

Methods: 854 GAS collected during 1999-2003, in Lisbon area, from four origins: asymptomatic oropharyngeal carriage (CA, n=592), tonsillitis/pharyngitis (TS, n=180), skin and soft-tissue infection (SI, n=47) and invasive sites (IV, n=35), were tested for macrolide resistance frequency and phenotypes (M or MLS_B) by disk diffusion. All drug-resistant isolates (n=224) and a fraction of the drug-susceptible isolates from all origins (n=133) were characterized by T-typing and pulsed-field gel electrophoresis (PFGE), which was used to

estimate a clonality index (no. of PFGE patterns/ no. of isolates per origin) and select major clones for sequencing (*emm* typing and MLST). Macrolide resistance genes - *mef(A)*, *erm(B)*, *erm(A)*, and virulence genes - *speA*, *speC*, *ssa*, *prtF1*, were detected by PCR.

Results: Macrolide resistance was much higher in TS (30%), SI (25.5%) and CA (17.4%) than in IV (5.7%) isolates. Among the macrolide-resistant isolates, the M phenotype (*mefA*+) was predominant in CA (75%) and TS (60%) while the MLS_B phenotype (*ermB*+/*ermA*-) was found in 50% of the SI isolates. The most common T-types in relation to clinical origin were: T12/T3.13.B3264/T4/T1 (62.5%) in CA, T8.25.Imp19/ T12/T3 (47.6%) in TS, T28/T12 (36.4%) in SI and T1/T3.13.B3264 (28.6%) in IV. The most predominant virulence gene in each origin was: *speC* in SI (57.1%), *speA*+ in CA (34.1%), *ssa* and *prtF1* in TS (35.4% and 51%, respectively). In IV isolates, *speC* and *prtF1* were more frequent (49% and 43%, respectively) than *speA* (26%) and *ssa* (3%). Clonality was higher in CA isolates (0.1) than among infection GAS populations (0.6). Clonality of M phenotype isolates was high in CA (0.1) and TS (0.2) and three major M phenotype clones comprised the majority of the throat isolates (CA and TS). One of these clones (T1;*emm1*;MSLT-ST28) also included GAS from SI and IV infections.

Conclusion: The abundance of *speA* and *speC* exotoxins in asymptomatic pharyngeal GAS was impressive stressing the role of carriers as reservoirs of highly virulent strains, which seem to be associated with throat infections rather than with skin or severe invasive infections. Carriers may also be the reservoirs of macrolide resistant M phenotype GAS strains with no apparent tissue site preference.

EVOLUTION OF MACROLIDE AND TETRACYCLINE RESISTANT CLONES OF GROUP A STREPTOCOCCI (GAS) FROM OROPHARYNGEAL CARRIAGE AND PHARYNGITIS/TONSILLITIS

D. Rolo¹, R. Pires¹, L. Sobreira¹, A. M. Sousa¹, A. Morais², Rosa Barros³, Isabel Peres³, G. Trigueiro⁴, C. Cardoso⁴, P. Broeiro⁵, J. G. Marques⁶, I. Santos-Sanches^{1*}

(1) Centro de Recursos Microbiológicos, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Caparica, Portugal; (2) Centro de Saúde de Oeiras, Oeiras, Portugal; (3) Hospital D. Estefânia, Lisbon, Portugal; (4) Clínica Médica e de Diagnóstico Dr. Joaquim Chaves, Miraflores, Portugal; (5) Centro de Saúde do Lumiar, Lisbon, Portugal; (6) Hospital de Santa Maria, Lisbon, Portugal

The carrier state is clinically important because carriage may provide useful information about the prevalent infection isolates within the community. We have previously compared phenotypes of GAS isolates from oropharyngeal carriage and diverse infection sites (Pires et al., *Microb Drug Resist* 2005;11:in press). In this study we aimed to assess the evolution of macrolide and tetracycline resistance and clones among GAS from oropharyngeal carriage (CA) and pharyngitis/tonsillitis (TS). A total of 771 GAS were collected in the Lisbon area during 2000-2003: 591 CA isolates mainly from healthy children (0-16yrs) at eight day care centers and five schools; 180 TS isolates from outpatients attending four clinical institutions. Macrolide resistance (MR), tetracycline resistance (TE) and MR phenotypes (M or MLS) were evaluated by disk diffusion. MR genes *mef(A)* and *erm(B)* were detected by PCR. Clones were defined by pulsed-field gel electrophoresis (PFGE). A high frequency of MR was observed during 2000 to 2003 in CA (17%) and TS (30%) isolates. MR in CA isolates had a sharp

increase from 9% in 2000/2002 to 28% in 2003 and in TS isolates increased gradually along the study period (13% in 2000; 24% in 2001; 33% in 2002; 36% in 2003). The majority of the MR isolates from CA (85%) and TS (72%) expressed the M phenotype-mef(A). In MR isolates from CA, the M phenotype rose from 40% in 2000 to 86% in 2003 while the MLS phenotype-erm(B) decrease from 60% in 2000 to 14% in 2003. In contrast, the prevalences of the M and MLS phenotypes among MR isolates from TS were almost invariable along the four-year study period (in total, 72% and 28%, respectively). TE resistance decreased in CA isolates (17% in 2000; 4% in 2003) and increased in TS isolates (4% in 2000; 25% in 2003). The M phenotype isolates from CA (n=87) and TS (n=39) were grouped in 9 and 11 PFGE patterns, respectively. Three common clones accounted for 87% and 77% of the CA and TS isolates of M phenotype, respectively. In 2000-2002 one of these clones was dominant (26%) and was replaced by the other two clones that emerged in 2001 (13%) and remained constant in 2002/2003 (30%). The MLS phenotype isolates from CA (n=16) and TS (n=15) were less clonal (8 PFGE patterns each), similarly to the TE resistant isolates from CA (n=23) and TS (n=19), which were included in 14 and 12 PFGE patterns, respectively. The high frequency of MR observed in CA and TS isolates was caused probably by three major and widespread M phenotype clones. Comparison with other noninvasive and invasive isolates may elucidate the importance of these clones in the pathogenesis of GAS during this study period.

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

DIRECTORA: DR.^a HELENA PORTELA

VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA

Joaquim Sequeira*, Ana Paula Soudo**

*Unidade de Pneumologia, **Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Congresso do HDE 2005 (Mesa redonda “Áreas de inovação técnica e terapêutica”)

Lisboa, Novembro de 2005

Resumo: Nas últimas décadas o desenvolvimento de técnicas de ventilação assistida não invasiva, nomeadamente no domicílio, modificou de modo decisivo o prognóstico de múltiplas afecções associadas a insuficiência respiratória crónica, quer resultantes de doença primária do aparelho respiratório, quer secundária a fraqueza dos músculos respiratórios (doença neuromuscular) ou a doença do Sistema Nervoso Central.

Assim, também no HDE se vem organizando um Núcleo pluridisciplinar com formação adequada à orientação de crianças que requerem apoio ventilatório no domicílio.

Após comunicarem resumidamente a estrutura/objectivos deste Núcleo e um Protocolo de avaliação e terapêutica que foi adoptado, os autores apresentam o seu movimento desde Janeiro de 2005, referente a 16 doentes que iniciaram Ventilação domiciliária, salientando alguns exemplos paradigmáticos das dificuldades e também das vantagens desta nova abordagem terapêutica, que continua em rápida evolução de técnicas e modos.

DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Oliveira*; Manuela Veiga*; Alex Figueiredo*; Sandra Santos*; Aldina Alves**;
Guilhermina Cantinho***

* Serviço1, **Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Dona Estefânia

*** Faculdade de Medicina de Lisboa

XXXII Jornadas Nacionais de Pediatria, Évora, Setembro de 2005 (Póster)

X Congresso Nacional de Medicina Nuclear, Lisboa, Novembro de 2005 (Póster)

Reunião Interdepartamental do Hospital Dona Estefânia, Novembro de 2005 (Póster)

Introdução: A Distrofia Simpática Reflexa corresponde a um síndrome complexo polimorfo, caracterizado por uma disfunção variável dos sistemas músculo-esquelético, pele e sistema vascular. Habitualmente caracteriza-se por dor intensa e persistente de um membro (geralmente pós-traumática), com alterações vasculares e sensoriais associadas. Na adolescência este síndrome apresenta aspectos particulares, nomeadamente, no que diz respeito à localização, à importância dos factores psicológicos, ao diagnóstico e ao prognóstico.

Método: Estudo de caso por análise dos registos clínicos e pesquisa bibliográfica.

Caso clínico: Adolescente de 14 anos, sexo feminino, enviada de um hospital distrital, por quadro de dor, arrefecimento, palidez e impotência funcional do membro inferior direito após traumatismo menor. A marcha diagnóstica envolveu a colaboração de especialistas de cirurgia vascular, cardiologia pediátrica, neurologia e pedopsiquiatria e a realização de diversos exames complementares de diagnóstico nas vertentes de patologia clínica, imagiologia e medicina

nuclear. A cintigrafia óssea foi um exame decisivo que permitiu documentar a hipótese diagnóstica. A terapêutica com gabapentina e vitamina C e a intervenção da fisioterapia e da psicoterapia, contribuíram para uma melhoria franca da sintomatologia, com alta clinicamente bem uma semana após o início da intervenção.

Conclusão: A distrofia simpática reflexa é um síndrome complexo, exigindo alto grau de suspeição para o seu diagnóstico, para que se possam evitar exames excessivos, com subsequente amplificação da dor e agravamento dos factores psicológicos subjacentes. Esta entidade não é um diagnóstico de exclusão, mas sim um diagnóstico exclusivo.

SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA
DIRECTORA: DR.^a DEONILDE ESPÍRITO SANTO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO
DADOR DE SANGUE**

Deonilde Espírito Santo ■ Gabriela Delgado ■ Rute Matias ■ Irene Gomes ■ Sofia Ramos

RESUMO

CONTEXTO: A segurança transfusional e a auto-suficiência em componentes sanguíneos está relacionada, entre outros factores, com a fidelização do dador de sangue e esta depende, em grande parte, da sua satisfação em relação ao serviço onde habitualmente faz a dádiva. O presente trabalho pretende obter indicadores sobre o grau de satisfação do dador de sangue e identificar oportunidades de melhoria do processo de promoção da dádiva.

PLANO DE ESTUDO: Estruturou-se um inquérito em que se focaram vários factores conhecidos como motivadores da fidelização. A população abrangida pelo estudo foi composta pelos dadores que deram sangue duas ou mais vezes nas instalações do serviço. As questões ao inquérito eram fechadas, tendo sido adoptada para resposta uma escala de Likert com 5 graus.

RESULTADOS: Foram inquiridos 201 dadores, representando 52% dos dadores com os critérios de inclusão definidos. A imagem que têm do serviço é considerada maioritariamente muito boa. Os dadores mais jovens tendem a ter uma imagem ainda mais favorável. Os que dão há mais de 3 anos têm uma opinião ligeiramente mais favorável do que os outros. Igualmente positiva é a opinião sobre o tempo que esperam para efectuar a dádiva, sobre a correspondência recebida após a dádiva e os folhetos informativos existentes no serviço. Nenhum dos inquiridos considera que a forma como é atendido pelos profissionais tem piorado. Partilham opinião semelhante relativamente às instalações e à pequena refeição servida após a dádiva. Alguns dadores consideram deficiente a sinalização do serviço dentro do hospital, bem como o espaço destinado a viaturas de dadores.

CONCLUSÕES: As respostas obtidas demonstraram elevada satisfação com o serviço. A identificação dos aspectos negativos constitui uma oportunidade de melhoria.

PALAVRAS-CHAVE: Fidelização dos dadores de sangue, grau de satisfação.

ABSTRACT

CONTEXT: Transfusion safety and self-sufficiency in blood components are related, amongst other things, to the retention of the blood donors and depend to a great extent on the satisfaction in relation to the Blood Transfusion Service where the donation is regularly made. This study expects to show the level of satisfaction of the blood donor and to identify opportunities to improve the process of blood donation.

STUDY PLAN: A survey was created to focus on various factors known to promote retention of the blood donors. The target group for this study are donors who have given blood on two or more occasions in the premises of the Service. The questions in the survey were closed and a Likert scale with 5 levels has been adopted for answers.

RESULTS: 201 donors, representing 52% of the donors targeted, were questioned. The image they have of the service is mainly very good. The impression of the younger donors was better still. Those who have been making donations for more than 3 years have a slightly more favourable opinion than the others. Equally positive, is the opinion on the time taken to give the donation, on the correspondence received after the donation and the informative pamphlets available at the premises. None of those questioned considered the way they were treated by the professionals had deteriorated. The opinion was similar concerning the premises and the light meal given after the donation. Some donors considered the signposting for the Blood Transfusion Service in the hospital, and the space available to the donors for car parking to be insufficient.

CONCLUSION: The results obtained show a high level of satisfaction with the Blood Transfusion Service, whilst the identification of some negative aspects has created an opportunity for improvement.

KEY WORDS: Retention of blood donors, degree of satisfaction.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Deonilde Espírito Santo ■ Gabriela Delgado ■ Maria José Costa ■ Cláudia Marques

RESUMO

CONTEXTO: As auditorias permitem avaliar / monitorizar práticas, evidenciando as mudanças que é necessário implementar para se atingir a conformidade com padrões específicos definidos. O Serviço de Imuno-hemoterapia do Hospital de Dona Estefânia tem em curso um projecto de melhoria contínua da qualidade, em cujo âmbito efectuou um inquérito com o objectivo de avaliar o grau de satisfação do cliente, neste caso médicos e enfermeiros do hospital.

PLANO DE ESTUDO: Elaborou-se um inquérito que foi aplicado aos médicos e enfermeiros que trabalham nos serviços utilizadores de terapêutica transfusional. As questões ao inquérito eram fechadas, tendo sido adoptada para resposta uma escala de Likert com 5 graus.

RESULTADOS: Foram inquiridos 74 médicos e 214 enfermeiros, o que corresponde a 70% dos médicos e 75% dos enfermeiros existentes nos doze serviços ou unidades do hospital alvo do estudo. A população abrangida tem uma imagem positiva ou muito positiva do serviço. Considera que a abertura do serviço no hospital trouxe muitos benefícios, que a qualidade do atendimento aos serviços tem melhorado e que os componentes sanguíneos são atendidos na data e hora solicitadas. Verifica-se que os que têm mais de 30 anos e os que trabalham no hospital há mais de 7 anos tendem a ter uma opinião mais favorável do que os mais jovens. Quando analisadas as respostas segundo a profissão, verifica-se que os médicos tendem a ter uma opinião mais favorável do que os enfermeiros em relação a todas as perguntas dirigidas aos dois sectores profissionais em simultâneo.

CONCLUSÕES: A execução de auditorias é um desafio inesgotável. A sua gestão de um modo correcto permitirá melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados. O *feed-back* positivo à equipa serve para que esta se reforce e prossiga motivada a sua busca de melhoria.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria, transfusão sanguínea, satisfação do cliente.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Imuno-hemoterapia do Hospital de Dona Estefânia (HDE) iniciou a sua actividade há sete anos,

ABSTRACT

CONTEXT: The audits allow the evaluation and monitoring of practices, revealing the changes that have to be implemented to attain conformity with specifically defined standards. The Blood Transfusion Service at the Dona Estefânia Hospital is currently working on a project of continuous quality improvement, one result being a survey with the objective of evaluating the degree of satisfaction of the client, in this case the doctors and nurses of the hospital.

STUDY PLAN: A survey was developed and applied to the doctors and nurses that work in the services where transfusion therapy is used. The questions in the survey were closed and a Likert scale with 5 levels has been adopted for answers.

RESULTS: 74 doctors and 214 nurses responded to the survey, which corresponds to 70 and 75% of the respective sectors, working in the 12 services or units the hospital targeted for the study. The target group has a positive or very positive image of the service. It is felt that the opening of the service in the hospital has brought many benefits, such as improved performance in blood transfusion and the requests for blood components being dealt with immediately. It is clear that those who are more than 30 years old and those that have worked in the hospital for more than 7 years tend to have a more favourable impression than the younger ones. When the answers are analysed according to their profession, we can see that the doctors tend to have a more favourable opinion than the nurses in relation to all the questions simultaneously directed at the two professions.

CONCLUSION: Conducting the audits is an endless challenge. If managed in the correct manner it would allow continual improvement in the quality of services rendered. The positive feedback given to the team serves to reinforce and motivate the continued search for excellence.

KEY WORDS: Audit, blood transfusion, client satisfaction.

sendo desde essa altura responsável pelo apoio transfusional e imuno-hematológico a todo o hospital. Anual-

DEPARTAMENTO DA MULHER E DA REPRODUÇÃO

DIRECTORA: DR.^a NOÉMIA ASSUNÇÃO

SERVIÇO DE GINECOLOGIA – OBSTETRÍCIA

DIRECTORA: DR.^a NOÉMIA ASSUNÇÃO

ENDOMETRIAL THICKNESS IN POST MENOPAUSAL WOMEN: COMPARATIVE STUDY BETWEEN PATIENTS WITH AND WITHOUT UTERINE BLEEDING

Sara Valadares, Maria José Bernardo, Susana Coutinho, Ivone Dias, Noémia Assunção

Gynecology and Obstetrics Department

D. Estefânia Hospital, Lisbon, Portugal

15 Congresso Mundial de Ecografia em Obstetrícia e Ginecologia (Comunicação livre)
Vancouver 25-29 Setembro 2005.

Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, vol 26, n 4, Set 2005, pg 325.

Objective: To compare ultrasound, hysteroscopic and histologic findings in post menopausal asymptomatic and symptomatic women.

Materials and Methods: Since January 2002 to December 2003 we studied retrospectively 236 women with at least two years of menopause, absence of hormonal treatment and endometrial thickness >4mm. We considered two groups: 86 with uterine bleeding and 150 asymptomatic. All of them were submitted to ambulatory hysteroscopy and 228 to biopsy. Risk factors for endometrial carcinoma were present in 63 %.

Results: There was a high concordance rate among sonographic, hysteroscopic and histologic findings. The pathology more frequent was benign polyps (60,2%) in bleeding patients and (84,7%) in asymptomatic ones. Women with uterine bleeding revealed endometrial carcinoma in 21,4%, in contrast with those asymptomatic that had 1,3% of malignancy (2 cases).

Conclusions: In our study the patients with post-menopausal bleeding revealed high risk for carcinoma. Though the malignancy in asymptomatic cases was 1,3%, we think that in a high risk population, ultrasound is a justified procedure, followed by hysteroscopy and biopsy, if necessary.

“AMBULATORY HYSTEROSCOPY RESULTS IN POST MENOPAUSE: COMPARATIVE STUDY BETWEEN PATIENTS WITH AND WITHOUT METRORRHAGIA”

Sara Valadares, Susana Coutinho, Noémia Assunção

Ambulatory hysteroscopy unit - Gyn/Obs Dept.

D. Estefânia Hospital, Lisbon, Portugal

Gynecological Surgery, vol 2, n° 4, Dez 2005, pág. 259 a 263

Objective: Compare the results of ambulatory hysteroscopy in postmenopausal women with and without uterine bleeding.

Design: Retrospective descriptive study.

Setting: Ambulatory hysteroscopy unit of a university-affiliated teaching Hospital.

Subjects: Between January 2002 to December 2003, 248 women with at least two years of menopause, absence of hormonal treatment and with transvaginal 2D ultrasonography: 150 were asymptomatic and 98 reported hemorrhage.

Interventions: Diagnostic and operative hysteroscopy performed using a 5,5 mm continuous flow hysteroscopic system, with a 5 French working channel (operative instruments: scissors, graspers and bipolar device Versapoint®).

Results: The two women groups were age, risk factors and endometrial thickness on ultrasound similar. Risk factors for endometrial carcinoma were present in 63,6 %. The pathology more frequent was benign endometrial polyps (60,2 % in bleeding patients and 84,7 % in asymptomatic ones). The women with metrorrhagia had endometrial carcinoma in 21,4%, whereas the asymptomatic had this diagnosis in 1,3%. Overall we diagnosed 2,6 % of malignancy inside polyps.

The hysteroscopy reports revealed a 93,1 % agreement with histological final diagnosis.

See and treat in one time session was achieved in 91 % of the cases of benign polyps.

Conclusions: The patients with post-menopausal metrorrhagia revealed a high risk for carcinoma. Besides transvaginal ultrasound, these patients should do further diagnostic evaluation ideally diagnostic hysteroscopy complemented with biopsy, even if the 2D sonogram is apparently normal.

Ambulatory hysteroscopy confirms its high sensitivity and specificity for intracavitary pathology, high tolerability and safeness. See and treat in one time session can be achieved in most cases.

KEYWORDS: *Ambulatory hysteroscopy, endometrial disease, menopause.*

GRAVIDEZ ESPONTÂNEA APÓS HISTEROSONOSSALPINGOGRAFIA

A Mónica Centeno, Maria José Bernardo, A M Aguiar, Carla Leitão, M. C. Silva, Ivone Dias, Noémia Assunção

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

Congresso Português de Ginecologia (Poster)

Junho 2005

Introdução e finalidade: A histerossonossalpingografia (HSSG) é um exame que pode ser usado na abordagem inicial da mulher infértil, permitindo estudar a cavidade endometrial e a permeabilidade tubária. É reconhecida a incidência aumentada de gravidez espontânea após a HSSG.

Pretende-se com este trabalho estudar as características clínicas das mulheres inférteis que engravidaram no intervalo de tempo de 3 meses após a realização da HSSG no nosso serviço.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise de processos de consulta de esterilidade de 64 mulheres que engravidaram nos primeiros três meses após HSSG, no período compreendido entre 1999 e 2004.

Resultados: Do número total de HSSG efectuadas em mulheres da Consulta de Infertilidade no período de tempo referido, obtiveram-se 64 gestações, o que corresponde a uma taxa de 10,6%.

A média das idades destas grávidas foi de 29,9 anos. A maioria apresentava infertilidade primária e a duração média da mesma era de 22,6 meses. Dos antecedentes pessoais há a referir como mais frequentes as curetagens uterinas (11%) e as cirurgias pélvicas anteriores (11%).

Os achados mais frequentes da HSSG relativamente à cavidade endometrial foram as sinéquias (14%) e as calcificações (9%). No que respeita à avaliação tubária verificou-se permeabilidade fácil e bilateral em 38 casos (59%), permeabilidade bilateral mas com resistência à passagem do contraste uni ou bilateral em 15 casos (23%), obstrução unilateral em 10 casos (16%) e obstrução bilateral apenas num caso.

Apenas tivemos conhecimento do desfecho de algumas das gestações e nestas verificou-se uma taxa de aborto espontâneo de 25%.

Conclusões:

A histerossonosalpingografia é um método útil de diagnóstico em infertilidade.

A taxa de gravidez obtida após este exame parece relacionar-se com fenómenos de desobstrução tanto a nível endometrial (lise de sinéquias) como a nível tubário.

São necessários estudos controlados que provem esta hipótese de causalidade.

AValiação PRELIMINAR DE CIRURGIA PARA IUE FEMININA COM TVT-O

Susana Coutinho, José L. Reis, Ricardo Mira

Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital D. Estefânia, Lisboa

Objectivo: Avaliação retrospectiva a curto prazo da eficácia da técnica cirúrgica com prótese sub-uretral e obturadora “inside-out” (TVT-O), no tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) feminina.

Material e métodos: Análise descritiva dos casos operados com TVT-O no serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital D. Estefânia, entre Maio de 2004 e Agosto de 2005, num total de 31. As doentes foram caracterizadas em termos de factores de risco, avaliação clínica e urodinâmica pré-operatória, complicações cirúrgicas e resultados obtidos.

Resultados: A idade média das pacientes foi 60 anos (min.44, máx.80). Todas tinham partos vaginais nos antecedentes obstétricos, com paridade média de 2,5 e recém-nascido maior com peso médio de 3725 g (min.2500, máx. 4950). 71% eram menopáusicas e 13% tinham efectuado cirurgia prévia para correcção de IUE. Clinicamente foi objectivada IUE em todos os casos, suspeitando-se de IU mista em 11 e noutros 5 esta só se revelou após redução do prolapso presente. A avaliação urodinâmica confirmou a IUE em 67% dos casos, com perdas aos 255 cc de enchimento médio, VLPP médio de 66 cmH₂O e PEU média de 34 cmH₂O. O diagnóstico de Hiperactividade do Detrusor foi feito em 9 casos (IU mista em 29%). A classificação POP-Q revelou 20 casos sem prolapso ou com grau 1, e 11 casos com prolapsos iguais ou superiores a 2. Em 17 doentes (55%) só foi efectuada cirurgia de TVT-O, em 12 (39%) associaram-se outras cirurgias para correcção de prolapso, e em 2 casos (6%) efectuou-se histerectomia por outra patologia. O tempo médio da cirurgia de TVT-O foi 21' (min.5, máx. 35) e 61% foram realizadas sob anestesia geral. As complicações peri-operatórias foram: passagem unilateral da prótese através da vagina num caso (3%), atonia vesical transitória

noutro (3%) e um quadro algico unilateral que durou sete dias (3%). Os resultados relativamente à IUE foram: cura em 83%, melhoria em 8,5% e sem alterações em 8,5%. O grau de satisfação actual das doentes variou entre: muito satisfeita em 70%, satisfeita em 22%, e nada satisfeita em 8%. O follow-up médio foi de 136 dias, mínimo 34 e máximo 500 dias.

Conclusão: A experiência recente com este tipo de prótese nas situações descritas revelou resultados promissores, não só em termos de exequibilidade como também no que respeita à eficácia e morbilidade.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HVLA e HTL

A Mónica Centeno, A Aguiar, Susana Coutinho, Noémia Assunção
Serviço de ginecologia e Obstetrícia do Hospital D. Estefânia
X Congresso Português Ginecologia
Estoril, Junho 2005

Introdução e finalidade: O desenvolvimento da laparoscopia veio introduzir novas abordagens cirúrgicas na histerectomia por patologia uterina benigna.

A laparoscopia tornou a via vaginal mais exequível e trouxe indiscutíveis vantagens em termos de tolerabilidade e de rapidez de recuperação para as doentes. O objectivo deste trabalho foi comparar as indicações e os resultados de dois tipos de técnicas de histerectomia com recurso à laparoscopia: a histerectomia vaginal laparoscopicamente assistida (HVLA) e a histerectomia totalmente laparoscópica (HTL).

Material e métodos: Estudo retrospectivo descritivo de 100 mulheres submetidas a HVLA ou HTL no período compreendido entre 2001 e 2004. Formaram-se 2 grupos: o primeiro de 50 mulheres submetidas a HVLA (grupo I) e o segundo de 50 mulheres submetidas a HTL (grupo II).

Resultados: Os dois grupos revelaram-se semelhantes relativamente à idade (47.4/47.3 anos), ao peso médio (64.6/62.98 Kg) e à paridade (1.4/1.3) das doentes. A principal indicação operatória foi o tumor uterino em ambos os grupos. O tempo médio de internamento foi de 3.7 e 3.3 dias para o grupo I e II respectivamente. A ocorrência de complicações intra e pós-operatórias foi semelhante nos dois grupos (14%).

As únicas diferenças com significado estatístico foram: maior peso do útero no grupo I (275.7/213.4), maior tempo operatório no grupo II (140.6/154.8 min.) e variação média da hemoglobina peri-operatória superior no grupo I (2.4/1.6 g/dL).

Conclusão: Esta avaliação sugere-nos que a opção entre HVLA e HTL está sobretudo relacionada com a experiência do cirurgião e respectiva equipa nas técnicas de cirurgia vaginal e laparoscópica.

Face aos resultados os autores prevêm que a aquisição de uma melhor performance cirúrgica em laparoscopia levará ao aumento do número de intervenções realizadas totalmente por esta via.

“GRAVIDEZ NOS EXTREMOS DA VIDA REPRODUTIVA – QUE DIFERENÇAS?”

Mónica Centeno, Leonor Santos, Teresa Ventura, Filomena Sousa, Manuela Caetano
Serviço de Ginecologia / Obstetrícia – hospital de Dona Estefânia, Lisboa
Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005

Lisboa, 18 de Novembro de 2005.

Introdução: A gravidez nos extremos da idade reprodutiva tem sido associada a inúmeras complicações obstétricas, neonatais e sociais.

Objectivo: Avaliar as diferenças registadas entre gestações de “grávidas idosas” e de adolescentes.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo baseado em dados de processos de consulta de 2 grupos de grávidas: grupo A – com idade inferior a 18 anos e grupo B – com idade superior ou igual a 40 anos, de 2002 a 2004.

Compararam-se, entre os dois grupos, as complicações obstétricas, a idade gestacional no parto, os tipos de parto e os pesos dos recém-nascidos.

Resultados: Registaram-se 73 partos de grávidas adolescentes (grupo A) e 158 de grávidas com idade \geq 40 anos (grupo B). As complicações obstétricas foram mais prevalentes no grupo B (60 % versus 28,7%), sendo as infeções urinárias, as complicações hipertensivas e a diabetes gestacional as mais numerosas.

Ocorreram 2 partos pré-termo no grupo A (2.7%) e 26 no grupo B (16.5%). A percentagem de cesarianas foi superior no grupo B (51% versus 20%).

O peso médio dos recém-nascidos (RN) foi sobreponível em ambos os grupos (3162g versus 3120g), no entanto, no grupo B nasceram mais RN de baixo peso e também mais macrossomicos.

Conclusões: Apesar das preocupações dos serviços de Saúde relativamente às grávidas adolescentes, verifica-se que estas gestações cursam sem complicações médicas adicionais. No entanto, importa lembrar que representam, muitas vezes, um grave problema social e familiar.

Por outro lado, as grávidas com idade superior a 40 anos revelam-se sujeitas a um maior número de complicações obstétricas e neonatais, pelo que, devem ser devidamente orientadas, tendo em conta as principais patologias que as afectam.

“ROTURA UTERINA ESPONTÂNEA NO III TRIMESTRE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Manuela Caetano, Isabel Nery, Alexandra Pupo

Serviço de Ginecologia / Obstetrícia do Hospital dona Estefânia

X Congresso Português de Ginecologia (poster)

Estoril, 9 de Junho de 2005.

A rotura uterina é uma complicação rara durante a gravidez e parto, com elevada morbimortalidade materno-fetal. A incidência varia entre 0,05%-0,086%. Esta entidade está geralmente associada à existência de uma cicatriz uterina anterior de cesariana. Os autores fazem uma revisão bibliográfica e apresentam o caso clínico de uma grávida de 35 anos, com antecedentes de uma cesariana em 1999 por sinais suspeitos de sofrimento fetal, um parto eutócico em 2003 seguido de curetagem uterina por suspeita de restos placentares, e 2 abortos provocados. Às 31 semanas recorreu ao Serviço de Urgência do HDE por quadro de epigastralgia e taquipneia. A ecografia revelou feto *in útero*, com boa vitalidade e placenta sem sinais aparentes de descolamento. Foi transferida para o Hospital de São José e 8 horas depois inicia perda hemática ligeira vaginal, tendo-se constatado ausência de foco fetal. Foi realizada

uma laparotomia exploradora que revelou a existência de uma rotura uterina fúndica e bolsa amniótica intacta com feto morto na cavidade abdominal. Procedeu-se a histerectomia com conservação de anexos.

“PÓLIPOS ENDOMETRIAIS MALIGNOS DIAGNOSTICADOS EM HISTEROSCOPIA DE AMBULATÓRIO”

Leonor Santos, Susana Coutinho, Noémia Assunção
X Congresso Português de Ginecologia (Poster)
Estoril, 11 de Junho de 2005.

Os pólipos endometriais são a patologia mais frequentemente encontrada nas histeroscopias diagnósticas. Não sendo considerados como factor de risco para o cancro endometrial, é prática corrente a sua remoção. A incidência de pólipos endometriais malignos (PEM) é desconhecida, variando as estimativas entre 0,5% - 4,8%. O objectivo deste estudo foi determinar a frequência de PEM na Unidade de histeroscopia de ambulatório e caracterizar estes casos em termos clínicos e histeroscópicos. Material e métodos: Foi feita uma avaliação retrospectiva de 12 casos de PEM diagnosticados em histeroscopia de ambulatório no Serviço de Ginecologia do HDE, entre os anos 2001 e 2004 (4 anos). Foi usado um histeroscópio de fluxo contínuo de 5,5mm com canal de trabalho de 5 French e uso de eléctrodo bipolar Versapoint®. Foram avaliados factores de risco para carcinoma endometrial, sintomatologia, ecografia pélvica, imagens histeroscópicas, resultados histológicos e estadiamento tumoral cirúrgico posterior. Resultados: A média etária foi de 73,9 anos. Todos os casos foram em mulheres na menopausa. A frequência de PEM foi de 3,1% relativamente a todos os pólipos endometriais diagnosticados nesta faixa etária. 83,3% das mulheres tiveram metrorragias. Detectou-se pelo menos um factor de risco para carcinoma endometrial em todos os casos; também em todos havia um espessamento / irregularidade do endométrio na ecografia vaginal. Em 91,6% o relatório da histeroscopia referia pólipo(s) suspeito(s) de malignidade. Em 8 casos tratava-se de adenocarcinoma endometrióide, 1 caso de tumor mulleriano misto maligno e 1 caso de carcinoma seroso. Conclusão: A frequência de PEM encontrada na nossa Unidade foi relativamente alta, mas este grupo de mulheres revelou um risco acrescido para a presença de carcinoma endometrial. A histeroscopia complementada com biópsia guiada revelou uma sensibilidade e especificidade altas (acima de 90%) sendo o método ideal para a abordagem diagnóstica dos pólipos endometriais.

“ECOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER NA AVALIAÇÃO DE LESÕES SUSPEITAS DO COLO”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Maria José Bernardo, Manuela Coelho
X Congresso Português de Ginecologia (Poster)
Estoril, 11 de Junho de 2005.

A ecografia transvaginal com Doppler permite a avaliação in vivo da vascularização / neoangiogénese das lesões suspeitas do colo. Neste estudo pretendeu-se avaliar se existe alguma correlação entre o padrão vascular obtido por Doppler e o tipo histológico das

neoplasias diagnosticadas. Material e métodos: Efectuou-se uma análise retrospectiva descritiva de 55 mulheres referenciadas à Unidade de Colposcopia do HDE, todas com alterações citológicas e/ou no resultado das biópsias, no período de Janeiro de 2002 a Março de 2005. Todas realizaram ecografia do colo para avaliação do padrão vascular, classificado como ligeiro, moderado ou abundante e do índice de resistência. Relacionaram-se os dados da ecografia com os respectivos exames histológicos, obtidos em 70,9% dos casos por conização. Resultados: A média etária foi de 37,6 anos. As situações de condiloma plano, CIN I, CIN II, CIN III/CIS (n=38) na sua maioria não tinham alterações ou apresentavam um aumento do padrão vascular ligeiro, todos com índices de elevada resistência. Em todos os carcinomas invasivos (7 casos) constatou-se um padrão vascular de tipo abundante e fluxos de baixa resistência. Nos 10 casos em que existia discrepância cito-histológica e o resultado após conização não revelou alterações, verificou-se que em 80% o padrão vascular do colo pré-conização estava normal. Conclusão: A ecografia transvaginal com Doppler pode constituir um método auxiliar de diagnóstico útil, na abordagem de patologia do colo.

“URINARY TRACT INJURY DURING HYSTERECTOMIES”

Leonor Santos, Suzana Coutinho, Ricardo Mira, Noémia Assunção

14th Annual Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy – Advanced minimal invasive surgery (Poster)

Atenas, 6-8 Outubro de 2005.

Urological injuries that occur during hysterectomies are a rare but important cause of morbidity.

The aim of this study was to evaluate the urological injuries that occurred during different techniques of hysterectomy and to determine the risk factors, management and outcome of such injuries.

Methods: We analysed retrospectively the urinary tract injuries during hysterectomies carried out from January 2000 until December 2004 at our institution.

Results: A total of 1396 hysterectomies were done: 673 by laparotomy (HA), 389 vaginally (HV) and 334 laparoscopically (LAVH or TLH). The indications for hysterectomy were: organic benign disease in 1070 cases (76,65%), genital prolapse in 248 (17,76%) and malignant disease in 78 (5,59%). Overall, the number of urological injuries was 16 (1,15%): 13 bladder lacerations (0,93%) and 3 ureter injuries (0,22%). All bladder injuries were recognized and treated during the primary operation and managed through the same route: 3 during HA (0,45%), 6 in HV (1,54%) and 4 in LAVH/TLH (1,20%). No ureteral injuries occurred during HV surgery. 2 cases of ureteral injuries were done during HA (1 repaired immediately and the other developed uretero-vaginal fistula), and 1 during TLH (uretero-vaginal fistula caused by thermal injury). All the repairs healed successfully.

Conclusions: The results support the importance of the surgeon experience in reducing severe complications, especially in laparoscopic and vaginal hysterectomies. Early detection and appropriate management ensure successful healing and minimal long-term sequelae.

“PAPEL DO GINECOLOGISTA NA AMENORREIA DE CAUSA CENTRAL OU OVÁRICA”

Leonor Santos, Filomena Sousa
Congresso do Hospital Dona Estefânia (Poster)
Lisboa, 17 de Novembro de 2005.

Introdução: As amenorreias podem ser de causa central ou periférica, podendo a amenorreia periférica ser de causa ovárica ou devida a malformações do aparelho genital. As amenorreias primárias de causa central ou ovárica necessitam geralmente de uma abordagem multidisciplinar sendo o ginecologista por vezes chamado a intervir. Objectivo: O objectivo deste trabalho foi rever os casos de amenorreia primária devidos a hipopituitarismo ou a hipogonadismo seguidos na consulta de ginecologia para adolescentes do H.D.E., e fazer uma revisão bibliográfica acerca do papel do ginecologista na abordagem destas situações. Métodos: Foi efectuada uma avaliação retrospectiva dos casos de amenorreia primária diagnosticados na consulta de Endocrinologia Pediátrica e orientados para a consulta de Ginecologia de Adolescentes do H.D.E. para aí terem seguimento. Foram avaliados a sintomatologia, o exame objectivo (presença ou ausência de caracteres sexuais secundários), os doseamentos hormonais, a ecografia pélvica e o cariotipo destas adolescentes. Resultados: A média de idades foi de 17 anos. A síndrome de Turner foi a causa de amenorreia por falência ovárica em 3 casos, existindo também 3 casos de hipopituitarismo e 2 casos de ooforite auto-imune. Todas foram medicadas com contraceptivos orais e suplementos de cálcio. Conclusão: Nestes casos a abordagem deve ser multidisciplinar e individualizada. O ginecologista tem um papel importante no esclarecimento acerca do futuro obstétrico, na instituição de terapêutica hormonal de substituição, na prevenção da osteoporose e na promoção da melhor adaptação psico-social destas adolescentes.

“GRAVIDEZ ACIMA DOS 40 ANOS – EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 ANOS NO HDE”

Leonor Santos, Mónica Centeno, Teresa Ventura, Manuela Caetano
Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005 (Poster)
Lisboa, 17 de Novembro de 2005.

Introdução: A gravidez após os 40 anos tem aumentado nos últimos tempos. Este facto relaciona-se com os valores actuais da sociedade: casamento mais tardio, valorização da carreira profissional e ocorrência de segundos casamentos. Objectivo: Avaliar o curso da gravidez e o parto nas mulheres com idade \geq a 40 anos.

Métodos: Foi efectuada uma avaliação retrospectiva descritiva, através da consulta directa dos processos clínicos das grávidas com idade \geq a 40 anos que tiveram o parto no HDE nos anos de 2002-2004 (3anos). Avaliaram-se dados epidemiológicos, obstétricos, patologia associada, intercorrências médico cirúrgicas, parâmetros do recém-nascido e puerpério imediato.

Resultados: Registaram-se 158 partos em mulheres com idade \geq a 40 anos (2,77%), 30,4% das quais eram nulíparas. A média etária foi 41,04 anos (idade máxima 50 e mínima 40). Desta população 81,65% (129) iniciou a vigilância da gravidez no 1º trimestre e 70,25% (111) fez amniocentese para cariotipo fetal. Cerca de 70% não apresentava patologia prévia à gravidez,

7,6% desenvolveu patologia hipertensiva e 18,4% diabetes gestacional. Ocorreram 26 partos pré-termo (16,45%). Foram realizadas 81 cesarianas (51,3%). No grupo dos recém nascidos 9,5% tinha um peso $\leq 2500\text{g}$ e 6,3% $\geq 4000\text{g}$. Em 4,4% houve complicações no puerpério.

Conclusão: Na nossa amostra constatou-se uma alta incidência de morbilidade materna, principalmente à custa de patologia hipertensiva, diabetes gestacional, infecções urinárias e anemia. A elevada taxa de cesarianas (51%) relaciona-se com factores maternos e fetais, bem como com a preferência do Obstetra e da grávida. A amniocentese não foi um factor de morbilidade acrescida. Houve uma elevada taxa de prematuridade, e também um maior número de recém nascidos a necessitar de cuidados intensivos e intermédios.

AVANÇOS IMAGIOLÓGICOS EM MEDICINA FETAL

Carla Baleiras

Serviço de ginecologia / Obstetrícia – Hospital Dona Estefânia

Congresso do Hospital Dona Estefânia 2005 – Mesa Medicina do Feto – Conceito e Realidades

Lisboa, 17 Novembro 2005

A imagem constitui um importante meio de diagnóstico e a sua evolução tem mudado a prática da Medicina em geral e da Obstetrícia em particular, criando uma nova especialidade - A Medicina Perinatal.

A ecografia, ao fornecer informação sobre a anatomia, crescimento e patologia fetal, foi a técnica de imagem que mais revolucionou a Obstetrícia. Enquanto a arte evoluiu do realismo para o abstrato, a ecografia evoluiu na direcção oposta, desde as imagens a uma dimensão (modo A) até às actuais imagens 3D/4D. Esta evolução foi possibilitada pelo desenvolvimento das técnicas computadorizadas, abrindo também o caminho para a Tele-Medicina que se tem vindo a praticar no Hospital D.Estefânia, nomeadamente a Tele-Ecografia fetal.

Com a melhoria da resolução dos equipamentos e a aplicação da técnica 3D às sondas endovaginais e ao doppler, a ecografia tornou-se essencial no diagnóstico precoce da patologia fetal e no controlo de técnicas invasivas, em particular na terapia fetal. Nos últimos 3 anos, surgiram novos instrumentos na aquisição 3D, permitindo uma avaliação cada vez mais real e precisa do feto.

No entanto, a imagem em Medicina Fetal não se restringe à ecografia e a Ressonância Magnética Nuclear, em particular as sequências ultra-rápidas, tem vindo a revelar-se um excelente complemento.

GRÁVIDAS ADOLESCENTES - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Mónica Centeno, Filomena Sousa, Patrícia Couteiro

8th IAAH World Congress “Positive Youth Development” (Poster)

Lisboa, 11 a 14 de Maio 2005

INTRODUÇÃO:

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública na nossa sociedade. Este tema reveste-se de uma enorme complexidade pois a idade cronológica da adolescente pode não corresponder à idade biológica, psicológica e social.

Por outro lado, é difícil separar a idade cronológica dos restantes factores de risco quando se avaliam as consequências da gravidez na adolescência.

OBJECTIVOS:

Avaliar as circunstâncias em que ocorreu a gravidez, a respectiva evolução e o desfecho obstétrico.

MÉTODOS:

Estudo retrospectivo baseado na análise de processos de consulta e de internamento de grávidas adolescentes (idade ≤ 17 anos) vigiadas e com parto no Hospital de Dona Estefânia, de Abril de 2001 a Novembro de 2004.

Foram avaliados, entre outros, os seguintes parâmetros: idade, escolaridade, idade ginecológica (intervalo entre a menarca e a gravidez), idade gestacional no parto, complicações da gravidez, tipo de parto, peso do recém-nascido e contraceção pós-parto.

RESULTADOS:

Foram avaliados 73 casos de grávidas adolescentes.

A média de idade das grávidas foi de 15,8 anos, no entanto, apenas 10 adolescentes tinham idades ginecológicas ≤ 2 anos. Praticamente metade das grávidas (47%) não tinham a escolaridade adequada e em 41 % dos casos as mães das adolescentes foram elas próprias mães adolescentes. A grande maioria das gestações decorreu sem complicações. O principal tipo de parto foi o eutócico, registando-se uma taxa de cesarianas de 20%. Ocorreram apenas 2 partos pré-termo e 3 recém-nascidos foram considerados leves para a idade gestacional. O método contraceptivo mais utilizado após parto foi o Implante sub-cutâneo de progestagénio.

CONCLUSÃO:

A ocorrência da gravidez na adolescência associa-se a determinados factores de risco, nomeadamente o início precoce da vida sexual, o insucesso ou abandono escolar e o facto da mãe da grávida ter sido também ela grávida adolescente.

Neste estudo não foram encontradas incidências aumentadas das complicações obstétricas habitualmente descritas na literatura.

O adequado acompanhamento das grávidas adolescentes parece diminuir a incidência das principais complicações obstétricas e influenciar positivamente o desfecho neonatal.

Após o parto deve ser instituída uma contraceção eficaz mas cuja eficácia não dependa da utilização adequada por parte da adolescente.

CONTRACEPÇÃO HORMONAL – O QUE ESCOLHER

Leonor Santos, Filomena Sousa

Serviço de Ginecologia – Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia

Sessão Clínica Centro Saúde da Lapa

Lisboa, 19 de Maio 2005

Múltiplas inovações têm surgido na área da contraceção hormonal. Têm-se verificado um decréscimo da dose de estrogénios utilizados e a introdução de novos progestativos. Surgiram algumas alternativas à contraceção hormonal via oral tais como anel vaginal, o sistema intra-

uterino com levonorgestrel, o patch e o implante subcutâneo. Quanto mais alternativas disponíveis, maior a probabilidade de satisfação da mulher, aumenta a compliance ao método e por consequência diminui o número de gravidezes não desejadas. A comunicação focou essencialmente o tema contracepção hormonal de baixa dosagem.

“LESÕES UROLÓGICAS E HISTERECTOMIA”

Leonor Santos, Susana Coutinho, Ricardo Mira, Noémia Assunção
Serviço de Ginecologia – Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia
Sessão Clínica Serviço Ginecologia
Lisboa, 11 de Novembro 2005

O objectivo desta revisão foi avaliar as complicações urológicas que ocorreram durante hysterectomias realizadas no Serviço de Ginecologia do Hospital de Dona Estefânia durante 5 anos. Foram determinados os factores de risco, prognóstico, comparando as diferentes vias de abordagem.

“PROLAPSOS UROGENITAIS OPERADOS: REAVALIAÇÃO A 3 ANOS”

Leonor Santos, Maria João Nunes, Maria José Bernardo, Manuela Coelho
Serviço de Ginecologia – Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia
X Congresso Português de Ginecologia
Estoril, 11 de Junho 2005

A ecografia transvaginal com Doppler permite a avaliação *in vivo* da vascularização / neoangiogénese das lesões suspeitas do colo. Neste estudo pretendeu-se avaliar se existe alguma correlação entre o padrão vascular obtido por Doppler e o tipo<histológico das neoplasias diagnosticadas.

Material e Métodos: efectuou-se uma análise retrospectiva descritiva de 55 mulheres referenciadas à Unidade de Colposcopia do HDE, todas com alterações citológicas e/ou no resultado das biopsias, no período de Janeiro 2005 a Março de 2005. Todas realizaram ecografia do colo para avaliação do padrão vascular, classificado como ligeiro, moderado ou abundante e do índice de resistência. Relacionaram-se os dados da ecografia com os respectivos exames histológicos, obtidos em 70,9 % dos casos por conizações.

Resultados: A média etária foi de 37,6 anos. As situações de condiloma plano, CIN I, CIN II, CIN III/CIS (n=38) na sua maioria não tinham alterações ou apresentavam um aumento do padrão vascular ligeiro, todos com índices de elevada resistência. Em todos os carcinomas invasivos (7 casos) constatou-se um padrão vascular de tipo abundante e fluxos de baixa resistência. Nos 10 casos em que existia discrepância cito-histológicas e o resultado após conização não revelou alterações, verificou-se que em 80% o padrão vascular do colo pré-conização estava normal.

Conclusões: A ecografia transvaginal com Doppler pode constituir um método auxiliar de diagnóstico útil na abordagem de patologia do colo.

AVANÇOS IMAGIOLÓGICOS EM MEDICINA FETAL.

Mesa Redonda – “Medicina do Feto – conceitos e realidades”

Carla Baleiras.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005

A imagem constitui um importante meio de diagnóstico e a sua evolução tem mudado a prática da Medicina em geral e da Obstetrícia em particular, criando uma nova especialidade - A Medicina Perinatal.

A ecografia, ao fornecer informação sobre a anatomia, crescimento e patologia fetal, foi a técnica de imagem que mais revolucionou a Obstetrícia. Enquanto a arte evoluiu do realismo para o abstracto, a ecografia evoluiu na direcção oposta, desde as imagens a uma dimensão (modo A) até às actuais imagens 3D/4D. Esta evolução foi possibilitada pelo desenvolvimento das técnicas computadorizadas, abrindo também o caminho para a Tele-Medicina que se tem vindo a praticar no Hospital D. Estefânia, nomeadamente a Tele-Ecografia fetal.

Com a melhoria da resolução dos equipamentos e a aplicação da técnica 3D às sondas endovaginais e ao doppler, a ecografia tornou-se essencial no diagnóstico precoce da patologia fetal e no controlo de técnicas invasivas, em particular na terapia fetal. Nos últimos 3 anos, surgiram novos instrumentos na aquisição 3D, permitindo uma avaliação cada vez mais real e precisa do feto.

No entanto, a imagem em Medicina Fetal não se restringe à ecografia e a Ressonância Magnética Nuclear, em particular as sequências ultra-rápidas, tem vindo a revelar-se um excelente complemento.

DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPY IN ENDOMETRIAL CARCINOMA: IS IT A SAFE METHOD?

M Bernardino, Filomena Sousa, Fazila Mahomed

Department of Obstetrics and Gynaecology, Dona Estefânia Hospital, Lisbon, Portugal

Hysteroscopy is an important method of diagnosis of endometrial pathology. Its use in situations of suspicious malign pathology is still controversial. Various studies on the dissemination of neoplastic cells to the peritoneum after hysteroscopy are discordant. A positive peritoneal cytology is usually associated with other adverse prognostic factors, but, in their absence, isn't related to disease recurrence or survival.

In our department the diagnosis of endometrial carcinoma is usually established by hysteroscopy. The existence of a relationship between the diagnosis of endometrial carcinoma by hysteroscopy and the presence of a positive peritoneal cytology was evaluated.

A retrospective analysis was carried out of the charts of 41 women operated for endometrial carcinoma in our department between June 2000 and December 2004 whose diagnosis had been established by hysteroscopy with normal saline as distension medium. The average patient age was 66.7 years. 36(87.8%) women had abnormal bleeding. The biopsy was performed with forceps or Versapoint® in 25(61%) cases, curettage in 11(26.8%) cases, and an association of the two in 5(12.2%) cases. The average time between the biopsy and surgery

was 54.3 days. Peritoneal fluid was sampled during surgery. The average follow-up time was 18.3 months.

We found 6(14.6%) cases of positive peritoneal cytology. All had other adverse prognostic factors associated. Although the above results point out the safety of hysteroscopy for the diagnosis of endometrial carcinoma our numbers are very small to be conclusive.

SERVIÇO DE GENÉTICA MÉDICA

DIRECTORA: DR.^a TERESA KAY

NOTA: Resumos ainda não disponíveis

NÍVEIS DE ADESÃO AO TESTE PREDITIVO PARA A DOENÇA DE MACHADO-JOSEPH NOS AÇORES: REFLEXÕES ÉTICAS.

Lima, M., C. Gonzalez, T. T. Kay*, C. Silva, C. Santos, J. Vasconcelos & J. Santos
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea*
Cadernos de Bioética, nº36: 121-127. (publicado em 2005)

SHORT-TERM IMPACT OF PREDICTIVE TESTING FOR THE MACHADO-JOSEPH DISEASE: DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS IN INDIVIDUALS AT RISK FROM THE AZORES (PORTUGAL).

Gonzalez, C., M. Lima, T. Kay*, C. Silva, C. Santos & J. Santos
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea*
Community Genetics, 7(4): 196-201. (publicado em 2005)

PHENOTYPE-GENOTYPE CORRELATION IN 26 WOMEN WITH NONCLASSICAL CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA DUE TO 21-HYDROXILASE DEFICIENCY

Gonçalves J., Friães A., Rego A.T., Aragues J.M., Moura L., Mirante A., Mascarenhas M., Kay T.T*,
Lopes L., Guerra S., Galvão-Teles A
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea*
Hormone Research, 64 (suppl) September 2005

ANALYSIS OF Y-CHROMOSOME VARIABILITY AND ITS COMPARISON WITH MTDNA VARIABILITY REVEALS DIFFERENT DEMOGRAPHIC HISTORIES BETWEEN ISLANDS IN THE AZORES ARCHIPELAGO.

Montiel, R., C. Bettencourt, C. Silva, C. Santos, M. J. Prata & M. Lima
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Annals of Human Genetics, 69(Pt2): 135-144.2005

PEOPLING OF THE AZORES ISLANDS (PORTUGAL): DATA FROM THE Y CHROMOSOME.

Fernando, O., P. Mota, M. Lima, C. Silva, R. Montiel, A. Amorim & M.J. Prat
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Human Biology, 77(2): 189-199. 2005

POPULATION GENETICS OF WILD-TYPE CAG REPEATS IN THE MACHADO-JOSEPH DISEASE GENE IN PORTUGAL.

Lima, M., M. C. Costa, R. Montiel, A. Ferro, C. Santos, C. Silva, C. Bettencourt, A. Sousa, L. Guimarães, J. Sequeiros, P. Coutinho & P. Maciel
Human Heredity, 60(3): 156-163. 2005

ABC DE GENÉTICA CLÍNICA. “GENÉTICA, GENOMA E GENÓMICA: DA CLÍNICA À SAÚDE PÚBLICA”

Teresa Kay, Teresa Lourenço
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Escola Nacional de Saúde Pública
Lisboa, 2005

“S. WISKOTT-ALDRICH – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”

Teresa Kay
Serviço de Genética – Unidade de Imuno-Hematologia - Hospital Dona Estefânia

II CURSO DE FORMAÇÃO EM NEONATOLOGIA PARA TERAPÊUTICOS. “MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E PREMATURIDADE”

Teresa Kay
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea

“GENÉTICA MÉDICA NA CRIANÇA”

Luis Nunes Teresa Kay, Teresa Lourenço
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
4th International Alstrom Syndrome Medical Congress (Comunicação oral)
Porto

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO *GENOMA HUMANO*.

Luis Nunes
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO O LABORATORIO NA GENÉTICA MÉDICA

Raquel Carvalhas
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO A CRIANÇA COM DOENÇA GENÉTICA

Dr^a. Teresa Lourenço

Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO MEDICINA DO FETO: DIAGNOSTICO PRÉ-NATAL AO “ FETO DOENTE”

Dr^a Teresa Kay
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Dr^a. Teresa Lourenço
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

ESSENCIAL EM GENÉTICA MÉDICA E DPN -CICLO DE CURSOS DO INTERNATO MÉDICO – CURSO BIOÉTICA NA GENÉTICA HUMANA

Dr^a Teresa Kay
Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea
Lisboa, Setembro 2005

EZN. TÉCNICAS LABORATORIAIS DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE DOENÇAS DEGENERATIVAS DA RETINA.

Caetano, I., C. Silva & T. Kay,
II Encontro Nacional sobre Marcadores Moleculares (apresentação oral)
Santarém.

A TEN YEARS CLINICAL GENETICS AND ETHICAL EXPERIENCE IN A LATE ONSET GENETIC DISORDER

Kay, T. T., C. Silva, M. Lima, C. Gonzalez, J. Vasconcelos, C. Bettencourt & J. Santos,
5th Meeting on the Psychological and Ethical Aspects of Presymptomatic Testing in Late-Onset
Neurological disorders, IBMC
Porto, 2005.

SHORT-TERM PSYCHOLOGICAL IMPACT OF PREDICTIVE TESTING FOR MACHADO-JOSEPH DISEASE: DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS IN INDIVIDUALS AT RISK FROM THE AZORES (PORTUGAL)

Gonzalez, C., M. Lima, T. Kay, C. Silva, C. Santos & J. Santos,
5th Meeting on the Psychological and Ethical Aspects of Presymptomatic Testing in Late-Onset
Neurological disorders, IBMC
Porto, 2005.

CARDIOPATIA CONGÊNITA COM ARACNODACTILIA – UM CASO CLÍNICO.

Teresa Lourenço

Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea

XLI Conferências de Genética -Instituto Genética Médica Jacinto Magalhães

Porto, 2005

UNIPARENTAL DISOMY OF CHROMOSOME 14 IN A GIRL WITH HEMIHYPERTROPHY AND DEVELOPMENTAL DELAY AND ROBERTSONIAN TRANSLOCATION (13;14)”

Teresa Lourenço

Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea

Le Bischenberg-Strasbourg

CARACTERIZAÇÃO POR CITOGENÉTICA MOLECULAR DE UM CROMOSSOMA MARCADOR SUPRANUMERÁRIO ANALFÓIDE EM MOSAICO”

Teresa Lourenço

Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea

9º Reunião Científica Anual da Sociedade de Genética Humana

Cascais

DISSOMIA UNIPARENTAL DO CROMOSSOMA 14

Teresa Lourenço

Serviço de Genética – Hospital de Dona Estefânea

Congresso do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, 2005