

VI Jornadas Internacionais de Neonatologia

XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia

Évora Hotel, Évora

5 e 6 de novembro de 2015



Livro de Resumos



Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Organização

Secção de Neonatologia da SPP

Comissão Científica

Rosalina Barroso

José Luís Nunes

Cristina Matos

Carmen Carvalho

Helder Ornelas

Comissão organizadora local

Ana Dias

Ana Serrano

António Galrito

Dora Fontes

Fernando Almeida

Helder Ornelas

Isabel Nabais

José Matono

Laura Barroso

Maria José Mendes

Sónia Antunes

Secretariado

Teresa Ribeira

Mail: seccao.neonatologia@gmail.com

Caros colegas e amigos,

A neonatologia é uma subespecialidade da pediatria relativamente nova iniciando-se como uma área altamente tecnológica e que tende a ser cada vez menos invasiva.

Foram vários os avanços que permitiram uma redução da mortalidade do recém-nascido prematuro: o transporte *in utero*, os corticóides prenatais, o "milagre" do surfactante, cuidados regionalizados (de que Portugal é um bom exemplo), ...

Com a evolução dos tempos a preocupação dos neonatologistas "transferiu-se" da mortalidade para a morbilidade, os cuidados passaram de centrados no doente a centrados na família, a ventilação tornou-se não invasiva, a maior importância da nutrição, sono, redução da infecção, luz, ruído e dor, variáveis conjuntas influenciando o neurodesenvolvimento.

Assim sendo, procurámos que as XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia/ VI Jornadas Internacionais "Minimal Invasive Neonatal Care", reflectissem a actual neonatologia: subespecialidade multidisciplinar em que os cuidados são mínimamente invasivos e em que a monitorização, a ventilação, a nutrição, o ambiente são preponderantes para a redução da morbilidade.

É um privilégio estas Jornadas acontecerem em Évora, o que só é possível graças ao empenho da Comissão Organizadora local que nos acolhe nesta cidade-museu considerada Património Mundial pela Unesco desde 1986. Tal como as suas muralhas guardam ruas e edificios praticamente inalterados ao longo dos séculos, também a neonatologia se mantém inalterada na procura de melhores cuidados ao recém-nascido e sua família.

Esperamos uma reunião amplamente participada, em que os temas sejam uma mais valia na prática clínica.

Rosalina Barroso

Presidente da Secção de Neonatologia

Participantes / Prelectores

Almerinda Pereira
Alvaro Cohen
Ana Cadete
Ana Luisa Neves
Ana Marques
André Graça
Anselmo Costa
B. Koletsko
Carmen Carvalho
Cristina Matos
Edite Costa
Elisa Proença
Euruco Gaspar
Filomena Pinto
Flávia Correa
Florbelá Neto
Gabriela Mimoso
Helder Ornelas
Helena Loureiro
Hercília Guimarães
Isabel Benavente
Isabel Nabais
Joana Imaginário
Jorge Correia Pinto
José Luis Nunes
Julio Moreno
Laura Barroso
Luis Pereira da Silva
Maria José Castro
Maria José Mendes
Marta Aguar
Marta Ferreira
Mary Coughlin
Paula Castro
Pedro Amorim
Pedro Silva
Rosalina Barroso
Sónia Antunes
Teresa Aguiar
Teresa Tomé

Programa

5 de Novembro de 2015

08.00 Opening

09.00 Conference Neurodevelopment and Nutrition - B. Koletsko

Chairman: Luís Pereira da Silva

PRENATAL DIAGNOSIS

Chairman: Helena Carreiro, Ana Serrano

09.45 Prenatal diagnosis - Alvaro Cohen

10.15 Fetal echocardiography - Ana Luisa Neves

10.45 Coffee break

11.15 Cerebral fetal ultrasound and MRI - Flávia Corrêa

11.45 Fetal surgery - Jorge Correia Pinto

12.15 Discussion

12.45 Symposium ABBVIE What's new about RSV protection?

13.30 Lunch and Posters: Isabel Nabais, Eurico Gaspar, Maria José Mendes, Cristina Matos, Carmen Carvalho

14.15 Opening session

14.30 Oral Communications: José Luís Nunes, Cristina Matos, Gabriela Mimoso, Marta Ferreira, Laura Barroso, Sónia Antunes

GLOBAL CARE

Chairman: Hercília Guimarães, Mary Coughlin

15.30 Light, sound and handling - Ana Cadete

16.00 Oral feeding - Ana Marques, Florbela Neto

16.30 Coffee break 17.00 Sleeping Care - Helena Loureiro

17.30 Pain management - Almerinda Pereira

18.00 Discussion

18.30 General Assembly

6 de Novembro de 2015

08.00 Oral Communications: Maria José Castro, Isabel Nabais, Maria José Mendes, Carmen Carvalho, Edite Costa, Eurico Gaspar

MONITORIZATION

Chairman: Filomena Pinto, Helder Ornelas

09.00 NIRS -Pedro Amorim

09.30 Echocardiography for neonatologists - Elisa Proença

10.00 aEEG - André Graça

10.30 Discussion

11.00 Coffee break

11.30 Conference Kangaroo care - Mary Coughlin

Chairman: Rosalina Barroso

12.15 Simposium GSK Strategies of vaccination against meningococcus B

13:00 Lunch and posters: Marta Ferreira, Edite Costa, Gabriela Mimoso, Laura Barroso, Sónia Antunes

NON INVASIVE VENTILATORY SUPPORT

Chairman: Teresa Tomé, Anselmo Costa

14.00 M.I.S.T. - Marta Aguar

14.30 High flow oxygen - Júlio Moreno

15.00 CPAP/BIPAP - Teresa Aguiar, Pedro Silva

15.30 Coffee break

16.00 NIV-NAVA - Isabel Benavente

16.30 Nurse/Therapist Respiratory Care - Joana Imaginário, Paula Castro

17.00 Discussion

17.30 Closing remarks

MAJOR SPONSORS

ABBVIE

DANONE NUTRICIA

NESTLE

SPONSORS

Air Liquide

Alter

Angelini

Dermoteca

Draeger

Ferring

Fisher&Paykel

GSK

Humana

Leti

Maquet

Medela

Orphan

Pfizer

Pierre Fabre

Pulmocor

Sanofi

Uriage

PRENATAL DIAGNOSIS

Prenatal Diagnosis - Álvaro Cohen

Aconselhamento, Diagnóstico, Prognóstico e terapêutica são as diferentes fases que integram a área do Diagnóstico Pré-natal . Falarei de cada uma delas, realçando a importância da multidisciplinaridade

Fetal echocardiography - Ana luisa Neves

Overview

Epidemiology of congenital heart disease, fetal and neonatal physiology, prenatal detection rates, fetal echocardiography indications, fetal echocardiography technique with examples of normal and congenital heart disease fetal echocardiograms and fetal echocardiography predictors for delivery planning will be presented.

Congenital heart disease is the most common class of birth defect, affecting 8 in 1000 live births, with approximately one-quarter of these children needing intervention in the first year of life. Perinatal death from CHD is the most common form of infant mortality. Effective screening for CHD before birth should be a public health priority. Advances in congenital heart surgery have improved survival rates for neonates and infants with CHD, and efforts are now being made to optimize perinatal and preoperative factors to promote improvements in outcomes. A diagnosis of CHD before birth allows prenatal counseling and coordination of delivery. Evidence now suggests that a prenatal diagnosis may lead to benefits in early postnatal status and outcomes in certain critical forms of CHD. Physiology of the perinatal circulation will be underlined. Fetal echocardiography indications and timing will be discussed. Components of a fetal echocardiography and technique explained. Some examples of normal and pathological fetal echocardiograms will be shown, as well as the neonatal outcome. Guidelines about fetal echocardiography predictors for delivery planning and how fetal echocardiography may impact the level of care and delivery plan will be presented.

In conclusion, congenital heart disease is the most common class of birth defect, with perinatal death from congenital heart defects being the most common form of infant mortality. Diagnosis of CHD before birth allows prenatal counseling and coordination of delivery plan and evidence now suggests that a prenatal diagnosis may lead to benefits in early postnatal status and outcomes in certain critical forms of CHD.

Cerebral fetal ultrasound and MRI – Flávia Correa

Descrição da técnica de estudo ecográfico do cérebro fetal

Papel da Ecografia e da RM no diagnóstico das seguintes patologias cerebrais:
Anomalias da Linha Média, Malformações da Fossa Posterior, Disgenesias Corticais,
Ventriculomegalia, Lesões Quísticas e Lesões Cerebrais associadas às Cardiopatias
Congénitas e à Restrição de Crescimento Fetal

Fetal surgery – Jorge Correia Pinto

Nos últimos anos, a investigação biomédica tem aprimorado as indicações e detalhes de técnicas de intervenção *in utero* recorrendo ou não a fetoscopia. Na apresentação apresenta-se o estado da arte e recentes avanços em quatro grupos de malformações congénitas: i. Hérnia diafragmática congénita, ii. Malformação adenomatóide cística congénita, iii. Mielomeningocelo, iv. Obstrução do trato urinário inferior. Na apresentação serão abordados os achados mais recentes sobre a fisiopatologia fetal destas condições clínicas que suportam os algoritmos clínicos de orientação perinatal destas entidades bem como os resultados clínicos mais recentes.

GLOBAL CARE

Light sound and handling – Ana Cadete

Neonatal Intensive Care (NICU) have undergone changes in practice in the last decades.

With improved perinatal and neonatal care, the survival rates of preterm infants have increased substantially. However long term development outcomes remain a concern with significant percentages of cerebral palsy , hearing and visual impairment and development social and cognitive delays .

Perinatal factors including cerebral injury have been implicated in adverse development, and in the recent years, attentions has shifted to the impact of NICU environment and handling on development trajectories. The bright and noisy environment is thought to adversely affect growth and development of the very preterm infant.

Influences of intrauterine and NICU environment in brain and sensorial development will be discussed, as well strategies to prevent deleterious effects of noise, light and handling in cerebral development.

Oral feeding – Ana Marques

A intervenção do terapeuta da fala na área da neonatologia é já uma realidade do nosso quotidiano. Integrando uma equipa interdisciplinar, o terapeuta da fala assume um papel de relevo nos cuidados prestados ao recém-nascido. No campo da sua atuação e tendo em conta que o processo de alimentação envolve muito mais que o simples mecanismo oromotor, o terapeuta da fala quando se desloca à neonatologia, não está somente a intervir ao nível da motricidade orofacial; mas também está a facilitar o desenvolvimento relacionado com as áreas do comportamento, tais como: o estado de consciência, a cognição, o desenvolvimento motor, neurológico, assim como a maturação fisiológica e a interação mãe-filho; com o objetivo de prevenir, detectar e minimizar as alterações do desenvolvimento neurosensorio e psicomotor, promovendo a alta hospitalar mais cedo do recém-nascido de risco. O terapeuta da fala é o profissional responsável pela: - Avaliação da motricidade orofacial (MOF) e da função alimentar nos recém-nascidos de risco; - Observação da interação pais – bebé; - Elaboração de um plano de intervenção tendo em conta as características individuais do recém-nascido de risco, segundo o método de Bobath; - Aplicação de técnicas específicas e facilitadoras do desenvolvimento neurosensoriomotor oral para os mecanismos orofaciais intervenientes na alimentação via oral; - Orientações aos pais e partilha de informações com a equipe. O terapeuta da fala que atua junto desta população tem conhecimentos específicos e realiza a sua intervenção com suporte na prática baseada na evidência na área da neonatologia, do desenvolvimento neurosensoriomotor e cognitivo do bebé, bem como, das capacidades miofuncionais orais para a função alimentar.

Oral feeding – Florbela Neto

A transição da alimentação por sonda para a alimentação oral é uma das etapas mais difíceis para os recém-nascidos prematuros. É um processo contínuo mas lento, que exige desenvolvimento fisiológico, independência respiratória e capacidade de coordenação da sucção, respiração e deglutição.

Conseguir que o bebé prematuro desenvolva as suas habilidades na alimentação é o grande desafio dos profissionais que trabalham em neonatologia. Em Portugal a prática de enfermagem e a experiência nesta área tão específica, não estão ainda devidamente refletidas e exploradas e os estudos realizados são escassos. Assim, emergiu a necessidade de compreender alguns aspetos da prática dos cuidados de enfermagem, relativos à transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro (RNPT).

Foram definidos os seguintes objetivos:

Conhecer as características do recém-nascido prematuro que, na opinião dos enfermeiros, são fundamentais para o início da alimentação oral;

Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem, que eles consideram promotoras da transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, do recém-nascido prematuro;

Contribuir para a elaboração de uma proposta de um guia orientador do início da alimentação oral no recém-nascido prematuro.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.

Realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros a trabalhar no serviço de neonatologia. A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Os resultados mostraram que os enfermeiros consideram o peso, a idade gestacional, a estabilidade fisiológica, a coordenação da sucção, deglutição e respiração, o aspeto geral e o envolvimento na alimentação como parâmetros fundamentais de avaliação para iniciar a alimentação oral no bebé prematuro. Consideram que posicionar o bebé, estimular os reflexos, controlar os níveis de stresse, monitorizar a temperatura do leite e controlar o fluxo de leite, são intervenções promotoras do desenvolvimento das competências alimentares.

Os enfermeiros são da opinião que a existência de um guia orientador, para além de dar segurança, promove o respeito pelas etapas de desenvolvimento do RNPT, promove a uniformidade e a parceria de cuidados, incentiva a formação, reduz a subjetividade e fomenta a prática baseada na evidência, mas deve ter uma estrutura simples, ser pequeno, prático e criterioso. Estas opiniões serviram de base para a construção de uma proposta do algoritmo do início da alimentação oral do recém-nascido prematuro.

Palavras-chave- Prematuro, competências alimentares, deglutir e sugar.

Pain management - Almerinda Pereira

Historicamente a dor no recém-nascido (RN), sua prevenção e controlo, eram desvalorizadas. No entanto, no RN a dor pode estar associada com procedimentos de rotina, exame físico, técnicas de diagnóstico e de tratamento. Há diversos estudos que demonstram a resposta à dor no RN.

A dor não tratada no período neonatal pode levar a consequências a longo prazo na sensibilidade e na resposta a estímulos dolorosos. Todas as unidades de neonatologia devem ter procedimentos e protocolos de prevenção, avaliação e tratamento da dor.

Sempre que possível devem ser evitados procedimentos que causem dor. A analgesia deve ser usada antes de procedimentos dolorosos com medidas não farmacológicas ou com medidas farmacológicas. O seu uso combinado destas medidas depende do procedimento em causa.

MONITORIZATION

Echocardiography for neonatologists - Elisa Proença

Apesar dos importantes avanços na capacidade de monitorizar parâmetros hemodinâmicos do recém-nascido, estes dão-nos apenas um conhecimento indireto e limitado da complexidade da função cardíaca, das alterações nas resistências vasculares periférica e pulmonar, dos *shunts* intra e extracardíacos e da circulação no período de transição.

O campo da hemodinâmica neonatal pode ajudar a esclarecer a patofisiologia subjacente a alguns dilemas clínicos e conduzir a escolhas terapêuticas mais dirigidas.

A ecocardiografia na UCIN começou por ser realizada por cardiologistas pediátricos, como um serviço de consultoria, com a principal intenção de excluir doença cardíaca estrutural, podendo fornecer uma avaliação da função no momento do exame.

Nos últimos anos a ecocardiografia funcional (fECO) tem sido desenvolvida e conduzida por neonatologistas, como uma extensão das capacidades clínicas, permitindo uma avaliação longitudinal e em tempo-real das alterações da hemodinâmica do RN em cuidados intensivos.

A ecografia tem sido utilizada de forma crescente em cuidados de “agudos”, nomeadamente por anestesistas e emergencistas e a eficácia dos não cardiologistas na avaliação da função do miocárdio e hemodinâmica sistémica tem-se revelado elevada.

Na UCIN a utilização da fECO está bem estabelecida num grande número de publicações com descrição de técnicas, limites normais, assim como dilemas clínicos comuns que se colocam ao neonatologista.

O impacto será maior se a técnica for de alta qualidade, abrangente e cuidadosamente integrada no cenário clínico.

A principal preocupação em relação à utilização de fECO por neonatologistas é o potencial risco de erro diagnóstico de cardiopatia congénita. Este é um risco real e, embora seja importante reconhecer que o neonatologista pode falhar o diagnóstico de cardiopatia congénita, a presença de uma anomalia estrutural cardíaca é quase sempre detectada, mesmo que o diagnóstico completo não seja feito.

Portugal apresenta um cenário que parece acompanhar a tendência na Europa, tendo vindo a aumentar o número de UCIN com ecocardiografia praticada por neonatologistas; no entanto, é necessário estabelecer em colaboração com a Cardiologia Pediátrica, um programa de formação e acreditação de competências, para padronizar a prática, reduzir o risco de erros de diagnóstico e otimizar o potencial da fECO.

Na prática a fECO permite avaliar e acompanhar mudanças da função cardíaca, *shunts* através dos canais fetais (PDA, PFO), fluxo sistémico e pulmonar e perfusão de órgãos, além de outras aplicações, como posicionamento de cateter central. Cenários como abordagem da hipotensão do RNMBP nas primeiras horas, avaliação do significado hemodinâmico de um canal arterial, diagnóstico e orientação na hipertensão pulmonar ou avaliação da perfusão em quadros de sépsis ou asfixia são alguns dos exemplos em que a ecocardiografia pode ajudar a orientar a conduta clínica.

aEEG – André Graça

O eletroencefalograma de amplitude integrada (aEEG) consiste numa técnica desenvolvida há mais de meio século para permitir a monitorização contínua da atividade elétrica cerebral, tendo vindo a ser progressivamente utilizada em unidades neonatais desde há cerca de 30 anos. No entanto, apenas na última década a sua utilização se generalizou nas principais unidades dos países desenvolvidos, encontrando-se ainda em implementação nas UCIN nacionais.

O aEEG consiste num registo contínuo do sinal de um ou mais canais de eletroencefalograma (EEG), que pode ser mantido por horas ou dias, sendo esse sinal modificado por filtragem, compressão temporal e retificação, de forma a permitir avaliar de modo contínuo a tendência da diferença entre a amplitude máxima e mínima do EEG em cada momento, denominando-se esta tendência EEG de amplitude integrada (aEEG). Ao contrário do que acontece com o EEG padrão, os padrões registados são relativamente simples de interpretar pelo Neonatologista, ficando sempre guardada a informação do EEG de base para que eventuais dúvidas possam ser esclarecidas posteriormente com o Eletrofisiologista. As classificações existentes permitem uma classificação num número limitado de padrões bem definidos, sendo necessário ter em considerações que determinados artefactos do traçado podem simular padrões de normalidade.

As suas aplicações no recém-nascido de termo estão bem estabelecidas, sendo sobretudo útil no diagnóstico e monitorização da resposta ao tratamento das convulsões neonatais, assim como na monitorização de bebés com encefalopatia neonatal, designadamente aqueles que são submetidos a tratamento com hipotermia induzida. A sua utilização no recém-nascido pré-termo ainda não está totalmente bem definida, existindo vários projetos de investigação que procuram avaliar a utilidade do aEEG no contexto de prematuridade, particularmente nos casos em que o risco de lesão neurológica é maior.

No entanto, as aplicações já consolidadas recomendam a sua rápida implementação na UCIN nacionais, assim como o estabelecimento de cursos de formação que permitam aos Neonatologistas portugueses adquirirem competência na sua utilização e interpretação.

NON INVASIVE VENTILATORY SUPPORT

CPAP/BIPAP – Teresa Aguiar e Pedro Silva

A Ventilação não invasiva (VNI) foi iniciada nos anos 70 e tem vindo a ser cada vez mais utilizada em Neonatologia, nomeadamente nos recém-nascidos prematuros.

O modo mais utilizado é o modo NCPAP (nasal continuous positive airway pressure) que tem várias indicações e é actualmente o método de eleição na sala de partos em prematuros que possuem estímulo respiratório. São abordadas as suas indicações e parâmetros a utilizar bem como as suas contra-indicações e critérios de falência. O modo de desmame desta modalidade é ainda controverso, sendo apresentadas os critérios para o mesmo.

Bilevel CPAP (BIPAP) é um modo em que se utilizam alternadamente 2 níveis de pressão expiratória (PEEP- positive end expiratory pressure), permitindo ao recém-nascido respirar livremente sob estes 2 níveis de pressão de base. É um modo relativamente recente e que necessita de ser ainda estudado. São apresentadas indicações e parâmetros a utilizar nas várias situações.

Nurse/Theraphyst Respiratory Care – Joana Imaginário e Paula Castro

Nesta comunicação será feita uma breve referência aos ventiladores que realizam ventilação não invasiva, assim como qual o material que é necessário para a sua execução, explicar-se á como fazer a seleção das toucas e interfaces a aplicar e abordar-se-á os cuidados de enfermagem que são realizados ao recém-nascido que é submetido a este tipo de terapia. Será também abordado o papel do Fisioterapeuta, integrado numa filosofia de cuidados para o neurodesenvolvimento, a nível da manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

COMUNICAÇÕES ORAIS

Comunicações Orais – Sessão 1 – Auditório Principal

Moderadores: Cristina Matos e Laura Martins

Quinta, 5 de Novembro, 14.30 h

CO12 - Dilatação Ventricular Pós-Hemorragia Peri-Intraventricular: Evolução E Fatores Determinantes Do Prognóstico A Curto-Prazo

CO52 - Acidente vascular cerebral perinatal: Experiência de 6 anos no Hospital de Braga

CO3 - Hurdles of a national surveillance of cerebral palsy. Overview of the first eight surveyed years in Portugal (birth-cohorts 2001-2008)

CO2 - MRI Patterns associated with function and comorbidities in 494 children from a SCPE affiliated National Registry

CO4 - Children with stroke in the Portuguese Surveillance of Cerebral Palsy Program

CO43 - Variáveis com influência no neurodesenvolvimento aos 2 anos dos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional ou menos de 1500g

Comunicações Orais – Sessão 2 – Sala Giraldo I

Moderadores: Gabriela Mimoso e Sónia Antunes

Quinta, 5 de Novembro, 14.30 h

CO86 - Recém-nascidos de muito baixo peso: avaliação do neurodesenvolvimento aos 2-3 anos. Experiência de uma consulta de risco neonatal

CO5 - Retinopatia da Prematuridade: Resultado dos últimos 10 anos

CO65 - Perinatal Outcome of Twins compared to Singletons with Similar Gestational Age: a Case-Control Study

CO27 - Recém-nascido de muito baixo peso: comparação dos resultados de uma Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido com os resultados a nível nacional

CO52 - Avaliação do estado nutricional aos 2 anos dos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional

CO73 - Avaliação da integração da simulação de técnicas no programa curricular do ensino pós-graduado de Neonatologia

Comunicações Orais – Sessão 3 – Sala Giraldo II

Moderadores: José Luis Nunes e Marta Ferreira

Quinta, 5 de Novembro, 14.30 h

CO6 - *Early-onset neonatal sepsis* – How to Predict?

CO40 - Early-onset sepsis in a Portuguese Neonatal Intensive Care Unit: trends in incidence and antimicrobial resistance over a 10-year period

CO51 - Blood-stream infection in Portuguese NICUs

CO46 - Infecção congénita a Citomegalovirus – casuística de 7 anos

CO16 - Surgical Site Infections In Newborn Infants

CO17 - Avaliação do impacto do uso de octenidina numa UCIN

Comunicações Orais – Sessão 4 – Auditório Principal

Moderadores: Carmen Carvalho e Isabel Nabais

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO55 - Via de parto e prematuridade – estudo retrospectivo de 5 anos de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais portuguesa

CO47 - Maternal transportation from a group I hospital to a group III hospital between 2010 -2014

CO28 - Impacto do diagnóstico pré-natal na detecção de anomalias congénitas numa Unidade de Neonatologia de Apoio Perinatal Diferenciado.

CO41 - Newborns from mothers with thyroid disease - data from a maternity

CO67 - Leite Materno em Prematuros na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais: a quantidade conta?

CO48 - Método Canguru (Mc) Em Unidades Nível 3 – O Que Pode Mudar Para Profissionais E Pais?

Comunicações Orais – Sessão 5 – Sala Giraldo I

Moderadores: Eurico Gaspar e Maria José Mendes

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO74 - Ecocardiografia Funcional Numa Unidade De Cuidados Intensivos Neonatal: Experiência Do Último Ano E Meio

CO53 - Patent ductus arteriosus in very low birth weight infants - experience of a Neonatal Intensive Care Unit

CO79 - Colestase neonatal – a realidade numa unidade de cuidados intensivos neonatais

CO30 - Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a realidade da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital terciário

CO75 - Epidemiology of procedural pain in neonatal intensive care units of Portugal

CO76 - Observational Study Research, Audit & Feedback, Or Benchmarking (One Of Them Or All Together?)
Neonatal Pain In Intensive Care Units Of Portugal

Comunicações Orais – Sessão 6 – Sala Giraldo II

Moderadores: Maria José Castro e Edite Costa

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO29 - Recém-nascidos prematuros de muito baixo peso: como ventilamos? 5 anos de experiência numa Unidade de Neonatologia de Apoio Perinatal Diferenciado

CO84 - Suporte ventilatório dos recém-nascidos de muito baixo peso e/ou idade gestacional inferior a 32 semanas - 10 anos de experiência

CO50 - Non-invasive neurally adjusted ventilatory assist (NIV-NAVA): Ventilação não-invasiva sincronizada em Recém-nascidos

CO56 - Fatores de risco para Displasia Broncopulmonar. A realidade de uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado

CO60 - Hemorragia Pulmonar em recém-nascido de muito baixo peso e/ou com idade gestacional < 32 semanas: estudo caso-controlo

CO13 - High Flow Nasal Cannula – initial experience of a NICU

POSTERS

POSTERS – Sessão 1 - Sala Diana

Moderador: Isabel Nabais

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P21 - Encerramento parcial do canal arterial in utero associado ao consumo materno de polifenóis: a propósito de 3 casos.

P22 - Colestase intra-hepática da gravidez e hemorragia intracraniana neonatal: a propósito de um caso clínico.

P26 - Do everybody measure gestational age the same way we do?

P34 - Defeito iatrogénico da parede abdominal em recém-nascido - a propósito de um caso clínico

P63 - Exposição pré-natal a antidepressivos – caso clínico

POSTERS – Sessão 2 - Sala Diana

Moderador: Eurico Gaspar

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P10 - Hiperecplexia - confirmação genética de um diagnóstico clínico.

P14 - DPG-plus syndrome: new report of a rare entity

P15 - Fetal Warfarin Syndrome – a case report

P39 - Microdeleção 22q11.2 - uma síndrome subdiagnosticada

P85 - Doença dos Peroxissomas - um caso severo de apresentação pré-natal

POSTERS – Sessão 3 - Sala Diana

Moderador: Maria José Mendes

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P31 - Hypertrophic pyloric stenosis on a Down syndrome infant with gastrostomy for long gap oesophageal atresia.

P32 - Severe pelvic malformations in a female newborn with caudal regression sequence

P35 - Gastrosquisis e onfalocelo – casuística de 11 anos

P81 - Aspeto atípico da cicatriz umbilical – sentinela para anomalias do úraco

P78 - Hipocalcemia neonatal: desafio diagnóstico

POSTERS – Sessão 4 - Sala Diana

Moderador: Cristina Matos

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P71 - Um Caso De Doença De Hirschsprung Familiar

P18 - Compressive cervical teratoma in an extremely premature newborn: procedures and outcome.

P38 - Hemangioendotelioma Kaposiforme associado a Síndrome de Kassabach-Merrit– um caso clínico

P37 - Higroma quístico e quilotórax recorrente em recém-nascido – caso clínico

P61 - Índice de apgar 0 ao 1º minuto

POSTERS – Sessão 5 - Sala Diana

Moderador: Carmen Carvalho

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P25 - A Case Of Alloimmune Thrombocytopenia With Neutropenia

P36 - Trombocitopenia neonatal – um desafio diagnóstico

P42 - O bebé amarelo na sala de partos.

P59 - Linfopenia no recém-nascido: será imunodeficiência primária (IDP)?

P83 - Trombocitopenia neonatal aloimmune: uma roleta russa.

POSTERS – Sessão 6 - Sala Diana

Moderador: Marta Ferreira

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P23 - Toxoplasmose Congénita – Quando se Falham os Rastreios

P87 - Serologia da rubéola na era vacinal: Estará garantida a imunidade de todas as grávidas??

P7 - *Risk factors for early-onset neonatal sepsis* – a one year analysis

P20 - Sépsis a *Streptococcus agalactiae* numa Unidade de Neonatologia

P45 - Mastite puerperal e infeção tardia a *Streptococcus do grupo B* em gémeos

POSTERS – Sessão 7 - Sala Diana

Moderador: Edite Costa

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P33 - Parotidite Aguda Neonatal por Streptococcus Grupo B, um caso clínico

P64 - Infecção associada ao cateter venoso central em Neonatologia

P80 - Artrite séptica no recém-nascido.

P62 - Good outcome of severe pertussis with respiratory failure, encephalopathy and hyperleukocytosis in a neonate

P9 - Severe community acquired bacterial hypoxic pneumonia in a neonate

POSTERS – Sessão 8 - Sala Diana

Moderador: Gabriela Mimoso

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P66 - Anomalia vascular do membro inferior esquerdo

P68 - Evaluation of Asymptomatic Newborns – Creation of a Paediatric Cardiology Appointment

P49 - Trombose venosa renal neonatal idiopática: a propósito de um caso clínico

P73 - Cardiopatias congénitas numa Unidade de Neonatologia – revisão dos últimos 3 anos

POSTERS – Sessão 9 - Sala Diana

Moderador: Laura Martins

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P1 - Neonatal esophageal perforation

P11 - O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e família na UCIN

P24 - Aleitamento Materno na ilha de São Miguel: que realidade?

P58 -Dejeção com sangue ao nascimento: e agora? – A propósito de um Caso Clínico

P82 - Enterocolite necrotizante: uma apresentação precoce, Numa Idade Gestacional Tardia

POSTERS – Sessão 10 - Sala Diana

Moderador: Sónia Antunes

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P8 - Avaliação do Crescimento no Primeiro Ano de Vida dos Recém-Nascidos Leves para a Idade Gestacional ou com Restrição do Crescimento Intra-Uterino Nascidos em 2013

P54 - Recém-Nascidos De Termo Com Baixo Peso - Fatores De Risco E Complicações

P57 - Restrição de crescimento fetal em recém-nascido pré-termo tardio e de termo – realidade de uma unidade neonatal

P69 - Hipotensão arterial no recém-nascido pré-termo: como avaliar?

P70 - Hyperglycemia in ELBW: prevalence, risk factors and outcome

COMUNICAÇÕES ORAIS

Comunicações Orais – Sessão 1 – Auditório Principal

Quinta, 5 de Novembro, 14.30 h

CO12 - Dilatação Ventricular Pós-Hemorragia Peri-Intraventricular: Evolução E Fatores Determinantes Do Prognóstico A Curto-Prazo

Mariana Miranda, Nádia Santos, Nídia Belo, Patrícia Maio, Ana Serrano.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Coordenador de Unidade: Dr. Helder Ornelas.

Diretor de Serviço: Dr. Helder Gonçalves.

E-mail do autor correspondente: mariana_f_miranda@hotmail.com

Objetivos: Estudar evolução da dilatação ventricular pós-hemorrágica (DVPH) e fatores que condicionaram prognóstico a curto-prazo, nos recém-nascidos (RN) de uma unidade de apoio perinatal diferenciado.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos RN com DVPH, de Janeiro/2004 – Dezembro/2014.

Hemorragia peri-intraventricular (HPIV) classificada segundo critérios de Volpe, considerando existência de enfarte venoso hemorrágico (EVH). Diagnóstico de DVPH e hidrocefalia segundo critérios de Levene.

Como fatores de evolução desfavorável foram considerados hidrocefalia, necessidade de terapêutica e tempo de internamento.

Fatores de prognóstico estudados: sexo, idade gestacional, peso à nascença, tipo de parto, índice de Apgar, corticoides pré-natais, ventilação mecânica, persistência canal arterial, grau de hemorragia.

Análise estatística com teste exato de Fisher para variáveis categóricas e Mann-Whitney/T-student para variáveis numéricas ($P\text{-value} < 0.05$).

Resultados: Identificados 92 casos de HPIV, 9 com EVH. Dois faleceram precocemente, 26 evoluíram para DVPH (4 HPIV grau I, 11 grau II e 11 grau III).

Hidrocefalia diagnosticada em 11 casos (42.3% das DVPH/12% das HPIV): 4 HPIV de grau II (36.4%) e 7 grau III (63.6%); 7 associados EVH (77.8% dos EVH); 5 realizaram punções evacuadoras, destes 3 (27.3%) necessitaram de derivação ventrículo-peritoneal (DVP); sem mortalidade associada.

Presença de hidrocefalia não afetou significativamente a duração do internamento. Nenhum dos fatores considerados influenciou o prognóstico a curto-prazo.

Conclusão: Menor prevalência de hidrocefalia na amostra do que relatada na literatura. Mesmo sem diferença estatisticamente significativa, a taxa de progressão para hidrocefalia foi 2 vezes superior na HPIV de grau III (versus grau II). Necessidade de colocação de DVP observada semelhante à relatada na literatura.

Palavras-chave: Dilatação ventricular pós-hemorrágica; Hemorragia peri-intraventricular; Hidrocefalia pós-hemorrágica.

CO52 - Acidente vascular cerebral perinatal: Experiência de 6 anos no Hospital de Braga

Joana Teixeira¹, Carla Sá², Sandra Costa³, Célia Barbosa⁴, João Fernandes⁵, Almerinda Pereira²

1. Serviço de Pediatria, Hospital de Braga, Braga, jiteixeira@hotmail.com
2. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga, Braga, carlamssa@gmail.com, almerindabarrosopereira@gmail.com
3. Consulta de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga, Braga, sandraocosta@hotmail.com
4. Consulta de Neuropediatria, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga, Braga, barbosacelia12@gmail.com
5. Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga, Braga, joaosfernandes@gmail.com

Objetivos: Estudar a incidência, fatores de risco, apresentação clínica, classificação, evolução e seguimento após acidente vascular cerebral (AVC) perinatal.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos recém-nascidos (RNs) de termo e pré-termo tardios com diagnóstico de AVC perinatal, de Janeiro 2008 a Dezembro 2013.

Resultados: Nos 17056 RNs foram diagnosticados 14 AVC perinatal (incidência 0.8/1000). 9/14 com fatores de risco. 13/14 sintomáticos, 1/14 assintomático. A mediana da idade ao diagnóstico foi 2 dias. As convulsões foram o sintoma mais frequente (13/14), sendo 3 clónicas focais, 1 clónica multifocal, 2 tónicas generalizadas, 3 tónicas focais e 4 subtis. Realizaram ecografia transfontanelar 10 RN sugerindo diagnóstico em 5. A ressonância magnética cerebral (RMN) confirmou o diagnóstico nos 14 RN. 6/14 AVC isquémicos arteriais, 7/14 trombozes venosas e 1/14 AVC hemorrágico. Os doentes com convulsões realizaram eletroencefalograma verificando-se alterações em 7/13. No estudo protrombótico aos RNs e pais, 3/14 apresentavam heterozigotia MTHFR e 2/14 trombocitopenia neonatal aloimune HLA. Nenhum RN teve recorrência AVC.

No seguimento em consulta de Neonatologia, a mediana da idade atual é 3 anos e 10 meses (mínimo 24 meses, máximo 7 anos). 7/14 necessitaram fisioterapia, 3/14 terapia da fala. 2/14 apresentam atraso do desenvolvimento psicomotor e epilepsia associado em 1 a hemiparésia de predomínio braquial.

Conclusões: Este estudo vem reforçar a necessidade de manter alto índice de suspeição para AVC perinatal e a importância da RMN e angio-RMN na classificação e estudo etiológico do AVC perinatal. O nosso seguimento dos doentes demonstrou o bom prognóstico do AVC perinatal, havendo sequelas em 2/14 RN.

Palavras-chave:

Acidente vascular cerebral perinatal, convulsões, ressonância magnética cerebral, sequelas.

CO3 - Hurdles of a national surveillance of cerebral palsy. Overview of the first eight surveyed years in Portugal (birth-cohorts 2001-2008)

D. Virella 1, T. Folha 1, A. Cadete 3, M.G. Andrada 4, R. Gouveia 5, J. Alvarelhão 6, E. Calado 7

1 Research Center, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 2 Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal; 3 Physical Therapy and Rehabilitation Dept., Hospital Dr Fernando Fonseca, Amadora Portugal; 5 Portuguese Society of Neurodevelopment Paediatrics, Portugal; 6 Escola Superior de Saúde, University of Aveiro, Portugal; 7 Paediatric Neurology Dept., Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Background. Active epidemiological surveillance of cerebral palsy (CP) provides evidence for trends in prevalence, severity and inclusion and to support adequate care. **Aim.** An overview of difficulties and drawbacks of the first 8 years of the Portuguese Surveillance of Cerebral Palsy at 5 years of age (PVNPC5A) is presented. **Methods.** PVNPC5A is a national registry; it actively registers 5-years-old children with CP, using multiple sources and active recapture strategies (allowing indefinite register of missed cases). It shares definitions, classifications and tools with SCPE. Children born in 2001-2008, both 5-years-old survivors and deceased at an earlier age were included. Official demographic data are used as denominators. Prevalence rates of CP at age 5 are given for birth-cohorts (BC). **Results.** 1172 cases were registered (52 deceased). BC prevalence was 1.99‰ in 2006, 1.45-1.68‰ in 2007-10 and $\leq 0.7\text{‰}$ onwards. Cases born in Portugal are 94%. Sources are healthcare (81%), education (17%) and deaths register (1.7%); notifiers are physicians (94%) (physiatrists 65%, paediatric neurologists 18%, paediatricians 17%), therapists, nurses, teachers, social workers; multiple notifiers (25.7%) or sources (16.6%) coexisted. The clinical questionnaire is absent in 73 cases (6%). Missing values for CP classification are 7%, birth variables 13-24%, GMFCS/BFMF 14-16%, cognition 20%, hearing impairment 23%, MRI classification 54%. No temporal trend was seen for predominant spastic CP cases; cases reported with GMFCS grades IV-V are 36-43% in 2001-4 BC and 45-53% in 2005-8 BC. Cases born at term are 54-60% in 2001-6 BC; in 2007-8 BC 54-59% are born preterm. **Conclusions.** A sustained, active surveillance of CP requires multiple sources and recapture strategies for adequate coverage, validity and representativeness on a population and region basis. Private and state support is primal. Special care should be taken when analyzing data with inadequate coverage or notification biases.

CO2 - MRI Patterns associated with function and comorbidities in 494 children from a SCPE affiliated National Registry

Cadete A, Virella D, Folha T, Andrada MG, Conceição C., Gouveia R, Alvarelhão J, Calado E on behalf of the **National Surveillance of Cerebral Palsy in Portugal among 5-year-old Children**, Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC) and Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE)

Background and Aims. Magnetic resonance imaging (MRI) is an important tool in the characterization of cerebral palsy (CP). The function and morbidity of children with CP are described according to their MRI.

Methods – Cross-sectional study based on active surveillance data of 5-years-old children born in Portugal in 2001-2006, reported to the National Surveillance of Cerebral Palsy in Portugal. SCPE definitions, functional classifications (GMFCS, BMFM, MACS, IQ, vision, hearing, communication) and MRI classification of pediatric MRI based on the predominant pattern (Krägeloh-Mann et al.) were used. Chi-squared test and relative risks were calculated.

Results – In 1107 children, MRI was performed in 613 and a report was available for classification in 494 (17 deceased before 5yoa were excluded). The sample included 58% born at term, 81.7% with spastic CP (66.4% bilateral), 7.4% had post-neonatal CP. The predominant MRI pattern was: Congenital anomaly (A) 14.2% (70), White matter lesion (B) 37.7% (186), Grey matter lesion (C) 32.2% (145), non-classified 10.1% (50) and Normal 7.9% (39). Highly significant differences on functional severity assessments and prevalence of morbidities were found. Overall, the best outcomes were found in children with pattern B MRI. Comparing levels IV-V with levels I-II, patterns B vs. C had a RR = 0.62 [95%CI 0.473-0.822] for GMFCS and 0.42 [95%CI 0.311-0.571] for BFMF, a RR of IQ<50 0.61 [95%CI 0.464-0.803] and for epilepsy, a RR = 0.69 [95%CI 0.531-0.906]. Among the patterns most predominant in children born at term, a RR = 1.29 [95%CI 1.037-1.602] for epilepsy if pattern A vs. C.

Conclusions - Major morbidity and function in children with CP are strongly associated with the predominant patterns found in MRI. Early MRI may be a useful aid for prediction of later outcomes.

CO4 - Children with stroke in the Portuguese Surveillance of Cerebral Palsy Program

Eulália Calado, Daniel Virella, Ana Cadete, Teresa Folha, Carla Conceição, Rosa Gouveia, Joaquim Alvarelhão, Maria da Graça Andrada, on behalf of Programa de Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal (PVNPC5A), Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC) and Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE).

Background and Aims. The Portuguese Surveillance of Cerebral Palsy at Age 5 (PVNPC5A) is a population-based national registry, affiliated to SCPE. Children with cerebral palsy (CP) and stroke registered in the PVNPC5A are described.

Methods. Cross-sectional analysis of 5-years-old children born on 1996-1997 and 2001-2009, registered in the PVNPC5A with positive diagnosis of stroke or suggestive MRI report. Common SCPE definitions, classifications and tools were used. CP type was given by the predominant clinical features.

Results. Among 1332 registered children, 85 stroke cases were identified (MRI mentioned in 70), 47 with ischemic middle cerebral artery stroke (55%). Stroke was mentioned in 9.8% of the CP cases (annual range 3.3-14.5%). There was no gender predominance (48 males, 56.5%) but of born at term (62), singletons (71) and adequate for gestational age (60) children. A perinatal or neonatal cause is mentioned in 61 cases, 15 had seizures on the first 72 hours after birth and 31 cases were admitted to the NICU. CP was spastic in 84 cases (1 case was dystonic), unilateral in 71 (right-sided in 47); in 12 cases 4 limbs were affected (8 term born children). GMFCS was levels I-II in 86%, BFMF 77%, MACS 72%, feeding ability 81%, verbal expression 79% and drooling control 81%; IQ<70 in 35% (21% IQ<50; 81% with associated epilepsy). Active epilepsy was reported in 32 cases (39%). Six children had no early inclusive education. None of the 4 major severity parameters (GMFCS IV-V, epilepsy, IQ<70, subvision) was present on 60% of the children (vs. 30% children with CP without stroke).

Conclusions. BS causes circa 10% of CP cases in Portugal. Despite most of the cases having high functional unilateral spastic CP, an important proportion of cases is severely affected. Prevention and treatment of paediatric BS contributes to the prevention of CP.

CO43 - Variáveis com influência no neurodesenvolvimento aos 2 anos dos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional ou menos de 1500g

Eugenia Matos¹, Catarina Costa², Susana Rebelo Pacheco¹, Tânia Moreira¹, Cristina Trindade¹, Manuel Cunha¹,

Mail: manuelsousacunha@gmail.com

¹Unidade Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais – Chefe de Serviço Dra Rosalina Barroso, ²Unidade de Produção, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E

Objetivo: As crianças com muito baixo peso ao nascer apresentam elevado risco de complicações no período neonatal, sendo as alterações do neurodesenvolvimento importantes sequelas. Pretendemos analisar as variáveis perinatais com influência no neurodesenvolvimento aos dois anos em recém-nascidos (RN) com menos de 32 semanas de idade gestacional (IG).

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo, através de revisão de Fichas da Base do Registo Nacional do Muito Baixo Peso (RNMBP) e dos processos clínicos de 2009 a 2012. Grupo 1 com seguimento (avaliação aos 2 anos) e Grupo 2 sem seguimento. Considerámos sequelas major necessidade de prótese auditiva, cegueira, paralisia cerebral ou quociente de desenvolvimento inferior a 80. Análise estatística efetuada com STATA[®]v13, considerando um nível de significância estatística de 0,1.

Resultados: Registo de 348 RN no RNMBP. Exclusão de 88: 26 por transferência e 62 óbitos. Dos 260 incluídos, 152 (58,4%) com seguimento.

Não encontramos diferenças significativas entre os grupos 1 e 2, exceto no índice SNAPPE 2 e persistência de canal arterial.

No grupo 1 o p50 da IG foi 30s, o p50 do Peso ao nascer foi 1200g e 62% não apresentaram sequelas major.

O género feminino tem menor risco de sequelas, comparativamente ao masculino (OR 0.5493; p:0.0990).

A presença de hemorragia intraperiventricular (HIPV) grau 3 representa um risco 11 vezes superior de sequelas, relativamente a hemorragia grau 0 (OR 11.78; p:0.002)

Conclusão: A avaliação aos 2 anos mostrou uma percentagem elevada de crianças com sequelas, sendo de maior risco o género masculino e a existência de HIPV grave.

Palavras-chave: muito baixo peso, neurodesenvolvimento, prematuridade, sequelas

Comunicações Orais – Sessão 2 – Sala Giraldo I

Quinta, 5 de Novembro, 14.30 h

CO86 - Recém-nascidos de muito baixo peso: avaliação do neurodesenvolvimento aos 2-3 anos. Experiência de uma consulta de risco neonatal

Patrícia Maio, Nídia Belo, Mariana Miranda, Sónia Antunes, Maria José Mendes, Ana Serrano

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Consulta de Risco Neonatal, Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), E.P.E.

Coordenador de Unidade: Dr. Helder Ornelas.

Diretor de Serviço: Dr. Helder Gonçalves.

E-mail do autor correspondente: patriciaspmaio@gmail.com

Objectivo: Avaliar o neurodesenvolvimento entre os 2-3 anos dos recém-nascidos (RN) com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou peso ao nascer < 1500 g ou gémeos dos RN com muito baixo peso (MBP).

Métodos: Estudo retrospectivo. O grupo de estudo são os RN de MBP internados na Unidade de Neonatologia do HESE, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012, seguidos em consulta de risco neonatal. A avaliação do neurodesenvolvimento foi realizada entre os 2-3 anos, pela escala de Schedule of Growing Skills II, a partir do qual foi calculado o quociente de desenvolvimento (QD).

Resultados: No período em análise estiveram internados na Unidade de Neonatologia 165 RN com MBP, tendo ocorrido 10 óbitos. Aos 2-3 anos, 53 crianças mantinham seguimento em consulta de risco neonatal. Trinta e uma crianças eram do género masculino e 14 gemelares. A idade gestacional média foi 29 semanas (mín. 25, máx. 33). O peso ao nascer médio foi de 1211g (mín. 494, máx. 1760). Na avaliação do neurodesenvolvimento 2 crianças apresentavam atraso grave ($QD \leq 70$), 2 atraso moderado ($QD 71-84$) e uma paralisia cerebral. Das crianças com alterações do neurodesenvolvimento, 2 apresentavam perturbação de espectro do autismo e 1 atraso na linguagem. Quarenta e três casos tinham apoio multidisciplinar, sendo mais frequente através das equipas de Intervenção Precoce (31 casos).

Conclusões: Pelo risco neurobiológico acrescido, o seguimento dos RN de MBP é crucial e permite monitorizar e otimizar a assistência prestada nas UCIN, bem como a qualidade de vida dos sobreviventes.

Palavras-chave: Muito baixo peso, neurodesenvolvimento

CO5 - Retinopatia da Prematuridade: Resultado dos últimos 10 anos

Inês Coutinho¹, Catarina Pedrosa¹, Mário Ramalho¹, Mafalda Mota¹, Sofia Azeredo-Lopes², Graça Pires³, Susana Teixeira³, Manuel Cunha⁴

¹Interno de oftalmologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

²Consultor estatístico da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa

³Assistente hospitalar graduado de oftalmologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

⁴Assistente hospitalar graduado de pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

inescorga@gmail.com

Objectivo: A retinopatia da prematuridade (ROP) consiste numa alteração vasoproliferativa da retina em recém-nascidos pré-termo, sendo uma importante e evitável causa de baixa visão na infância.

Com este trabalho pretendeu-se avaliar a incidência e os principais factores de risco associados ao desenvolvimento da ROP, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, nos últimos 10 anos.

Métodos: Estudo observacional e retrospectivo realizado entre 2009 e 2014, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, que incluiu os recém – nascidos com idade gestacional <32 semanas.

Foram analisados factores maternos, pré-natais e neonatais, associados ao desenvolvimento da ROP.

Para a análise estatística recorreu-se ao programa SPSS[®]. Realizou-se uma análise uni e multivariável e utilizados modelos de regressão logística múltipla, com nível de significância $\alpha=0,05$.

Resultados: Foram estudados 527 prematuros com idade <32 semanas, dos quais 165 desenvolveram ROP, com necessidade de tratamento em 45 doentes.

Na análise univariável foram factores de risco para o desenvolvimento da ROP infecção materna na gravidez, o baixo peso ao nascer, baixa idade gestacional, baixo APGAR ao 5º minuto, necessidade de oxigenoterapia nos primeiros 28 dias, alto valor de CRIB e SNAPPE2, uso de surfactante, síndrome de dificuldade respiratória, persistência do canal arterial e presença de hemorragia peri-intraventricular.

Na análise da regressão logística múltipla obteve-se como factores de risco independente para a ROP a presença de infecção neonatal, síndrome de dificuldade respiratória, persistência do canal arterial e alto valor na escala neonatal SNAPPE2.

Conclusões: Observou-se uma taxa de incidência de 31,02% da ROP, com factores de risco semelhantes a outros estudos.

Palavra –chave: Factores de risco, Prevalência, Retinopatia da prematuridade

CO65 - Perinatal Outcome of Twins compared to Singletons with Similar Gestational Age: a Case-Control Study

Autores: Nádia Santos¹, Vera Almeida¹, Raquel Costa¹, Mariana Miranda¹, Ana Codorniz², Dora Fontes¹, Maria José Mendes¹

1. Neonatal Unit, Pediatrics Department, Hospital Espírito Santo EPE, Évora, Portugal.

Neonatology Unit Coordinator: Dr. Helder Ornelas

Pediatrics Department Director: Dr. Helder Gonçalves

2. Obstetrics and Gynaecology Department, Hospital Espírito Santo EPE, Évora, Portugal. Department Director: Dr. Joaquim Carvalho

E-mail: nadasantos15@hotmail.com

Aims: Compare perinatal outcome of twins versus singletons, adjusted for gestational age (GA).

Methods: Retrospective case-control study comparing twins and singletons with similar GA (± 1 week), born in a hospital with tertiary neonatal care unit, between January 2009 and December 2014.

Groups were compared for maternal age, medical problems of pregnancy, prenatal care, antenatal steroids, caesarean section, birthweight, intrauterine growth restriction (IUGR), Apgar score, neonatal mortality and morbidity.

Statistical analysis was performed with the SPSS® version 23.0, using Student's T test and Chi-square test or Fischer's exact test for continuous and categorical variables, respectively. *p-value* < 0.05 was considered significant.

Results: 164 twins and 164 singleton were compared. Neonatal mortality was lower in twins (0.6% vs. 1.8%).

Above 32 weeks of GA, birthweight was significantly lower in twins (2198 ± 547 vs. 2492 ± 720 g, *p*=0.001),

Prenatal care (98.8% vs. 88.4%, *p*=0.000), IUGR (22.6% vs. 9.8%, *p*=0.002) and caesarean section (86.0% vs. 48.2%, *p*=0.000) were more frequent in twins. They were more frequently admitted in neonatal care unit (53.7% vs. 42.1%, *p*=0.036), but without significant difference in length of stay. Twins with more than 32 gestational weeks developed less respiratory distress syndrome (6.5% vs. 14%; *p*=0.04). No significant differences were observed in maternal age, medical complications of pregnancy, antenatal steroids, Apgar score, neonatal sepsis, ventilation rate, phototherapy or cranial ultrasound abnormalities.

Conclusion: Although twins had a lower birthweight, their outcome were more favourable compared to singletons when matched for GA. Our results were consistent with other studies.

Keywords: twins, singletons, perinatal outcome

CO27 - Recém-nascido de muito baixo peso: comparação dos resultados de uma Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-nascido com os resultados a nível nacional

Ana Serrano, Miguel Galrito, Fernando Almeida, José Matono, Isabel Nabais, Maria José Mendes, Laura Martins, Sónia Antunes, Dora Fontes, Helder Ornelas

Unidade de cuidados intensivos neonatais do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Coordenador de unidade: Dr. Helder Ornelas.

Director de Serviço: Dr. Helder Gonçalves.

E-mail do autor correspondente: amr.serrano@gmail.com

Objectivos

Comparar os resultados da unidade de cuidados intensivos ao recém-nascido (UCIRN) do Hospital de Évora (HESE) com os nacionais.

Métodos

Grupo de estudo: RN de muito baixo peso (MBP) admitidos na UCIRN do HESE entre 01/01/2010 e 31/12/2013.

Grupo controlo: RN de MBP em Portugal no mesmo período.

Compararam-se:

- Dados pré e perinatais: vigilância da gravidez, corticoterapia pré-natal, outborn, gemelaridade, parto, sexo, índice de Apgar (IA) <7 ao 5º minuto, idade gestacional (IG), peso ao nascer (PN);

- Resultados: sobrevivência, necessidade de oxigénio (O₂) na alta, retinopatia da prematuridade (ROP), hemorragia peri-intraventricular (HPIV) grave, leucomalácia periventricular (LPV) quística e tempo de internamento.

Dados colhidos do Registo Nacional do MBP.

Tratamento estatístico: teste do Qui-quadrado ou exacto de Fisher para variáveis categóricas e Mann-Whitney para variáveis numéricas (*p-value* <0.05).

Resultados

Neste período nasceram 4.517 RN MBP em Portugal, 112 (2.5%) no HESE.

Nos dados perinatais houve diferença estatisticamente significativa nos outborns (11.6% HESE/6.2% Nacional), gemelaridade (21,4% HESE/33,7% Nacional) e grupo PN ≥500g <750g (1.8%HESE/10.1% Nacional).

Sem diferença estatisticamente significativa em nenhum dos resultados considerados.

Conclusão

A percentagem significativamente maior de outborns no HESE relaciona-se, provavelmente, com a extensão geográfica da sua área de influência. A diferença encontrada na gemelaridade e no grupo com PN <750g (sem diferença na IG) pode ser justificada por serem gravidezes de alto risco com necessidade de intervenções em centros mais diferenciados.

Os resultados nos dois grupos são sobreponíveis.

Palavras-chave: muito baixo peso; recém-nascido

CO52 - Avaliação do estado nutricional aos 2 anos dos recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional

Tânia Moreira, Eugenia Matos, Susana Rebelo Pacheco, Cristina Trindade, Manuel Cunha

Mail: manuelsousacunha@gmail.com

Filiação: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais – Chefe de Serviço Dra Rosalina Barroso. Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. E.P.E. Amadora

Objetivos: As crianças com muito baixo peso ao nascer apresentam elevado risco de complicações neonatais e desnutrição a longo prazo. Pretendemos caracterizar os recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) inferior a 32 semanas e analisar o efeito do leite materno (LM) no período neonatal, na somatometria aos dois anos.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo das fichas da Base do Registo Nacional de Muito Baixo Peso (RNMBP) e revisão dos processos clínicos de 2009 a 2012. Grupo 1 com seguimento (avaliação aos dois anos) e Grupo 2 sem seguimento. Análise estatística efetuada com SPSS[®], considerando nível de significância estatística de 0,05.

Resultados: Registo de 348 RN no RNMBP. Exclusão de 86: 24 por ausência de informação e 62 óbitos. Dos 262 incluídos, 158 (60,3%) tiveram seguimento. Grupo 1: idade média de avaliação 27 meses (22-51) e de início de alimentação entérica exclusiva (AEE) 18 dias (2-87). Encontrámos diferenças significativas entre o z-score do peso e comprimento ao nascer, alta e seguimento.

As variáveis com importância estatisticamente significativa no z-score do peso da alta foram o z-score do peso de nascimento (PN) e LM, quando corrigido para a IG; no z-score do peso no seguimento foram IG, z-score do PN, idade de início AEE, tempo AEE e LM. Corrigindo para as restantes variáveis, apenas o z-score do PN (p:0.016;IC95%:0.081-0.78) e tempo de AEE (p:0,006;IC95%:(-0.0162;-0.0028) foram estatisticamente significativos.

Conclusão: Verificamos uma alteração significativa do estado nutricional aquando da alta e não recuperada aos dois anos. Não podemos inferir o papel do LM no estado nutricional aos dois anos.

Palavras-chave: aleitamento materno, muito baixo peso, nutrição, prematuridade, z-score.

CO73 - Avaliação da integração da simulação de técnicas no programa curricular do ensino pós-graduado de Neonatologia

Pedro Garcia^{1,2}, Daniel Virella², Ana Pita², Patrícia Rodrigues², Sérgio Pinto², Andreia Mascarenhas², Ema Leal², Ana Bettencourt³, Cristina Matos³, Maria Teresa Neto^{1,2}, Micaela Serelha².

1 - Centro de Simulação de Técnicas em Pediatria (CSTP), Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa. 2 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central. 3 - Serviço de Pediatria da Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Introdução. Em 2014, a simulação, foi integrada no ensino e treino dos internos em estágio de perinatologia e de cuidados intensivos neonatais no Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Objectivo. Avaliar a aceitação pelos formandos da implementação da simulação como metodologia de ensino e treino, no programa curricular dos estágios de perinatologia e cuidados intensivos neonatais do programa de formação do internato complementar de pediatria médica.

Métodos. Entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015, foram ministradas, a grupos de 6-7 formandos, sessões de simulação com cerca de 3 horas, compreendendo simulação de técnicas invasivas e simulação avançada com cenários. No final, foram avaliados aspectos logísticos, pedagógicos e motivacionais das sessões, aplicando um questionário voluntário, anónimo, com respostas abertas e em escala de Likert (1-10).

Resultados. De 35 formandos participantes, 29 responderam ao questionário. A classificação (média±desvio padrão) da qualidade das instalações do CSTP foi Muito Boa (8,7±1,2); a qualidade dos modelos, Boa (8,4 ± 1,3). A avaliação dos formadores foi Muito Boa quanto aos conteúdos (9,9±0,4), à clareza e efectividade na demonstração (9,6±0,8) e à disponibilidade para o ensino individualizado (9,2 ± 0,8). As técnicas e os cenários terão aumentado a segurança (8,7±1,2) e a destreza (8,1±1,2) nas técnicas e os cenários permitiram aproximação à realidade clínica (9,0±1,2). A utilidade global da aula foi considerada Muito Boa (9,7±0,7).

Conclusões: A integração da simulação de técnicas e da simulação avançada na formação dos internos em perinatologia e cuidados intensivos neonatais é possível e adapta-se às suas expectativas e necessidades formativas.

Palavras-chave: internato, neonatologia, pediatria, simulação, técnicas.

Comunicações Orais – Sessão 3 – Sala Giraldo II

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO6 - *Early-onset neonatal sepsis* – How to Predict?

Madalena Sales Luís¹, Rita Barreira¹, Vera Almeida^{1,2}, Mónica Marçal¹, Madalena Lopo Tuna¹

1.Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2. Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora

Background

The identification of neonates at risk for early-onset sepsis (EOS) is frequently based on perinatal risk factors that are neither sensitive nor specific, which might lead to antibiotic administration to uninfected newborns. Kaiser score gives the probability of neonatal EOS based on maternal risk factors and infant's clinical presentation.

Methods

Retrospective analyses of the medical records from all infants born in 2014 in a Lisbon Maternity, with risk factors for EOS who were screened and application of the Kaiser Score (<http://www.dor.kaiser.org>) to the same newborns. Statistical analysis comparing usual EOS screening with Kaiser score.

Results

From the total of 532 newborns, 24 had EOS. The main risk factor was maternal systemic bacterial infection. Of the 24 infants 79% (n=19) presented clinical conditions, the most frequent were feeding difficulties and *respiratory distress syndrome*. The maximum value of protein-C-reactive was 12.4 mg/dL and the greater NiNt value was 0.45.

Application of Kaiser Score to our sample revealed: a) no need of sepsis laboratory evaluation in 96.8% (n=515), b) blood culture in 2.3% (n = 12) and c) start empirical antibiotics in 0.9% (n=5). In the first group we had 8 clinical sepsis, in the second group 8 and in the third 3. All blood cultures were negative.

Conclusion

The authors consider that Kaiser Score is useful in the risk stratification of these infants. However, in a small percentage of sepsis the score suggested no evaluation taking into account the absence of symptoms. Our results emphasize the importance of clinical findings together with laboratory evaluation.

Key-words: early-onset sepsis, kaiser Score, newborn, risk factors

E-mail para correspondência: madalena.salesluis@gmail.com

CO40 - Early-onset sepsis in a Portuguese Neonatal Intensive Care Unit: trends in incidence and antimicrobial resistance over a 10-year period

C Gomes, N Lourenço, C Resende, D Faria, I Silva

Neonatal Intensive Care Unit – Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra, Portugal

claragomes.ped@gmail.com

Keywords: early-onset, newborns, *Streptococcus*, sepsis

Introduction: Despite improved obstetrical management and evidence-based use of intrapartum antimicrobial therapy, early-onset sepsis (EOS) remains an important cause of morbidity and mortality amongst newborns. Prevention of Group B *Streptococcus* (GBS) have changed during this years, from a risk-based to a screening-based approach.

Aim: Determine trends in incidence, causative microorganisms and antimicrobial resistance.

Methods: Retrospective analysis of medical records and microbiological data of newborns with EOS in the first 72hours of life, over 10 years, 2005-2014. Sepsis: signs/symptoms compatible with laboratory studies suggestive of infection (WBC>30.000/μL or <5.000/μL, platelet count <100.000/μL, CRP>2mg/dL), despite blood culture results.

Results: Among a total of 29.399 live births (LB), 108 newborns developed EOS (3,76 per 1.000LBs). Twenty-nine had positive blood cultures.

The most frequently isolated bacteria were GBS 0,54‰, *E. coli* 0,24‰. The incidence during the risk based approach and screening –based approach period were, respectably, 0,57‰→ 0,41‰ for GBS and 0,28‰→ 0‰ for *E.coli*, p=ns.

Were term 69% with GBS; 71% with *E. coli* were preterm.

Ampicillin and gentamicin were the main antibiotics used. SGB showed no resistance to penicillin as well as *E. coli* to gentamicin.

Lethality occurred in 7 newborns (86% preterm), 5 with positive blood cultures.

Conclusion: The rates of EOS were low and did not change significantly during the study period. In agreement with literature, GBS was the most frequent pathogen in term newborns and *E. coli* in preterm, with low levels of resistance to commonly used antibiotics. Efforts should be made to avoid missed opportunities for GBS prevention.

CO51 - Blood-stream infection in Portuguese NICUs

Data from the Portuguese National Registry HI in the NICU.

Directorate General of Health

Maria Teresa Neto, Alexandra Almeida

On behalf the Study Group

PPCIRA - Directorate General of Health

Study Group: Cristina Resende, Almerinda Pereira, Ana Lúcia Maia, M^a José Mendes, M. Teresa Neto, Ermelinda Mendes, Olga Voutsen, Edite Costa, Margarida Cabral, Margarida Abrantes, Luísa Malheiro, Eunice Soares, Carla David, Teresa Cezanne, Alexandra Almeida, Anabela João, Mónica Marçal, Susana Pissarra, Teresa Caldeira.

Objectivo – Estudar a epidemiologia de sépsis com culturas positivas de doentes internados em UCIN portuguesas.

Doentes - RN com sépsis de origem materna(IM) ou hospitalar(IH) com cultura positiva do sangue ou de outros fluídos supostamente estéreis, com alta entre 1-01-2008 e 27-06-2015.

Resultados – Houve 34784 episódios de alta-17% RNMBP, 17,1% IG<32 semanas, 3,9% operados; 28,7% tiveram CVC(134422 dias de CVC); houve 47890 dias de tubo traqueal e 500344 dias de internamento. Foram registados 2299 episódios de sépsis com culturas positivas, 367(16%) IM e 1874(81,5%)(em 1817 RN) IH. A mediana de PN e de IG foi mais baixa no grupo da IH onde MBP e prematuridade foram mais frequentes; quer a IH quer a IM foram mais frequentes entre os MBP e os grande PT com diferença significativa(IC 95%) $p<0,000000$). A taxa de septicémia associada ao CVC foi 1/1000 dias de CVC. Predominaram bactérias de Gram+(76,5%) mais frequentes na IH. Na IM foram identificados 130 SGB, 13 *Listeria* e 51 *E.coli*. Na IH foram identificados 1406 *Staphylococcus* (75%) dos quais 221 *S.aureus* e 1185 SCN (63,2%). Houve ainda 105 *Kl spp* (5,6%) , 75 *E.coli* e 53 fungos; 67% das estirpes de *E.coli* eram resistentes à ampicilina, 44,8% *Kl spp* resistentes ao cefotaxime, 24,6% dos *S.aureus* resistentes à meticilina; 93% dos SCN eram resistentes à meticilina, 84,5% à gentamicina. Não foi encontrada resistência à vancomicina.

Comentários: Com este estudo, possível devido ao Registo nacional,temos uma visão abrangente da epidemiologia da infecção em UCIN portuguesas nomeadamente origem, população mais afectada, microrganismos mais frequentes e sua resistência.

CO46 - Infecção congénita a Citomegalovirus – casuística de 7 anos

João Rio Martins¹, Sofia Morais², Eulália Galhano³, Margarida Fonseca²

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2- Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

3- Serviço de Obstetrícia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

e-mail: martins.joaodaniel@gmail.com

Introdução: A infecção por Citomegalovírus (CMV) é a infecção congénita mais frequente e uma causa importante de surdez congénita e atraso do desenvolvimento.

Objectivos: Estudo descritivo com análise retrospectiva das crianças seguidas em consulta por infecção congénita por CMV.

Metodologia: Análise dos processos clínicos entre 2007 e 2013. Variáveis estudadas em pré-natal: ecografias, serologia materna para CMV e PCR-CMV no líquido amniótico; em pós natal: peso de nascimento, virúria por *Shell Vial*, clínica, ecografias transfontanelares, desenvolvimento e avaliação auditiva.

Resultados: No período considerado houve 120 casos de seroconversão na gravidez, 6 gravidezes terminaram em IMG e 15 recém-nascidos tiveram virúria positiva. Das 12 crianças seguidas na MBB, a seroconversão materna ocorreu no 1º, 2º e 3º trimestre em 2, 8 e 2 casos, respectivamente, e das amniocenteses realizadas, 6/6 tiveram PCR-CMV positiva no líquido amniótico. As ecografias pré-natais revelaram calcificações cerebrais periventriculares exuberantes (1) e quistos subependimários bilaterais (1). A mediana dos pesos ao nascimento foi 2875g e houve um pré-termo (35 semanas). Ocorreram 2 casos de restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), um associado a microcefalia, calcificações cerebrais e coriorretinite. Na ecografia transfontanelar foi encontrado noutro caso um quisto paraventricular unilateral.

O desenvolvimento psico-motor encontra-se alterado em 2/12 casos- paralisia espástica bilateral e ligeiro atraso motor e a audição em 3/12 crianças: surdez profunda bilateral, surdez moderada grau II unilateral e hipoacusia unilateral ligeira.

Conclusões: Apesar de não ser consensual o rastreio sistemático durante a gravidez, dada a ausência de medidas preventivas e terapêuticas eficazes, a infecção congénita a CMV poderá levar a sequelas graves.

Palavras-chave: Citomegalovírus; infecção congénita; virúria

CO16 - Surgical Site Infections In Newborn Infants

M. T. Neto^{1,2}, R Murinello,³ M. Serelha¹

1 - Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2 - Nova Medical School/Faculdade de Ciência Médicas, UNL. 3 - Surgery Department, Dona Estefânia Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Aim -To study the epidemiology of SSI in a tertiary referral NICU.

Patients and Methods – Retrospective study of newborn infants who underwent interventions requiring surgical incision. Patients discharged from January-1st-2013 to December-31st-2014 were enrolled. Each patient was enrolled once. Surgical interventions were counted one by one.

Results –There were 327 discharge events of 297 newborn infants; 141(47.5%) were submitted to 202 surgical interventions, up to 7 interventions/patient. Mean gestational age was 36 weeks(23-41), mean birth weight(BW) 2420g(505-4325), 32.2% had BW<1500g; 60.3% were male. Skin was disinfected with iodine alcoholic solution. Eight patients with SSI were operated in the first 2 days of life, 7 between 15 and 60 days, eleven in the first 2 days of the in-hospital stay and 4 between 15 and 70. Fifteen SSI were diagnosed in 15 patients accounting for 7.4% of surgical interventions (CI 95% 4.55-11.89) and 10.6% of the patients operated on. There were 8 SSI in 2013 and 7 in 2014. Eleven out of the 15 SSI were suture dehiscence(5.4% of surgical incisions) respectively 4.8% and 6.1% in each year; the other 4 SSI were true infections (2%) of surgical incisions. Compared with 2008 the rate of suture dehiscence was very high. A changing in suture lines was found as the only possible cause for this finding.

Comments –Rate of SSI was higher than in previous years mainly due to a high rate of sutures dehiscence accounting for almost three quarters of SSI. These results were delivered to the Head of Surgical Department and preventive measures were taken.

CO17 - Avaliação do impacto do uso de octenidina numa UCIN

Maria Teresa Neto, Inês Figueiredo, Micaela Serelha

UCIN, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Nova Medical School/FCM/UNL

Introdução: Desde 1/12/2014 a octenidina tem sido o único desinfetante usado na UCIN. No bloco operatório continuou a ser usada iodopovidona até o final de Junho 2015. **Objectivo:** Avaliar o impacto da mudança de desinfetante nas taxas de infecção hospitalar(IH). **População e Métodos:** Recém-nascidos(RN) com alta entre 1/12/2014 e 31/08/2015. Este período foi comparado com igual período dos 4 anos anteriores sempre que possível ou com os dados de anos completos, caso não fosse. Foram incluídos os episódios de IH com hemocultura positiva ou negativa, com ou sem CVC. **Resultados:** A densidade de incidência de sépsis no período em estudo foi 6/mil dias de internamento com diferença significativa com 2010/11 e 2011/12; a taxa de infecção por *Staphylococcus* coagulase negativa em RN de muito baixo peso(RNMBP) foi a mais baixa da UCIN–5%. A taxa de HI em todos os doentes, em doentes operados e em RNMBP foi semelhante nos 5 períodos. As taxas de sépsis em RN sem CVC, em RN com CVC e a relacionada com CVC foram todas mais baixas que nos anos anteriores, respectivamente 0,8/1000 dias de internamento, 7,6/1000 dias de CVC e 0,8/1000 dias de CVC. **Comentários:** Apesar do curto período do estudo e da introdução desfasada do produto na UCIN e no bloco operatório, parece haver uma tendência para diminuição dos episódios de sépsis após o início do uso de octenidina.

Comunicações Orais – Sessão 4 – Auditório Principal

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO55 - Via de parto e prematuridade – estudo retrospectivo de 5 anos de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais portuguesa

Marlene Abreu¹, Joana Leite¹, Ivete Afonso¹, Teresa Martins², Maria José Costa², Aires Pereira²

1-Serviço de Pediatria; 2- Serviço de Neonatologia; Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM)

E-mail correspondência: marleneaabreu@hotmail.com

Objetivo: avaliar a influência da via de parto na morbilidade e mortalidade dos prematuros nascidos nos últimos 5 anos na ULSM.

Métodos: estudo retrospectivo, descritivo e analítico; foram incluídos no estudo todos os nados-vivos com idades gestacionais (IG) compreendidas entre as 24⁺⁰ semanas e as 31⁺⁶ semanas, nascidos entre 1 de julho de 2009 e 30 de junho de 2014. Os dados foram recolhidos através da consulta do processo clínico.

Resultados: no período do estudo ocorreram 129 partos prematuros com IG entre as 24⁺⁰ e as 31⁺⁶ semanas. A idade gestacional média foi de 28,9±2 semanas e 40,3% eram gestações gemelares. A maioria dos partos foram cesarianas (73,6%). A apresentação cefálica foi predominante (78,3%). Numa maioria significativa das gestações únicas, a via de parto foi a vaginal (p<0.001). Os casos com alterações nas ecografias pré-natais e os recém-nascidos leves para a idade gestacional nasceram mais por cesariana (p<0.05). A proporção de doentes com hemorragia intra-craniana foi significativamente maior nos partos por via vaginal (p=0.021). Ocorreram 8 óbitos, mas a mortalidade foi independente da via de parto, assim como as restantes variáveis analisadas.

Conclusões: Com este estudo pretendemos contribuir para a evidência existente sobre a via de parto na prematuridade, assunto que permanece controverso na literatura. Apesar de o maior risco de hemorragia intra-craniana encontrada para os partos prematuros por via vaginal ir de encontro ao já descrito por outros autores, são necessários mais estudos, prospectivos e randomizados, que permitam aferir qual a via de parto ideal na prematuridade extrema.

Palavras-chave: trabalho de parto prematuro, parto obstétrico.

CO47 - Maternal transportation from a group I hospital to a group III hospital between 2010 -2014

Andreia Teixeira Martins¹, Sónia Almeida¹, Maria Bóia², Maria Adelaide Bicho¹

1. Pediatrics Department, Centro Hospitalar de Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

2. Obstetrics and Gynecology Department, Centro Hospitalar de Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Author contact: andreia.tmartins@gmail.com

Introduction:

In Portugal, after the perinatal network implementation, the rates of maternal, perinatal and neonatal mortality had a significant decrease. This network defines the hospital limits, medical responsibilities and has some criteria for maternal and neonatal transportation.

Since September 2011, the gestational age limit to be transported from our hospital is <33 weeks.

Material/Methods:

We analyzed the medical records of mothers and newborns who had been previously transported to a high level hospital. We included: gestational age, cause of transportation, the newborn's follow-up and deaths.

Results: We identified 130 pregnant women who were transported, 144 births (14 gemelar pregnancies) and 11 neonatal deaths. The number of transportations is similar throughout the years. 84% occurred before 33 weeks of gestational age.

There were 23 transportations after 33 weeks: 14 between 33 and 34 (all before September 2011) and 9 after 37 weeks: 2 complex congenital heart disease cases, 1 maternal disease case and 6 due to a lack of doctors on call.

127 babies were born at a group III hospital: only 75 needed differential care and, after some weeks at the neonatal intensive care unit, they were transferred to our neonatal intermediate care unit(UCIN). All 75 newborns were premature and had some comorbidities: breastfeeding problems, jaundice or apnea.

17 babies were born at our hospital, several weeks before transportation. Only 6 required differential care at our UCIN. All newborns had a follow-up consultation.

Conclusion:

This study proves that the perinatal network was well implemented and we only transfer pregnant women with predefined criteria.

Key-words: gestational age, transportation, perinatal network.

CO28 - Impacto do diagnóstico pré-natal na detecção de anomalias congénitas numa Unidade de Neonatologia de Apoio Perinatal Diferenciado.

Catarina Franco¹; Sara Vaz¹; Ana Lucia Maia¹; Lucinda Pacheco¹; Fernanda Gomes¹

Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo EPE, Ponta Delgada

catmoraifranco@gmail.com

Objetivos: Descrever e comparar dois períodos de registo de anomalias congénitas (AC) num Hospital insular. Documentar o impacto do diagnóstico pré-natal na detecção de AC *major* e de AC com necessidade de seguimento.

Métodos: Estudo descritivo com análise retrospectiva dos registos clínicos de AC, de 1996 a 2000 e de 2010 a 2014. Tratamento de dados no programa SPSS *statistics*.

Resultados: Entre 1996 e 2000 (grupo 1), nasceram 10770 nados-vivos, dos quais 1,80% (n=194) apresentaram AC. Destes, obteve-se diagnóstico pré-natal (DPN) em 7,73% (n=15), por ecografia ou amniocentese. A mortalidade peri-natal associada a anomalias congénitas foi de 10,82% (n=21). De 2010 a 2014 (grupo 2), nasceram 8169 nados-vivos, dos quais 1,89% (n=154) apresentaram AC. Em 33,77% (n=52) dos casos obteve-se DPN. Registou-se uma mortalidade associada a anomalias congénitas de 1,3% (n=2). No grupo 1 registou-se uma maior percentagem de Cardiopatias Complexas em relação ao grupo 2 (9,79% *versus* 3,90%). Houve também um decréscimo no número de Síndromes Polimalformativas e Cromossomopatias, de 8,76% (n=17) para 5,19% (n=8) e de 11,8% (n=23) para 5,84% (n=9), respetivamente. Observou-se um aumento no número de diagnósticos de “hidronefrose” e “dilatação pielocalicial” - 3,6% (n=7) *versus* 10,40% (n=26).

Conclusões: O aumento de DPN de AC é evidente. Verificou-se um decréscimo dos Síndromes Polimalformativas, Cromossomopatias e Cardiopatias Complexas, dados relacionados com o aumento de interrupções médicas de gravidez e de transferências *in útero*. Consequentemente, a mortalidade associada a AC diminuiu significativamente. Verificou-se um aumento de DPN de Malformações Nefro-urológicas com necessidade de seguimento pós-natal.

Palavras-chave: anomalias congénitas; diagnóstico pré-natal.

CO41 - Newborns from mothers with thyroid disease - data from a maternity

Autores: Joana Gaspar, Sónia Antunes, Isabel Fernandes

Filiações: Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo Évora

Email: joanagaspar@ymail.com

Objective: Analyze the thyroid function of newborns(NB) from mothers with thyroid disease, in a maternity and their follow-up.

Methods: Retrospective study of all NB from mothers with thyroid disease, from april 2013 to june 2015. Descriptive analysis in Microsoft Excel®.

Results: We studied 39 mothers and their NB. 77% of mothers had hypothyroidism (33% unknown cause, 23.1% thyroiditis, the remaining from other causes). 31 were medicated with L-thyroxine and 1 with methimazole. The maternal thyroid function in the 3rd trimester was normal in 67%, altered in 8% and unknown in 25%. NB had median gestational age of 39 weeks and birth weight of 3000grams. The thyroid function was performed in cord-blood/first day of life in 54%. 3 had a high TSH, all of them born from mothers with hypothyroidism of unknown etiology, with normalization at 2 weeks without treatment. Antibodies were tested in 2/3 of the NB. Positive anti-TPO were found in 15.4%, anti-TG in 5.1% and none had TRABs detected. The thyroid function remained normal on those with positive antibodies, until their negativity.

Conclusions: The thyroid disease in pregnant women is diverse and the proper characterization is relevant for the NB approach. In our study only 3 NB (7.7%) had an altered function at birth, with subsequent normalization. There is some controversy in the literature regarding which newborns should have thyroid function accessed in the 1st day of life and their follow up approach. With these data, and data from other studies, we are currently changing our institutional protocol.

Key-words: newborn, thyroid, screening

CO67 - Leite Materno em Prematuros na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais: a quantidade conta?

Tânia Marques, Cláudia Fernandes, Marta Ferreira, Rosalina Barroso

Unidade Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN); Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Amadora. tmsete@hotmail.com

Introdução: as vantagens do leite materno (LM) são amplamente conhecidas. Desconhece-se a quantidade de LM com impacto evidente na comorbilidade dos prematuros.

Objetivos: caracterizar e comparar o tipo de alimentação entérica (AE) nos recém-nascidos muito baixo peso (RNMBP) internados numa unidade neonatal.

Métodos: estudo retrospectivo dos RNMBP internados na UCIEN em 2013. Analisaram-se parâmetros demográficos, clínicos, evolução ponderal, tipo e duração da AE. Definiram-se dois grupos mediante o LM administrado (75% AE total): grupo A (LM>75%) e grupo B (LM<75%).

Resultados: avaliaram-se 54 prematuros, peso médio 1044±311gr. Às 36 horas de vida 53% iniciaram LM. Catorze (26%) do grupo A e 40 (74%) do grupo B. Comparando os grupos verificou-se: maior índice de gravidade no grupo A (CRIB p=0,06; SNAPPEII p=0,08) e maior ganho ponderal (≥ 15 g/dia) no grupo B (LM<75%). Não houve diferença estatística quanto à sepsis (p=0,12), enterocolite necrotizante (p=0,59), retinopatia da prematuridade (p=0,20), tempo de ventilação invasiva (p=0,63) e de internamento (p=0,75). À data de alta apenas o grupo A manteve aleitamento materno exclusivo (38% vs 0%; p=0,001).

Conclusões: a menor quantidade de LM no internamento correlacionou-se com a ausência de LM exclusivo na alta. Metade dos RN iniciaram AE com LM e apenas um quarto fez LM>75% dados que reforçam a necessidade de uma intervenção contínua, no ensino dos profissionais e na sensibilização materna. Não houve diferenças nas comorbilidades, apesar da maior gravidade dos RN do grupo A, sugerindo potencial benefício da quantidade de LM.

Palavras-chave: Leite materno, RNMBP, alimentação entérica

CO48 - Método Canguru (Mc) Em Unidades Nível 3 – O Que Pode Mudar Para Profissionais E Pais?

Rosal Gonçalves M.⁽¹⁾, Garcia A.⁽¹⁾, Durão M.⁽¹⁾, Pereira E.⁽¹⁾, Matos C.⁽¹⁾, Tomé T.⁽¹⁾, Coughlin M.⁽²⁾

(1) NICU 3 – Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Centro Hospitalar Lisboa Central, (2) Caring Essentials Collaborative

Palavras Chave: cuidados centrados no desenvolvimento, educação parental, método canguru

Objectivo: O MC foi usado como estratégia transversal na promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento, modelo desenvolvido por Mary Coughlin and all em 3 Unidades nível 3 (Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e Centro Hospitalar Lisboa Central – Polo MAC). O objectivo foi avaliar o impacto do uso regular do MC no conhecimento do staff e dos pais e na confiança na aplicação deste método.

Material e Métodos: Na Unidade 3 realizámos um inquérito aos pais e ao *staff* antes e após a realização do projecto (Inquérito 1 e 2). O projecto incluiu a elaboração de um protocolo do MC, registo das sessões realizadas durante 3 meses, com avaliação da tolerância ao método, formação teórico-prática do *staff* e pais.

Resultados: Incluíram-se 40 recém-nascidos (RN) (mediana de idade gestacional de 31 semanas, num total de 324 sessões, com uma mediana de 3 sessões/RN. A mediana da idade na primeira sessão foi 10 dias, e da duração das sessões foi 90 minutos. 87% das transferências foram em pé e 79% das sessões foram realizadas com a mãe. Seis dos 40 RN realizaram MC com ventilação invasiva. Registaram-se 14 ocorrências clínicas, 6 justificaram interrupção da sessão. Os resultados mais significativos dos inquéritos encontram-se no Quadro 1.

	Inquérito 1	Inquérito 2
Staff	n=55	n=48
Frequência da promoção		
Nunca	1,8%	2,1%
Frequentemente	60,7%	71%
Sempre	12,5%	18,8%
Classificação dos obstáculos ao MC*		
Definição pouco clara dos critérios	5,1	4,1
Ausência de norma específica	5,1	4,6
Número de doentes atribuídos	3,3	2,6

Pais		n=19	n=34
	Conhecimento sobre os benefícios	76,23%	91,43%
	Frequência de oportunidades		
	Nunca	36,8%	14%
	Todos os dias	26%	29%
	Avaliação da experiência		
	Muito boa	85%	100%

Quadro. 1
obstáculo

*1 a 7, sendo 1 o maior

Conclusões: A aplicação sistemática do método canguru, apoiada por um protocolo, associada à formação do *staff* e educação parental é uma estratégia adequada para aumentar o conhecimento e a confiança do staff e dos pais. Promovendo-se um melhor desempenho na aplicação do MC e contribuindo significativamente para uma política de cuidados centrados no desenvolvimento.

Comunicações Orais – Sessão 5 – Sala Giraldo I

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO74 - Ecocardiografia Funcional Numa Unidade De Cuidados Intensivos Neonatal: Experiência Do Último Ano E Meio

Vera Rocha¹, Ana Azevedo¹, Sofia Aires¹, Sílvia Álvares², Ana Guedes¹, Elisa Proença¹

1- Centro Materno Infantil do Norte, Porto. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

2- Centro Materno Infantil do Norte, Porto. Serviço de Cardiologia Pediátrica

Objetivo: Avaliar a frequência da utilização da ecocardiografia funcional numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) determinando indicações, características dos recém nascidos (RN) e o impacto na abordagem clínica do doente.

Métodos: Revisão retrospectiva de processos clínicos dos RN que realizaram ecocardiografia na UCIN entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015.

Resultados: Foram efetuados 532 exames a 257 RN (40,1% sexo feminino), 58% dos quais prétermo (idade gestacional: mediana 35 semanas, mín24-máx41), com mediana do peso de peso de 2315g g (mín390-máx5320g). O número médio de exames por RN foi de 2 (mín1-máx13). As alterações ecocardiográficas encontradas incluíram: persistência do canal arterial (PCA) (n=78, 30.4%), 1/6 dos quais com significado hemodinâmico, alterações da *performance* do miocárdio/ fluxo sanguíneo sistémico (n=14, 5.4%) e hipertensão pulmonar persistente (n=12, 4.7%). Após a realização de ecocardiograma, em 23.7% (n=61) houve alterações na intervenção clínica e em 3.5% (n=9) suspendeu-se o tratamento preconizado anteriormente. Foram diagnosticados 17 casos de cardiopatia congénita.

Conclusão: A ecocardiografia funcional é uma ferramenta de grande utilidade na avaliação hemodinâmica do RN em cuidados intensivos. Aliada aos parâmetros clínicos, o ecocardiograma pode monitorizar e guiar em tempo real e de forma longitudinal a conduta terapêutica.

Palavras chave: recém nascido; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; ecocardiografia funcional.

CO53 - Patent ductus arteriosus in very low birth weight infants - experience of a Neonatal Intensive Care Unit

Vera Almeida^{1,3}, Ana Sousa^{1,2}, Dora Fontes^{1,3}, Edmundo Santos¹, Rui Anjos², Anabela Salazar¹

1 – Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E; Lisboa

2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E; Lisboa

3 – Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E; Évora

Email do autor correspondente: veraldalmeida@gmail.com

Background:

Patent ductus arteriosus (PDA) incidence in very low birth weight (VLBW) infants is 30-50%. Hemodynamically significant PDA (HSPDA) is associated with multisystemic morbidity. Early diagnosis of HSPDA requires echocardiographic monitoring. Intravenous ibuprofen is the first-line treatment. The aim of this study was to characterize the incidence, diagnosis, treatment and follow-up of PDA in VLBW infants.

Methods:

Retrospective analysis of medical records of VLBW infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the Hospital São Francisco Xavier between 2013 and 2014. The inclusion criteria were gestational age (GA) <32 weeks and/or birth weight ≤1500g with PDA diagnosed by echocardiography. Congenital heart diseases were excluded. A data analysis by GA was performed (group I <28 weeks; group II ≥28 weeks), using Statistical Package Social Sciences 22.0® ($p < 0.05$ was considered statistically significant).

Results:

	I	II	<i>p</i>	Total
Total of patients <i>n</i>	40	74		114
PDA <i>n</i> (%)	30 (75%)	19 (25.7%)	0.000	49 (43%)
• Spontaneous closure <i>n</i> (%)	5 (16.7%)	9 (47.4%)	0.036	14 (28.6%)
• Hemodynamic significant PDA <i>n</i> (%)	22 (73.3%)	11 (57.9%)	0.029	33 (67.3%)
○ Spontaneous closure <i>n</i> (%)	0	1 (9%)		1 (3%)
○ Ibuprofen treatment <i>n</i> (%)				30 (90.9%)
- Patients treated with 3 cycles of ibuprofen <i>n</i> (%)	22 (100%)	8 (72.7%)		8 (26.7%)
○ Medical closure of PDA or minimal residual PDA <i>n</i> (%)	7 (31.8%)	1 (12.5%)		5 (62.5%)
				22 (73.3%)

- Medical closure of PDA or minimal residual PDA <i>n</i> (%)	4 (57.1%)	1 (100%)		10 (30.3%)
○ Surgical ligation <i>n</i> (%)	15 (68.1%)	7 (87.5%)		
	7 (31.8%)	3 (27.2%)		
● Intra-periventricular hemorrhage <i>n</i> (%)	25 (83.3%)	9 (47.4%)	0.008	34 (69.4%)
● Periventricular leukomalacia <i>n</i> (%)	21 (70%)	11 (57.9%)		32 (65.3%)
● Bronchopulmonary dysplasia <i>n</i> (%)	23 (76.7%)	10 (33.3%)		33 (67.3%)
● Necrotizing enterocolitis <i>n</i> (%)	3 (10%)	1 (3.3%)		4 (8.2%)

Conclusion:

According to scientific reports, there was a higher incidence of PDA and HSPDA in the group of infants with lower gestational age. Group I had the most serious consequences of HSPDA, as expected, and needed more ibuprofen cycles and surgical ligation. Treatment failure is defined as lack of response after the second cycle of ibuprofen; despite this, we obtained 62.5% response in the treated group with three ibuprofen cycles.

Keywords: patent ductus arteriosus, very low birth weight infants, echocardiography, ibuprofen, surgical ligation

CO79 - Colestase neonatal – a realidade numa unidade de cuidados intensivos neonatais

Inês Ferreira, Sofia Aires, Susana Lopes, Dulce Oliveira, Elisa Proença, Ana Cristina Braga, Ana Margarida Alexandrino

Filiação: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Email: inescasfer@gmail.com

Introdução: A colestase neonatal é uma entidade frequente em cuidados intensivos neonatais, habitualmente de causa multifatorial.

Objetivos: Analisar parâmetros clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos (RN) com colestase.

Métodos: Revisão retrospectiva dos processos dos RN internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com colestase, de Janeiro de 2010 a Setembro de 2015.

Resultados: Obtiveram-se 36 RN, com idade gestacional média de 29,86 semanas e peso médio de 1381g. Registaram-se 27,8% RN com restrição do crescimento intrauterino, 19,4% gemelares e 27,8% com pré-eclampsia e/ou hipertensão arterial.

Registaram-se 83,3% casos de sépsis, 8,3% de asfixia neonatal, 19,4% de enterocolite necrosante e 13,9% foram submetidos a cirurgia abdominal. A alimentação entérica foi iniciada em média aos 5,5 dias de vida, verificando-se necessidade de interrupção transitória da progressão alimentar em 72,2%. Realizada nutrição parentérica (NP) em 80,6%, sob a forma total em média 14,6 dias. Objetivou-se colestase em média aos 24,1 dias de vida, com bilirrubinemia conjugada média de 76%. Foi realizada ecografia abdominal em 66,6% e biópsia hepática num doente. Em 19,4% a colestase associou-se à NP, 2,8% de causa multifatorial e em 55,6% não se conseguiu a distinção entre estas duas entidades. O ácido ursodesoxicólico usou-se em 86,1% e as vitaminas ADEK em 77,8%. Dois RN faleceram e verificou-se resolução da colestase em média aos 3 meses de idade nos restantes.

Conclusões: A sépsis e a NP estiveram presentes na maioria dos casos, no entanto, coexistiram outros fatores de risco, que confirmam a etiologia multifatorial desta patologia. A evolução foi favorável na maioria.

Palavras-chave: colestase neonatal, cuidados intensivos neonatais, recém-nascido

CO30 - Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a realidade da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital terciário

Beatriz Fraga¹; Inês Girbal²; Graça Roldão²; Filipa Fonseca²; Ana Rebotim² Graça Oliveira²

1 – Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, São Miguel (Açores)

2 – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria-CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa

E-mail do autor correspondente: fragaana@hotmail.com

Introdução / Objetivo: O diagnóstico pré ou pós natal de condições potencialmente fatais com tempo de vida limitado tem tornado prioritária a implementação de Cuidados Paliativos Peri e Neonatais (CPPN) nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINs) nacionais.

O trabalho tem como objetivo a caracterização dos CPPN prestados na UCIN do Centro Hospitalar Lisboa-Norte (CHLN), com vista a uma melhoria dos cuidados prestados.

Métodos: Estudo retrospectivo com consulta de processo clínico dos recém-nascidos (RN) submetidos a CPPN de janeiro a setembro de 2015. Análise dos dados efectuada em *Exel 2010*.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 13 RN com idade gestacional compreendida entre as 23 e as 40 semanas e peso entre 600g e 3080g. Os diagnósticos predominantes foram a prematuridade (11 casos) e as malformações congénitas (5 casos). Foi decidida a não reanimação em 5 casos, a abstenção ao tratamento em 2 e a suspensão do mesmo em 1 caso. Procedeu-se à abordagem farmacológica da dor em 11 casos utilizando-se fentanilo, midazolam e/ou morfina. Todos os pais foram informados da situação crítica do RN, realizando-se uma reunião formal em 4 casos. 6 pais colaboraram na prestação de cuidados no fim de vida. Foi disponibilizado apoio religioso e psicológico a 7 casais, tendo sido entregues lembranças do RN a 11 famílias.

Conclusão: Os CPPN requerem uma atuação multidisciplinar, centrada no RN, família e respectivo contexto psico-socio-cultural. Torna-se fundamental conhecer e avaliar a realidade das UCINs portuguesas para a formulação de planos de CPPN estruturados que conduzam à optimização dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos Peri e Neonatais (CPPN), Recém-Nascido (RN), Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

CO75 - Epidemiology of procedural pain in neonatal intensive care units of Portugal

Cruz MD¹, Fernandes AM², Oliveira CR³

¹ UICISA-E, Évora University, Portugal, RN, MSoc, dcruz@uevora.pt

² UICISA-E, Nursing School of Coimbra, Portugal, RN, PhD

³ Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, MD, PhD

Aims: To assess the frequency of painful procedures (PP), analgesia practices and related factors, in neonates across neonatal intensive care units (NICUs) of Portugal.

Methodology: EPIDOR-NN (Epidemiology of Neonatal Pain) was an observational cohort study in neonates recorded at the bedside by the NICUs staff. Prospective data were collected during six weeks in each unit, on all PP and pain management interventions performed during the first 7 days of the neonate admission. Neonates up to 28 days and admitted for a period over 24 hours were enrolled. Multinomial regression model were used to assess the association between demographics, type of painful procedures and analgesia. Ethical approval from institutions was obtained.

Results: From April 1, 2013, to October 30, 2014, 19 of 20 NICUs collected data on 375 eligible neonates. The total number of PP was 6705 indicating a mean of 17.9 procedures performed per neonate. In all, 89.4% of the PP received either non-pharmacological and/or pharmacological interventions. Heel stick was the most common PP (32.3%). Preterm neonates (mean GA=33.3, SD 4.6; range 23-41) received more PP; $p<0.001$. Overall, procedures with moderate severity of pain [60.6% (n=4064)] received orally administered sweet solution as pre-emptive analgesia. Only 85 (1.3%) of PP had a severe pain intensity, and as expected received more pharmacological interventions; $p<0.001$.

Conclusions: This was the first national multicentre study with focus on epidemiology of pain in neonates. Further discussion of overall pain management interventions is warranted. This is the first step to improve strategies to increase the quality of care.

Key words: Procedural pain, Pain management, Neonate.

Acknowledgment: We thank the physicians and nurses at the participating institutions for their contributions and data collection. This study was encouraged by Portuguese Society of Neonatology and Pain in Child Health; a Canadian Institute of Health Research - Strategic Training Initiative in Health Research; Mayday Foundation; Grant of APED /Grünenthal Foundation.

CO76 - Observational Study Research, Audit & Feedback, Or Benchmarking (One Of Them Or All Together?)

Neonatal Pain In Intensive Care Units Of Portugal

Cruz MD¹, Fernandes AM², Oliveira CR³

¹UICISA-E, Évora University, Portugal, RN, MSoc, dcruz@uevora.pt

²UICISA-E, Nursing School of Coimbra, Portugal, RN, PhD

³Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal, MD, PhD

Aims: To analyze the potential of a research project about the epidemiology of painful procedures in neonates involving audit, feedback and benchmarking of current practices, to improve the quality of pain management in the neonatal intensive care units (NICUs) of Portugal.

Methods: As part of a Portuguese epidemiological observational bedside study of painful procedures and pain management interventions, additional data collection was conducted to characterize the participating units. Feedback of the results to each unit was given to the head nurses and clinical directors.

Results: 19 of 20 NICUs provided us knowledge to identify the gap between health care practices and national recommendations. The feedback of the results allowed stakeholders of each unit to identified clinical characteristics of infants such as low gestational age, low birthweight, high CRIB and SNAPP scores, which increased the risk of painful procedures and less analgesia. It also allowed stakeholders to identify internal weaknesses such as the absence of written specific protocols, low use of association between analgesic interventions, and to identify internal strengths such as institutional pain groups and education. The benchmarking has revealed itself as a way to find best practices and to review areas for development.

Conclusions: This study gave us vital evidence about our reality of painful procedures and pain management and how best to protect the neonates. The work undertaken can establish a national neonate pain benchmark contributing to improve the quality of care. Best practices can benefit from a concerted effort between observational research, feedback and benchmarking; all together.

Key words: Procedural pain, Observational study, Feedback, Benchmarking

Acknowledgment: We thank the physicians and nurses at the participating institutions for their contributions. This study was encouraged by Portuguese Society of Neonatology and Pain in Child Health: a Canadian Institute of Health Research - Strategic Training Initiative in Health Research; Mayday Foundation; Grant of APED /Grünenthal Foundation.

Comunicações Orais – Sessão 5 – Sala Giraldo II

Sexta, 6 de Novembro, 08:00 h

CO29 - Recém-nascidos prematuros de muito baixo peso: como ventilamos? 5 anos de experiência numa Unidade de Neonatologia de Apoio Perinatal Diferenciado

Catarina Franco¹, Sara Vaz¹, Ana Lucia Maia¹, Lucinda Pacheco¹; Fernanda Gomes¹

¹Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo EPE, Ponta Delgada.

catmoraisfranco@gmail.com

Objectivos: Descrever práticas ventilatórias em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso num Hospital insular e comparar os resultados obtidos com dados nacionais e internacionais.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, nascidos entre 2010 e 2014, com recolha de dados clínicos e parâmetros ventilatórios. Tratamento de dados efetuado no programa SPSS *statistics*.

Resultados: Obteve-se amostra de 93 doentes: 35 com peso < 1000 gramas (grupo 1) e 58 entre 1000 e 1500 gramas (grupo 2). No grupo 1, a mediana de idade gestacional (IG) foi de 26 semanas; peso ao nascimento (PN) de 730 gramas; 37,14% dos doentes fizeram pelo menos um ciclo de corticoterapia pré-natal e 74,29% receberam surfactante. 91,43% necessitaram ventilação mecânica invasiva (VI) (mediana= 5,5 dias) e os restantes realizaram ventilação não invasiva (VNI) exclusiva. Apresentaram displasia broncopulmonar (DBP) 17,10%; 11,43% hemorragia peri-intraventricular grau III (HPIV III) e a mortalidade foi de 47,7%. No grupo 2 a mediana de IG foi de 30 semanas; peso ao nascimento de 1302,5 gramas; 51,72% realizaram corticoterapia pré-natal e 31,03% receberam surfactante. VI realizada em 36,2% (mediana= 2 dias) e VNI exclusiva em 36,2%. A DBP atingiu 6,9% dos doentes, HPIV III 1,72%, e não ocorreram óbitos.

Conclusões: Comparativamente com dados nacionais, destaca-se no grupo 1 um maior número de recém-nascidos ventilados; maior taxa de mortalidade, mas com menor corticoterapia pré-natal e sem acesso rápido a cuidados cirúrgicos pediátricos, atendendo à insularidade. No grupo 2, atendendo à bibliografia disponível, os dados foram maioritariamente sobreponíveis.

Palavras-chave: recém-nascidos; muito baixo peso; ventilação mecânica

CO84 - Suporte ventilatório dos recém-nascidos de muito baixo peso e/ou idade gestacional inferior a 32 semanas - 10 anos de experiência

Patrícia Cardoso¹; Natália Noronha¹, Helena Pereira²; Cristina Resende¹; Dolores Faria¹; Carlos Lemos¹

1 - Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real

patricia.neves.cardoso@gmail.com

Introdução:

As estratégias de ventilação têm mudado nos últimos anos, com objetivo de as tornar menos agressivas, sendo disso um exemplo a ventilação não invasiva (VNI).

Objetivo: Avaliar eventuais diferenças do suporte ventilatório e o seu resultado ao longo de 10 anos.

Métodos:

Estudo retrospectivo dos recém-nascidos muito baixo peso (RNMBP) e/ou idade gestacional inferior a 32 semanas. Foram comparados 2 grupos: grupo 1 - 2005-2009, e grupo 2 - 2010-2014, em relação ao suporte ventilatório.

Resultados:

Foram admitidos 595 RNMBP e/ou IG <32S. Fizeram ventilação invasiva (VI) 43% (255/595), apenas ventilação não invasiva (VNI) 23% (140/595) e não foram ventilados 34% (200/595).

A VNI foi o método de ventilação inicial em 48% (188/395).

As médias do PN e IG eram tendencialmente menores no grupo 2 (1202±326 versus 1258±324 gramas, p=ns, IG 29,2±2,4 versus, 29,6±2,2 p=ns). A taxa de corticóides pré-natais, (84% versus 89%,) e o uso de surfactante (34% versus 35%) foram semelhantes.

AVNI foi mais utilizada como método ventilação inicial no grupo 2 (59% versus 35% p<0,001), e mais precoce (sala de partos) (36% versus 0% p<0,001). O insucesso da VNI (necessidade de intubação inferior a 72 horas) (18% versus 21% p=ns). A mortalidade (5% versus 6%) e a displasia broncopulmonar (3% versus 5%) foram semelhantes.

Conclusão: Nos últimos anos temos utilizado com sucesso a ventilação não invasiva, mais precocemente e como único método ventilatório.

Palavras-chave: recém-nascido muito baixo peso; ventilação não invasiva; ventilação invasiva.

CO50 - Non-invasive neurally adjusted ventilatory assist (NIV-NAVA): Ventilação não-invasiva sincronizada em Recém-nascidos

Cláudia Fernandes, Tânia Marques, Marta Ferreira, Rosalina Barroso

Filiações: Unidade Neonatologia /Serviço de Pediatria/ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Amadora. calmeidafernandes@gmail.com

NIV-NAVA é um modo de ventilação não-invasiva (NIV) controlado pelo sinal eléctrico do diafragma, permitindo uma melhor sincronização com o esforço respiratório e uma assistência proporcional ao sinal. Múltiplos estudos em recém-nascidos (RN) demonstram os benefícios a curto prazo da ventilação invasiva em modo NAVA, mas ainda poucos relativos ao NIV-NAVA. Apresentamos a experiência de uma unidade neonatal nível III, entre novembro 2014 e outubro 2015.

Um total de 11 RN: dois de termo e nove prematuros muito baixo peso (idade gestacional mediana 25 semanas (23-29), peso 800g (500-1290). O tempo mediano de início de NIV-NAVA foi 26 dias (2-82) e a duração de 5 dias (1-12). O nível NAVA utilizado foi 2.0 (0.5-5). As patologias que motivaram o suporte ventilatório foram: doenças das membranas hialinas grau III/IV (4); displasia broncopulmonar com ventilação invasiva prolongada e extubação prévia falhada para NIV– modo Continuous Positive Airway Pressure e Bilevel Positive Airway Pressure (3); pneumotórax (2); doença neuromuscular (1); pós-operatório atresia choanas (1). Não foram observados efeitos adversos.

Os resultados obtidos com a utilização de NIV-NAVA em RN com várias idades gestacionais e situações clínicas graves, em que se previa uma falência da extubação, foram promissores.

NIV-NAVA parece ser uma alternativa eficaz e segura à ventilação invasiva em doentes com patologias graves incluindo grandes prematuros o que provavelmente estará relacionado com sincronização eficaz e fisiológica deste modo ventilatório.

Palavras-chave: NIV-NAVA, RNMBP, ventilação não invasiva.

CO56 - Fatores de risco para Displasia Broncopulmonar. A realidade de uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado

Nídia Belo¹, Raquel Costa¹, Patrícia Maio¹, Nádias Santos¹, Carla Cruz¹, Ana Serrano²

¹Serviço de Pediatria – Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.

²Unidade de Neonatologia – Serviço de Pediatria – Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.

Coordenador de Unidade: Dr. Helder Ornelas

Diretor de Serviço: Dr. Helder Gonçalves

E-mail do autor correspondente: nidia.belo@gmail.com

Objetivos

Estudar os fatores de risco e/ou protetores para Displasia Broncopulmonar (DBP) moderada a grave.

Métodos

Estudo caso-controlo, com recém-nascidos (RN) prematuros internados numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, entre 2003 a 2014, com o diagnóstico de DBP moderada a grave. O grupo controlo incluiu os RN de muito baixo peso ao nascer entre 2013 e 2014 sem DBP.

Estudaram-se as variáveis: Idade gestacional (IG), peso ao nascer (PN), corticoterapia pré natal completa, necessidade de reanimação neonatal com entubação endotraqueal (EET), ventilação invasiva, início de ventilação por Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), surfactante, citrato de cafeína, persistência de canal arterial (PCA), infeção perinatal e infeção materna.

Análise estatística: Teste qui quadrado ou exato de Fisher para as variáveis categóricas e Mann-Whitney ou T-Student para as variáveis numéricas. *p value* < 0,01

Resultados

Incluídos 70 RN, 27 casos e 43 controlos. IG média de 29,5 semanas e PN médio de 1172g.

Diferença significativa entre os dois grupos para: IG, PN, reanimação com EET, ventilação mecânica, PCA, infeção perinatal e materna. O CPAP tem efeito protetor quando iniciado no primeiro dia (*p* < 0,001, Odds ratio 0,099, com intervalo de confiança de 95% entre 0,026 e 0,379).

Conclusões

O CPAP constituiu um fator protetor, tanto maior quanto mais precoce o seu início. Iniciado no primeiro dia de vida reduziu em 90% a progressão para DBP. Os fatores de risco e protetores para DBP estão de acordo com a literatura.

Palavras-chave

Displasia Broncopulmonar, fator de risco; prematuridade.

CO60 - Hemorragia Pulmonar em recém-nascido de muito baixo peso e/ou com idade gestacional < 32 semanas: estudo caso-controlo

Muriel Ferreira, Nuno Lourenço, Cristina Resende, Adelaide Taborda

Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

murielguardaferreira@gmail.com

Introdução: A hemorragia pulmonar (HP) tem sido associada a elevada morbimortalidade (38-57%) nos recém-nascidos (RN), sobretudo prematuros.

Objetivo: Avaliar os fatores de risco associados a HP e morbimortalidade a curto prazo.

Métodos: Estudo retrospectivo caso-controlo incluindo RN nascidos entre janeiro de 1994 e junho de 2015. Caso definido como HP em RN com PN < 1500g (RNMBP) e/ou IG < 32S. Para cada caso, foram selecionados 2 controlos com igual IG, sem HP, nascidos imediatamente antes ou depois. Foram analisados fatores de risco da HP e eventuais complicações.

Resultados: Analisamos 96 RN (32 casos; 64 controlos). A incidência de HP foi de 28,7‰ RNMBP e/ou IG <32S. Os RN com HP apresentavam mais frequentemente RCIU (p=0,026), menor uso de corticoide pré-natal (p=0,016), maior uso de surfactante (p<0,001), maior uso de hemoderivados nos primeiros 8 dias de vida (p<0,001), necessidade de suporte ionotrópico (p<0,001), HPIV grave (grau ≥3) (p<0,001), CRIB >5 (p=0,007) e maior mortalidade (p=0,009). Após ajustamento por regressão logística, mantinham significado estatístico: a transfusão de hemoderivados nos primeiros 8 dias de vida (ORajustado 18,2; 95% IC 3,6-91; p<0,001), o menor uso de corticoide pré-natal (ORajustado 6,6; 95% IC 1,4-32; p=0,019) e a presença de HPIV grave (ORajustado 4,8 95% IC 1,1-21; p=0,035).

Conclusões: Os RN com HP apresentaram maior gravidade clínica e maior risco de mortalidade. A HP associou-se à transfusão precoce de hemoderivados, à ausência de corticoide pré-natal e à HPIV grave.

Palavras-chave: corticoide, hemorragia pulmonar, muito baixo peso, surfactante, transfusão

CO13 - High Flow Nasal Cannula – initial experience of a NICU

Joana Gaspar^{1,2}, Laura Azurara¹, Mónica Marçal¹, Madalena Lopo Tuna¹

1-Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

2-Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora

Autor correspondente: laura.azurara@gmail.com

Keywords: High flow nasal cannula, newborn, prematurity

Objectives: To evaluate the first 9 months of experience with high-flow nasal cannula (HFNC) in a neonatal intensive care unit (NICU).

Methods: Retrospective review of medical records of all newborns admitted in our NICU between October 2014 and June 2015.

Results: 130 newborns with a median gestational age of 34 weeks and median birth weight of 2102.5g were admitted in our NICU for a median period of 9 days. 17 newborns were treated with HFNC (median birth weight 1075g and 28 weeks gestational age), with a total of 23 applications (3 had more than one attempt), using a Neo2Blend® with Fisher and Paykel® humidification and Wilamed® cannules. HFNC was started with a median 34 postconceptional weeks in the 19th day of life.

The majority of newborns (69.6%) were in nasal CPAP prior to HFNC. The median duration of HFNC was 5 days. The maximum and minimum oxygen flow rate was 8 and 2L/min and FiO₂ ranged between 21 and 60%. In 3 newborns HFNC failed, requiring treatment with CPAP (2) or reintubation (1). We didn't report any complication associated with this respiratory support technique.

Conclusions: Our experience with HFNC was positive, with an overall success rate, with subsequent weaning to conventional oxygen therapy or room air in 69.6% and no reported complications. Although this is a small sample, the use of HFNC was not negligible, corresponding to 13.2% of the total admissions and to 19.8% of the preterms admitted. We are optimizing our experience, with an increasing number of treated newborns.

POSTERS

POSTERS – Sessão 1 - Sala Diana

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P21 - Encerramento parcial do canal arterial in utero associado ao consumo materno de polifenóis: a propósito de 3 casos.

Vinhas da Silva¹, Márcia Gonçalves¹, Conceição Quintas¹, Jacinto Torres¹, Ana Carriço²

¹ Serviço de Pediatria – Unidade de Neonatologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

² Serviço de Pediatria – Unidade de Cardiologia Pediátrica – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Autor correspondente: António Vinhas da Silva (vinhasdasilva@gmail.com)

Introdução:

O encerramento prematuro do canal arterial é uma situação clínica rara. É uma anomalia fetal funcional, que pode ser parcial com um canal arterial restritivo, ou mais raramente total. A maioria dos casos associa-se ao consumo materno de anti-inflamatórios não esteróides e corticóides. No entanto, estudos recentes demonstram a sua associação ao consumo excessivo de alimentos ricos em polifenóis. O prognóstico é muito variável, desde a resolução espontânea à morte fetal.

Descrição:

Apresentamos 3 casos clínicos de encerramento parcial do canal arterial in utero associados ao consumo materno excessivo de polifenóis. Em 2 casos o diagnóstico foi realizado no período neonatal e com evolução clínica favorável com a restrição dietética de polifenóis à mãe. O terceiro caso foi diagnosticado no período neonatal imediato em contexto de hipertrofia ventricular isolada que regrediu progressivamente e de forma completa aos 4 meses de vida, sem qualquer medicação.

Discussão:

A ingestão de produtos ricos em polifenóis (sumos de fruta, chás, chocolates) durante a gestação é uma potencial causa de encerramento prematuro do canal arterial. A restrição materna destes produtos precocemente permite a reversão do encerramento parcial do canal arterial.

Conclusão:

Os casos clínicos apresentados representam uma entidade clínica rara e alertam para a importância dos cuidados nutricionais da grávida, nomeadamente a necessidade de restrição de produtos ricos em polifenóis no terceiro trimestre de gestação.

Palavras-Chave: Encerramento prematuro do canal arterial; Polifenóis.

P22 - Colestase intra-hepática da gravidez e hemorragia intracraniana neonatal: a propósito de um caso clínico.

Inês Marques¹, Ana Pita², Sofia Duarte³, Micaela Serelha²

¹ Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro

² Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Departamento de Pediatria Médica do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

³ Serviço de Neuropediatria, Departamento de Pediatria Médica do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

Correio eletrónico para correspondência: anainesdominguesmarques@gmail.com

Introdução:

A colestase intra-hepática da gravidez (ICP), apesar de constituir uma situação benigna para a gestante, pode associar-se a complicações fetais e neonatais graves, nomeadamente hemorragia intracraniana.

Descrição Caso:

Recém-nascido admitido em UCIN por dificuldade respiratória (DMH II). Gravidez vigiada, complicada por ICP. Parto eutócico, às 35+2 semanas de gestação (SG), induzido por agravamento progressivo da colestase. IA 8/9, somatometria adequada à idade gestacional. Foi administrado surfactante, com melhoria progressiva, sendo extubado em D2, CPAP até D4 e em ar ambiente desde D6. Em D2/3 foi detetada hemorragia intra-periventricular (HIPV) com evolução para grau III e extensão parenquimatosa frontoparietal direita. A RMN-CE confirmou os achados ecográficos. Estudo alargado da coagulação normal. Elevação transitória de lactato, aguardando-se resultados definitivos de investigação de doenças hereditárias do metabolismo, normais até à data. Por agravamento da hidrocefalia pós-hemorragica, associada a letargia e hipotonia, não sendo possível drenagem eficaz por punção lombar, em D12 foi colocado reservatório de *Ommaya*®. Teve alta para o domicílio em D30, com o dispositivo intra-ventricular, atendendo à estabilidade clínica e imagiológica, mantendo seguimento regular multidisciplinar.

Discussão/Conclusão:

A HIPV verifica-se essencialmente ≤ 32 SG. A ocorrência de HIPV III às 35 SG é pouco frequente pelo que se iniciou investigação de causas menos comuns. Discute-se a possibilidade da ICP ter contribuído para a gravidade da HIPV, uma vez que já foi descrita associação desta com HIPV fetal/neonatal. Os autores relembram ainda a importância da vigilância pré e pós-natal cuidada nestes casos, a fim de minimizar a morbimortalidade fetal e neonatal associada.

Palavras-chave:

Colestase intra-hepática da gravidez; Hemorragia intra-periventricular; Prematuridade

P26 - Do everybody measure gestational age the same way we do?

Key words: assisted reproductive technologies (ART), Gestational age (GA), survival at extreme prematurity,

Introduction – the portuguese neonatal results have reached a good position in the international ranking but, nor a single baby has survived with 22 weeks GA!

By contrast, in many published papers there are references to survivors at this level of prematurity. An upsetting and unanswered question gave place to another consistent doubt.

The point is: does everybody measure GA the same way we do? Do foreign obstetricians and neonatologists measure GA through the well known conventional ways?

In last decades, ART have contributed to many births which in some countries reach 3,5% of all of them.

Prematurity is much more common after artificial fertilization and in those situations the GA is counted from the uterine transference day.

In ART atmosphere the first 4 ou 5 days of an embryo are neglected. However, 4 or 5 days make a big difference later on and in the «limits of viability»

Objective – to find an answer for an unexplained situation.

Method - the author investigated the above question in medical literature trying to cross information from obstetrics, medicine of reproduction and neonatology

Results – the findings may not explain all the situations but may help to understand some reasons for this intriguing circumstance.

Discussion - author believes that subtle differences in GA counting may contribute to important asymmetries in final results and among different centres and countries.

Author – Célia Iglésias Neves

Assistente hospitalar graduada da Maternidade Alfredo da Costa

P34 - Defeito iatrogénico da parede abdominal em recém-nascido - a propósito de um caso clínico

Catarina Maia¹, Evelin Pinto², Pinho de Sousa³, Joana Pereira³, Graça Ferreira⁴, Andreia Teles¹

1- Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia.

2- Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia

3- Serviço de Cirurgia Pediátrica, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia

4- Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia

Email do autor correspondente: catarinammaia@gmail.com

Introdução: Nas últimas décadas temos assistido ao desenvolvimento da cirurgia fetal, passando de uma área meramente experimental a uma realidade clínica aplicada no tratamento de algumas patologias com comprometimento do desenvolvimento fetal ou potencialmente fatais.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma recém-nascida, fruto de gestação complicada por hidronefrose bilateral, megabexiga, ureterocelo e oligohidrâmnios, submetida a cirurgia fetal às 26 semanas de gestação. Esta consistiu na realização de cistoscopia com incisão por laser de ureterocelo e desobstrução urinária. Posteriormente boa evolução, mantendo apenas discreta dilatação pielocalicial à direita. Parto às 36 semanas e 6 dias, cesariana por estado fetal não tranquilizador. Apgar 9/10 ao 1º e 5º minutos respectivamente, com um peso ao nascimento de 2800g. Durante a observação inicial da recém-nascida, constatada solução de continuidade circular com cerca de 5 mm de diâmetro no flanco esquerdo, com exteriorização de tecido intrabdominal. Submetida a redução cirúrgica no primeiro dia de vida de estrutura compatível com epíplon que se exteriorizava por defeito iatrogénico da parede abdominal. Iniciou alimentação entérica no segundo dia de vida, com boa tolerância alimentar e trânsito intestinal regular, tendo alta ao quinto dia, clinicamente bem. Orientada para consulta externa de Cirurgia Pediátrica e de Nefrologia Pediátrica, onde mantém seguimento.

Conclusão: A evolução da cirurgia fetal conduz ao nascimento de um maior número de recém-nascidos submetidos a intervenção in útero. Estes poderão apresentar complicações pouco frequentes e inesperadas decorrentes dessa intervenção.

Palavras Chave: cirurgia fetal, defeito da parede abdominal, iatrogenia.

P63 - Exposição pré-natal a antidepressivos – caso clínico

Raquel Costa, Mariana Miranda, Patrícia Maio, Dora Fontes, Isabel Nabais

Unidade de Neonatologia – Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Coordenador da Unidade de Neonatologia: Dr. Helder Ornelas

Director de Serviço de Pediatria: Dr. Helder Gonçalves

E-mail: raquelfreitascost@gmail.com

Introdução: A perturbação depressiva descrita em 7-16% das mulheres grávidas associa-se a aumento da morbi-mortalidade neonatal se não tratada. Contudo, a exposição *in útero* a alguns fármacos antidepressivos usados na gravidez, não está isenta de risco para o recém-nascido (RN).

Descrição de caso: Gestação vigiada sem intercorrências. Cesariana electiva de termo. RN de sexo feminino, com peso ao nascer adequado à idade gestacional, sem malformações aparentes. Necessidade de reanimação ao 1º minuto com auto-insuflador manual com máscara, por hipotonia, bradicardia e apneia com recuperação imediata. Internada na Unidade de Neonatologia às 3 horas de vida por apneia e cianose com necessidade de ventilação invasiva. Extubação e transição para ar ambiente às 6 horas de vida. Alimentação por sonda orogástrica por reflexos de sucção débeis e sonolência. Melhoria lenta e gradual, adquirindo autonomia alimentar ao 13º dia de vida.

Dos antecedentes familiares destaca-se mãe com síndrome depressivo major, medicada durante a gravidez com clonazepam e venlafaxina.

Exames complementares de diagnóstico: doseamento de benzodizepinas na urina negativo e relação serotonina/creatinina urinária aumentada.

Alta clínica ao 16º dia de vida com indicação para estimulação neurosensorial e do neurodesenvolvimento. Actualmente, com 24 meses, apresenta desenvolvimento adequado à idade.

Discussão/Conclusão:

Apesar de alguns fármacos antidepressivos serem usados durante a gravidez é necessário conhecer e alertar para os seus efeitos secundários que, apesar de raros, podem ser potencialmente graves, com compromisso na adaptação à vida extra-uterina. Conhecer a terapêutica administrada à grávida permite antecipar atitudes ao RN.

POSTERS – Sessão 2 - Sala Diana

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P10 - Hiperecplexia - confirmação genética de um diagnóstico clínico.

Autores: Cláudia Arriaga, Ana Dias, Lígia Basto, Eulália Afonso, Rosa Ramalho

Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE.

Endereço de contacto: arriaga_c@hotmail.com

Introdução: A hiperecplexia é uma doença genética rara, com manifestação neonatal, caracterizada por hipertonia, mioclonias durante o sono e resposta em sobressalto a estímulos tácteis, sonoros ou visuais.

Descrição do caso: Recém-nascido do sexo masculino, fruto de 1ª gestação vigiada, sem intercorrências, rotinas pré-natais sem alterações. Parto de termo por ventosa, peso adequado à idade gestacional, índice de Apgar 9/9/10. Nas 1ªs horas de vida evidenciou dificuldades alimentares, gemido à manipulação e postura hipertónica, ficando em vigiância. Manteve estabilidade cardio-respiratória, digestiva, metabólica e hematológica. Neurologicamente apresentava hipertonia com flexão dos membros, pobreza de movimentos espontâneos, Moro em postura hipertónica, polegar cortical, hiperreflexia e episódios de exacerbação da hipertonia perante estímulos tácteis e sonoros, acompanhados pontualmente de dessaturação, com ou sem apneia. Estudo imagiológico (ecografia transfontanelar e RM-CE) e eletroencefalográfico sem alterações; história familiar negativa. Iniciou clonazepam em dose crescente (máximo 0,25mg/kg/dia). Realizado estudo genético dirigido que identificou mutação em homozigotia no gene GLRB. O esclarecimento diagnóstico e a familiarização dos pais com a clínica e com a manobra de junção pés-cabeça, permitiu a alta em desmame do clonazepam.

Discussão: A hiperecplexia pode ser esporádica ou hereditária, de transmissão autossómica recessiva ou dominante, ligada aos genes: GLRA 1 (mais frequente), GLRB, GPHN, SCL6A5 e ARHGEF9. A ausência de história familiar pode explicar-se por uma mutação de novo ou por descendentes de portadores da forma autossómica recessiva. Apesar de clinicamente aparatoso, trata-se de um distúrbio paroxístico não epilético, de prognóstico favorável, cujo diagnóstico exige um elevado índice de suspeição clínica. A confirmação genética é importante para aconselhamento genético.

P14 - DPG-plus syndrome: new report of a rare entity

Laura Azurara¹, Filipa Vieira¹, Mónica Marçal¹, Madalena Lopo Tuna¹

1-Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Autor correspondente: laura.azurara@gmail.com

Keywords: DPG-plus syndrome, nasopharyngeal teratoma, newborn, pituitary gland duplication

Introduction: Duplication of the pituitary gland (DPG) is an extremely rare malformation. Different theories have been proposed to explain the cause of DPG, however, this phenomenon is not yet completely understood. Recently, DPG-plus syndrome has been described, associating duplication of the pituitary gland with other blastogenic defects.

Case report: We present the clinical and imaging findings of a newborn girl with a nasopharyngeal teratoma and a complex of associated midline malformations including palate cleft deformity, hypertelorism, bifid nasal bridge, tongue and uvula, DPG, hypoplasia of the *basis pontis* and corpus callosum, duplication of the basilar artery and hypothalamic hamartoma.

Discussion: We describe our patient's multidisciplinary team approach and emphasize the importance of reporting the upcoming cases, in order to give more insight in the understanding of this complex entity.

P15 - Fetal Warfarin Syndrome – a case report

Ana R. Sousa^{1,2}, Rita Barreira¹, Edmundo Santos¹

- 1- Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.
- 2- Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa. E-mail da autora correspondente: asousa@chlo.min-saude.pt

Background

Warfarin use during pregnancy may cause stillbirth, spontaneous abortion, premature delivery and various congenital anomalies known as fetal warfarin syndrome (FWS). The most consistent findings are nasal hypoplasia, stippling of uncalcified epiphyses and skeletal abnormalities. Current guidelines are not consensual; suggested options are replacing warfarin for low-molecular-weight heparin (LMWH) or unfractionated heparin during the first trimester or throughout gestation or maintaining warfarin if the necessary dose is $\leq 5\text{mg/day}$.

Case Presentation

We present the case of a newborn from a 40 weeks gestation of a 25-year-old woman anticoagulated with warfarin (5mg/day) because of mitral and aortic mechanical valve replacement. Warfarin was voluntarily suspended from weeks 8 to 10 of gestation. At 10 weeks anticoagulation was reassumed with warfarin and LMWH (maintained until adequate INR). Warfarin was maintained until week 39. Foetal echography at 21 weeks of gestation showed absence of nasal bones, small nostrils and opening of the last vertebral bodies. Foetal echocardiography showed a muscular ventricular sept defect (VSD). The newborn presented with nasal hypoplasia and depressed nasal pyramid. Nasal fibroscopy showed regions of stenosis in both nasal fossae. The x-ray scans showed stippling of lumbo-sacral vertebrae, epiphyses of both femurs and calcaneus and tarsal bones. A restrictive VSD was confirmed. Auditory evoked potentials were absent bilaterally. Transfontanelar ultrasound and ophthalmological examination were normal.

Discussion

Although warfarin was maintained at a low dose and suspended during part of the first trimester the newborn presented with signs of FWS. This case reinforces the importance of the discussion of adequate management of anticoagulation during pregnancy.

Keywords: anticoagulants, fetus, newborn, warfarin

P39 - Microdeleção 22q11.2 - uma síndrome subdiagnosticada

Autores: Inês Candeias¹, Sofia Almeida¹, Mariana Soeiro e Sá³, Ana Tavares², Sílvia Jorge¹, Sara Noéme Prado², Mafalda Martins¹, Patrícia Dias³

Instituição: ¹Unidade de Pediatria, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ²Unidade Funcional de Neonatologia, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ³Serviço de Genética, Hospital Santa Maria, CHLN.

Introdução: A síndrome da microdeleção 22q11.2 (SD22q11.2) é uma doença genética frequente com uma prevalência estimada de 1 em cada 2000-4000 nados-vivos. Tem uma expressão fenotípica variável com envolvimento multissistémico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma criança nascida às 28 semanas no contexto de infeção materna. A ecografia transfontanelar aos 3 meses apresentava alargamento da fenda inter-hemisférica e do sistema ventricular. Clinicamente com compromisso neuromotor grave,

paralisia cerebral e má progressão ponderal. Na ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) verificou-se padrão de polimicrogiria/paquigiria do córtex fronto-temporo-insular, alargamento do sistema ventricular e aumento do espaço subaracnoideu pericerebral. O estudo genético por *array comparative genomic hybridization* (aCGH) revelou deleção intersticial na região 22q11.2. Estudo genético familiar (hibridização *in situ* - FISH) confirmou a mesma deleção na mãe e no segundo filho. No irmão destacamos choro disfónico, fácies dismórfica, atraso do desenvolvimento psicomotor, má progressão ponderal e ecocardiograma com comunicação interventricular e *foramen* oval patente. RM-CE com alargamento do espaço pericerebral frontoparietal. Na mãe fenda palatina e perturbação psiquiátrica sem aparente compromisso intelectual.

Discussão: A SD22q11.2 surge, maioritariamente (90%) por uma mutação de novo e apresenta hereditariedade autossómica dominante. Esta síndrome não tem manifestações patognomónicas, mas está frequentemente associada a: fenda palatina, sequência de Pierre-Robin, dismorfias faciais, cardiopatia congénita, imunodeficiência, atraso psicomotor e perturbações psiquiátricas.

Conclusões: Esta síndrome é provavelmente subvalorizada e subdiagnosticada, pela sua variável expressividade fenotípica. O caso descrito é ilustrativo desta diversidade. A importância do diagnóstico prende-se com a identificação e intervenção precoces das diversas morbilidades, assim como, com o aconselhamento genético dos familiares.

P85 - Doença dos Peroxissomas - um caso severo de apresentação pré-natal

Autores: Ana Dias, Cláudia Arriaga, Lígia Basto, Patrícia Lapa, Eulália Afonso, Rosa Ramalho

Serviço de Neonatologia A, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE.

Diretora do Serviço: Rosa Ramalho

Endereço de contacto: dias.anacat@gmail.com

Introdução: As doenças dos peroxissomas compreendem um espectro de patologias com manifestações fenotípicas, neurológicas, metabólicas e genéticas variadas. O diagnóstico é pós-natal, sendo os achados pré-natais, quando presentes, inespecíficos.

Descrição do caso: Recém-nascido do género masculino, fruto de 1ª gestação vigiada, com evolução sem alterações até às 36 semanas, altura do diagnóstico de ventriculomegália direita (VD). Fez RM fetal cerebral confirmando VD com átrio ventricular com 24 mm de diâmetro em plano coronal. Parto por cesariana às 38S, com peso de nascimento adequado à idade gestacional e Índice de Apgar 7/8/9. Ao exame objetivo apresentava fácies peculiar (fronte proeminente, achatamento do maciço facial, lábio superior fino), fontanelas anterior e posterior alargadas, criptorquidia, palidez cutânea, hipotonia marcada, olhar vago e nistagmo intermitente. Ecografias transfontanelares seriadas com VD sem evidência de hipertensão (índice ventricular de 15,6mm, marcada dilatação do corno occipital com contornos quadrangulares e TOD 33,8mm). Falhou bilateralmente nas otoemissões acústicas. A observação oftalmológica foi normal. Ecografia abdominal normal. A D5 e D27 apresentou episódios de convulsões que cederam ao fenobarbital. Não é competente a mamar. Colocada a hipótese de Síndrome de Zellweger. A quantificação de Ácidos Gordos de Cadeia Muito Longa, aumentados, e de plamologénios eritrocitários, diminuídos, confirmaram Doença do Espectro do Zellweger.

Discussão: A gravidade destas doenças, dos quais Síndrome de Zellweger é a forma mais severa, mais precoce e com esperança média de vida abaixo do ano de idade, evidencia a importância da suspeição clínica para um correto e precoce diagnóstico. O esclarecimento diagnóstico e genético é fundamental para seguimento, prognóstico e aconselhamento genético.

Palavras-chave: Doenças do peroxissomas, síndrome de Zellweger, ventriculomegália

POSTERS – Sessão 3 - Sala Diana

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P31 - Hypertrophic pyloric stenosis on a Down syndrome infant with gastrostomy for long gap oesophageal atresia.

Marta Pinto¹, Catarina Ladeira², Daniel Virella¹, Laura Oliveira³, Cristina Borges²,
Patrícia Rodrigues¹

¹Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

²Department of Paediatric Surgery, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

³Department of Paediatric Gastroenterology, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

marta.albuquerque.pinto@gmail.com

Background. Long-gap oesophageal atresia requires a gastrostomy for enteral feeding until the programmed delayed correction can be done safely. Hypertrophic pyloric stenosis (HPS), a frequent surgical condition in the first few months of life, has an atypical presentation in patients with oesophageal atresia and gastrostomy. **Case Report.** A male neonate, third sibling of a Portuguese family, was born with hydramnios and high prenatal risk for Down syndrome. Delivered at term by caesarean section, oesophageal atresia was promptly detected and he was referred to a tertiary neonatal medico-surgical unit. Diversive gastrostomy was performed in the second day of life due to long gap oesophageal atresia without tracheal fistulae. Full enteral feeding was easily achieved. At day 50, gastric and oesophageal endoscopies were performed to reassess the gap length (3-4 cm). During the following week, feeding tolerance increasingly deteriorates and leakage of the gastrostomy develops. At day 61, he had the equivalent for projectile, non-bilious vomiting through the gastrostomy. Sonography reveals elongation (17 mm) and thickening of the muscular layer of the pylorus (4 mm). After pyloromyotomy the following day, full enteral feeding was again achieved. Programmed delayed correction of long gap oesophageal atresia continued as planned. **Discussion.** The causes of HPS are unknown, but genetic and environmental factors probably play a role. HPS has been reported to occur more frequently in patients with oesophageal atresia and tracheoesophageal fistula as compared to the general population. Vagal injury, performance of a gastrostomy, and transpyloric feeding tubes have been implicated in the increased incidence.

Key-Words: Down syndrome, gastrostomy, hypertrophic pyloric stenosis, long-gap oesophageal atresia, sonography.

P32 - Severe pelvic malformations in a female newborn with caudal regression sequence

Marta Pinto¹, Fernando Chaves¹, Daniel Virella¹, Fátima Alves², Rui Alves²

¹Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

²Department of Paediatric Surgery, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

marta.albuquerque.pinto@gmail.com

Background. Caudal regression sequence (OMIM 600145) is a rare congenital malformation of the lower spinal segments associated with aplasia or hypoplasia of the sacrum and lumbar spine; it may associate with a wide variety of cardiac, urologic, genital and intestinal anomalies. The specific symptoms and severity can vary dramatically from one infant to another.

Case Report. A female neonate, third sibling of a West African family, was born in Portugal due to prenatal diagnosis of unilateral polycystic kidney, delivered at term by caesarean section. Imperforate anus was detected in the delivered room and she was referred to a tertiary neonatal medico-surgical unit. Antesurgical imagiology revealed absence of the sacrum with abnormal raquidean channel (anchored medulla) and dysplastic multicystic left kidney; brain and heart sonographies were normal. Diversive colostomy was performed in the first day of life; the surgical exploration revealed left monocornic uterus with its homolateral annexes, and rectal fistula to the vulvar vestibulum with absence of vaginal introitus. The bladder fully empties spontaneously. The cystography revealed a normally sized bladder with grade I reflux to the right kidney and continence on the left side. She was started on trimetropim prophylaxis and is followed up in the Paediatric Urology outpatient clinic for further study of the neuroaxis and spine, renal function and pelvis.

Discussion. Either prenatal diagnosis of isolated nephro-urologic anomalies or neonatal diagnosis of imperforated anus should lead to thorough search for associated anomalies. In the present case, a classic caudal regression sequence associates with less frequent genital anomalies.

Key-Words: Caudal regression sequence, imperforated anus, monocornic uterus, neonate, urinary continence.

P35 - Gastrosquisis e onfalocelo – casuística de 11 anos

Catarina Maia¹, Marina Amaral², Márcia Gonçalves¹, Conceição Quintas¹

1- Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia.

2- Serviço de Cirurgia Pediátrica, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia

Email do autor correspondente: catarinammaia@gmail.com

Objetivo: Analisar as características epidemiológicas, o tratamento e evolução clínica dos casos de gastrosquisis e onfalocelo internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

Métodos: Estudo retrospectivo, baseado na análise dos processos clínicos dos recém-nascidos internados entre janeiro de 2004 e abril de 2015, com diagnóstico de gastrosquisis ou onfalocelo.

Resultados: Identificaram-se 8 casos, 4 de gastrosquisis e 4 de onfalocelo, a maioria do sexo feminino. A idade materna média foi inferior naqueles com gastrosquisis. Sete pacientes tinham diagnóstico pré-natal, predominantemente realizado no primeiro trimestre de gestação nos com onfalocelo e mais tardiamente nos casos de gastrosquisis. Tratou-se de uma primeira gestação em 75% da amostra. A via de parto mais frequente foi a cesariana. A média de idade gestacional ao nascimento e o peso médio dos recém-nascidos foi inferior nos com gastrosquisis. Todos foram submetidos a cirurgia no primeiro ou segundo dia de vida, com encerramento primário da parede abdominal em 7 casos. Um dos recém-nascidos com gastrosquisis apresentava atresia jejuno-cólica, tendo necessitado de múltiplas cirurgias. Ocorreu um óbito: onfalocelo associado a outras malformações. A evolução foi favorável nos restantes 6 pacientes. Destes, a média de internamento foi 31,6 dias. A maioria iniciou alimentação entérica na primeira semana. Não se verificou nenhum caso de enterocolite necrotizante.

Conclusões: Os defeitos congénitos da parede abdominal constituem um grupo importante de patologias cirúrgicas em cuidados intensivos neonatais encontrando-se algumas diferenças clínicas entre as duas entidades estudadas. A mortalidade e morbilidade dependeu sobretudo das anomalias associadas, sendo o prognóstico favorável nos restantes casos.

Palavras Chave: epidemiologia, gastrosquisis, morbilidade, onfalocelo.

P81 - Aspeto atípico da cicatriz umbilical – sentinela para anomalias do úraco

Autores: Rita Espirito Santo¹, Margarida Alcaface², Ana Tavares³, Rosário Sossai³

¹ Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa, ² Departamento de Pediatria, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, ³Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Mulher e Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução:

A incidência verdadeira das anomalias do úraco é actualmente desconhecida. A idade média de diagnóstico varia de acordo com a literatura entre o 1,8 meses e os 6.2 anos. As manifestações mais frequentes são a perda de urina pelo umbigo, aspecto anómalo da cicatriz umbilical, dor ou infecção locais.

Caso Clínico:

Apresentamos um recém-nascido de termo avaliado no Serviço de Urgência em D8 de vida por cheiro fétido do cordão umbilical. À observação destacamos secreção fétida do coto umbilical, rubor periumbilical moderado e estrutura fibrosa adjacente ao coto. A avaliação analítica não mostrou elevação dos parâmetros laboratoriais de infecção. Hemocultura negativa e exsudado umbilical com crescimento polimicrobiano (*Staphylococcus aureus metilino sensível*, *enterobacter cloacae* e *Acinetobacter Baumanni*). Realizou 72 horas de antibioticoterapia endovenosa, com melhoria dos sinais inflamatórios e regressão parcial da estrutura fibrosa. Realizou ecografia aos 19 dias de vida que revelou um quisto do úraco com cerca de 1 cm de diâmetro. Aos 2 meses repetiu ecografia que mostrava apenas resquício do úraco sem outras alterações, tendo alta da consulta de Cirurgia Pediátrica aos 9 meses por não apresentar anomalias.

Discussão/Conclusão:

Alterações atípicas da cicatriz umbilical devem fazer suspeitar de anomalias do úraco, sendo pertinente a sua investigação pois têm um risco subjacente de desenvolver infecção ou adenocarcinoma. O tratamento de rotina era excisão cirúrgica, mas recentemente têm-se optado por uma abordagem conservadora, como neste caso, verificando-se regressão total da anomalia.

P78 - Hipocalcemia neonatal: desafio diagnóstico

Carla Ferreira, Liliana Branco, Mónica Costeira, Joana Neves, Fernando Graça, Clara Paz Dias, Cláudia Tavares, Bernarda Sampaio Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital Sra. Oliveira

INTRODUÇÃO A hipocalcemia neonatal tem como causas prematuridade, restrição de crescimento fetal, diabetes gestacional, asfixia perinatal, hipotireoidismo ou hipoparatiroidismo resultante de mutações genéticas sindrômicas ou isoladas com por exemplo hipocalcemia autossômica dominante (HAD). **CASO CLÍNICO** Recém-nascido (RN) filha de pais saudáveis não consanguíneos. Segunda gestação, por fertilização in vitro, com oligoâmnios às 30 semanas e por alteração de fluxos, às 33 semanas, nascimento por cesariana de RN sem dismorfias, com peso 1547g e IA 9/10. Em RN assintomática detectou-se hipocalcemia, insuficiência renal aguda e PTH indoseável desde D9 de vida. Iniciou suplementação com cálcio, a que associou posteriormente associou sulfato de magnésio (D11). Amostras de urina revelaram hipocalciúria. A ecografia renovesical sem nefrocalcinose evidente. A função tiroidea (t4 livre e TSH) e a 25-hidroxivitamina D foram normais. Em D29, surgiram mioclonias e em D41 e 42 convulsões tonicoclónicas generalizadas, que reverteram com gluconato de cálcio. Em D59 inicio súbito de insuficiência multiorgânica com consequente falecimento. O resultado do estudo obtido postmortem, foi negativo para rastreio de doenças metabólicas e o estudo molecular do gene GNA 11 revelou a presença em heterozigotia da variação de sequência c43_-4del. O estudo genético do pai (assintomático) permitiu identificar a mesma mutação. **CONCLUSÃO** Apesar de mutação no gene GNA 11 estar associada a HAD, a mutação identificada no RN não explica o quadro clínico. A recusa por parte dos pais na realização dos estudos anátomo-patológicos impossibilita o estabelecimento de um diagnóstico, o que comprometerá o nosso desempenho perante uma futura gestação. **PALAVRAS CHAVE** Gene GNA11, hipocalcemia neonatal, hipoparatiroidismo

POSTERS – Sessão 4 - Sala Diana

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P71 - Um Caso De Doença De Hirschsprung Familiar

Ângela Freire da Luz¹; Vinícius Gonçalves²; Nádia Sandra Orozco Vargas², Maria Esther Ceccon²; Werther Brunow Carvalho²

1- Serviço de Pediatria; Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Évora

2- Centro de Tratamento Intensivo Neonatal 2 do Instituto da Criança, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Brasil

Contato: angela_fluz@yahoo.com.br

Introdução

A doença de Hirschsprung (DH) é uma disfunção motora intestinal causada pela ausência de células ganglionares, na submucosa do reto, estendendo-se a distância proximal variável. Existem casos de DH esporádicos, relacionados ou não com situações sindrômicas. Quando há história familiar, geralmente a DH manifesta-se isoladamente e o risco de recorrência é maior na transmissão de linhagem materna.

Caso Clínico

Recém-nascido de termo, género masculino, terceiro filho de pais jovens, não consanguíneos, com história familiar de DH (avó materna, dois tios maternos e dois irmãos). Apresentou-se às 41 horas de vida com distensão abdominal, vômitos acastanhados e ausência de dejeções desde o nascimento. Na estimulação retal observou-se saída de pequena quantidade de mecónio. No quinto dia de vida confirmou-se DH por biópsia retal e no sétimo foi submetido a laparotomia, com colostomia esquerda proximal e encerramento do colón distal. Iniciou dieta entérica às 48h de pós-operatório. Aos 21 dias de vida, por episódio de oclusão intestinal por brida e perfuração, foi submetido a enterectomia segmentar de jejuno e anastomose término-terminal. Teve alta aos 30 dias de vida com colostomia funcionante. Tem avaliação genética em curso.

Conclusões

Embora a ausência de dejeções em doente com história familiar de DH seja um sinal de alerta, a sua presença não exclui a doença. Até um terço dos doentes pode desenvolver enterocolite associada a DH, uma importante causa evitável de mortalidade. Um alto índice de suspeição em casos de obstrução intestinal baixa no período neonatal possibilita diagnóstico precoce, essencial na prevenção de complicações.

Palavras-chave: distensão abdominal, doença de Hirschsprung, familiar

P18 - Compressive cervical teratoma in an extremely premature newborn: procedures and outcome.

Daniel Virella¹, Sofia Morão², Vanda Vital², Carlos Marques Pontinha³, Inês Cunha⁴, Ana Isabel Rega⁵, José Cabral⁶, Micaela Serelha¹

1 - Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal;

2 – Department of Paediatric Surgery, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal;

3 – Department of Anatomopathology, Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal;

4 – Otorhinolaryngology Service, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal;

5 – Speech and Language Therapy Unit, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal;

6 – Unit of Paediatric Gastroenterology, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal.

Background. Large congenital cervical tumours are rare, severe conditions, causing both airway patency and surgical excision problems. Great prematurity further increases its complexity. **Case Report.** A female neonate was born at 28 weeks, weighting 1030g, in a tertiary perinatal centre, due to spontaneous labour. This primigesta had medical surveillance and ultrasound was considered normal shortly before delivery. A large cervical mass causing respiratory distress led to prompt intubation in the delivery room, followed by mild ventilatory support. Early ultrasound suggested cervical haemangioma and she was referred to a medico-surgical neonatal unit. Further pre-operative imaging also suggested lymphangioma. At the 5th day of life tumour excision was performed identifying close contact with para-oesophageal and tracheal structures. Histopathology revealed an immature cervical teratoma. Non-invasive ventilatory support was required after extubation, 4 days after surgery, due to stridor and increased respiratory effort. Laryngoscopy (direct and fibroscopy) revealed paralysis of the right hemilarynx and paresis of the left. Full enteral feeding by tube was slowly achieved with anti-reflux formula and intermittent nasal pressure support with oxygen was required and criteriae for chronic lung disease were achieved. Follow-up laryngoscopies showed recovery of the left vocal cord paresis. In spite of intensive speech therapy, after videofluoroscopic swallowing study, gastrostomy was performed at age 7½ months **Discussion.** The differential diagnosis of congenital cervical tumours must include teratoma. Their surgical excision is technically challenging, therefore stridor and dyspnoea should suggest laryngeal nerve lesion and the consequent diagnostic and rehabilitation protocol must be followed.

Key-Words: Gastrostomy, great prematurity, imature cervical teratoma, videofluoroscopic swallowing study, vocal cord paralysis.

P38 - Hemangioendotelioma Kaposiforme associado a Síndrome de Kassabach-Merrit– um caso clínico

Rita Valsassina¹, Ana Boto¹, Isabel Freitas³, João Golão⁴, Fernanda Melo², Paulo Oom¹

1- Departamento de Pediatria do Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Lisboa, Portugal

2- Unidade de Neonatologia, do Departamento de Pediatria do Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Lisboa, Portugal

3- Serviço de Dermatologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Lisboa, Portugal

4- Departamento de Cirurgia Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Lisboa, Portugal

E-mail: rita.valsassina@gmail.com

Palavras chave: Hemangioendotelioma Kaposiforme, malformações congénitas, Síndrome de Kasabach-Merritt, trombocitopénia, Tumor vascular

Introdução

O Hemangioendotelioma Kaposiforme (HK) é um tumor vascular raro, localmente agressivo, que ocorre na infância. Está frequentemente associado a coagulopatia de consumo grave - síndrome de Kasabach-Merritt (SKM), responsável pela mortalidade e morbidade significativa no período neonatal, incluindo instabilidade hemodinâmica, invasão local, compressão de órgãos vitais.

O tratamento é um desafio, principalmente na ausência de resposta à terapêutica convencional.

Descrição do Caso

Recém-nascido sexo feminino, sem diagnóstico pré-natal, admitida na unidade de neonatologia após o nascimento por petéquias e extensa placa eritmatoviolácea infiltrada na coxa direita, associada a trombocitopenia (78000/uL) e alteração da coagulação [(aPTT 42mg/dL (24-35), fibrinogénio 24 mg/dL (169-551), D-dímeros 31,77 mg/dL (<0,5)]. Imagiologicamente, a ressonância magnética revelou “volumosa lesão expansiva de partes moles, com componente infiltrativo multicompartimental, incluindo retroperitoneal”.

Admitiu-se o diagnóstico de HK associado SKM, tendo iniciado corticoterapia e propranolol em D2 de vida e suporte transfusional. Por hemorragia intratumoral necessitou de transfusões frequentes de plaquetas e plasma fresco.

Em D18 de vida, perante a má resposta terapêutica iniciou vincristina e terapêutica antiagregante. Teve alta em D19 mantendo esquema de quimioterapia (24º ciclos de vincristina), após o qual se verificou redução franca do componente pélvico e retroperitoneal, persistindo a lesão vascular na anca e coxa direitas.

Actualmente com 20 meses, apresenta bom desenvolvimento estaturo-ponderal e psico-motor, estando previsto iniciar terapêutica com sirolimus dadas as dimensões do tumor e trombocitopénia mantida.

Discussão/conclusão

Os HK são tumores vasculares raros e agressivos, muitas vezes associados a SKM. Este caso realça a importância de uma abordagem precoce e multidisciplinar.

P37 - Higroma quístico e quilotórax recorrente em recém-nascido – caso clínico

Autores: Joana Grenha, Mário Correia de Sá, Anabela João, Jacinto Torres, Marta Vila Real, Jorge Sales Marques

Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Vila Nova de Gaia

joanagrenha@gmail.com

Introdução: O Síndrome de Noonan é uma doença genética e clinicamente heterogénea, caracterizado por dismorfias faciais, baixa estatura e cardiopatia.

Caso clínico: Recém-nascido (RN) internado na UCIN por síndrome polimalformativo. Antecedentes pré-natais: higroma quístico, derrame pleural recorrente, prega da nuca aumentada e hidronefrose. A análise dos microarrays das vilosidades coriônicas excluiu as principais doenças metabólicas e rasopatias. Cesariana às 32 semanas e 3 dias por sofrimento fetal; necessidade de suporte ventilatório no 1º minuto de vida. Peso ao nascimento: 2600g, perímetro cefálico 33 cm (AIG). O RN apresentava proeminência frontal bilateral, hipertelorismo, fendas palpebrais oblíquas, implantação baixa dos pavilhões auriculares, linfedema generalizado, *pterygium coli*, pescoço curto e criptorquidia. Quilotórax recorrente (múltiplas drenagens e tratamento com octeótrido) e necessidade de ventilação mecânica durante 98 dias. Detectado obstáculo médio-ventricular esquerdo com evolução para cardiopatia hipertrófica assimétrica; hipertensão sistémica controlada com furosemida e propranolol. Evidência de atraso global do desenvolvimento psico-motor. A RMN cerebral revelou atrofia cortico-subcortical frontal, higromas, leucomalácia periventricular, alargamento da cisterna magna e corpo caloso fino. Refluxo gastro-esofágico grave com má evolução estaturoponderal, tendo sido colocado botão gástrico e realizada funduplicatura esofagogástrica. Estudo pós natal: CDTs e galactosialidose negativos. No painel das rasopatias foi identificada a mutação em heterozigotia c.G1391T no gene BRAF, confirmando-se a suspeição clínica de Síndrome de Noonan. Teve alta aos 12 meses, sob intervenção e orientação multidisciplinar.

Discussão: O Síndrome de Noonan apresenta características fenotípicas comuns a outras rasopatias, com bom prognóstico a longo prazo. O gene BRAF está implicado em menos de 2% dos casos.

Palavras chave: higroma quístico; gene BRAF; quilotórax; Noonan.

P61 - Índice de apgar 0 ao 1º minuto

Muriel Ferreira, Cristina Resende, Dolores Faria, Carlos Lemos

Serviço de Neonatologia B, Maternidade Bissaya Barreto – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

murielguardaferreira@gmail.com

Introdução e Objetivo: A reanimação do recém-nascido (RN) que nasce com índice de apgar (IA) 0 ao 1º min, constitui um dilema para o neonatologista, e associa-se a elevada mortalidade e mau prognóstico neurológico.

O objetivo deste estudo foi avaliar a mortalidade e as sequelas nestes RN, comparando a evolução tendo em conta o tempo de recuperação da frequência cardíaca.

Métodos: Análise descritiva retrospectiva dos RN com idade gestacional ≥ 33 semanas e IA 0 ao 1º min, reanimados com sucesso e internados na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), entre janeiro de 1994 e junho de 2015. Foram excluídos casos com malformações e mortes in útero.

Resultados: No período analisado foram internados na UCIN 20 RN (13 nascidos na maternidade e 7 transferidos de outros hospitais). Havia história de sofrimento fetal agudo em 14 e em 16 o parto foi emergente. Registaram-se 11 óbitos e dos sobreviventes, 7 apresentam paralisia cerebral (PC) e 2 desenvolvimento psico-motor (DPM) adequado. Dos 4 RN em que houve normalização da frequência cardíaca (FC) antes do 5º min de vida, 2 têm DPM normal, 1 faleceu e 1 evoluiu para PC. Nos restantes casos, 10 faleceram e 6 desenvolveram PC. Fizeram hipotermia 5 RN (4 faleceram e 1 apresenta PC). Nos 2 RN com adequado DPM a recuperação e normalização da FC, foi fácil, rápida e ocorreu nos primeiros minutos de vida.

Conclusões: O prognóstico do RN em morte aparente, mesmo quando adequadamente reanimado, é habitualmente reservado, associando-se a elevada taxa de mortalidade e PC.

Palavras-chave: apgar; prognóstico; reanimação

POSTERS – Sessão 5 - Sala Diana

Quinta, 5 de Novembro – 13:30 h

P25 - A Case Of Alloimmune Thrombocytopenia With Neutropenia

AUTHORS: Sónia Marques, Mafalda Lucas, Ana Rodrigues, Ana Rute Ferreira, Glória Carvalhosa, Ana Neto

Unidade Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, Serviço de Pediatria

Hospital Cuf Descobertas, Lisboa

sonia.fonseca@jmellosaude.pt

Introduction: Neonatal alloimmune thrombocytopenia (NAIT) is the most common cause of severe perinatal thrombocytopenia, results from feto-maternal platelet antigen incompatibility leading to the production of maternal antibodies and destruction of fetal platelets during pregnancy. Correlation between anti-HLA alloantibodies and neonatal neutropenia is extremely rare, in part because of reduced expression of leukocyte HLAs in neonates. A limited number of reports have implicated transplacental passage of maternal HLA antibodies as cause of Neonatal alloimmune neutropenia (NAN).

Because both platelets and neutrophils exhibit HLAs, it is possible for HLA antibodies to cause both NAN and NAIT. Combined alloimmune cytopenias are rare. We report a case of NAIT associated with neutropenia presumably alloimmune.

Case Report: The authors present the clinical case of a newborn admitted in the Neonatal Intensive Care Unit with petechiae in the abdomen and lower limbs, without other signs of disease. Analytic results revealed severe thrombocytopenia (platelet count 5000/mm³) and neutropenia (neutrophils 720/mm³), negative septic screening and normal primary coagulation tests. Normal cerebral ultrasound. Maternal antiplatelet antibody tests positive for HLA Class I. Treated with platelet transfusion and immunoglobulin.

Conclusions: This clinical case is relevant because we describe the simultaneous occurrence of NAIT and neutropenia which is rare. The early and correct diagnosis is very important in order to apply appropriate treatment to the neonates and allow an effective prenatal therapy for future pregnancies.

P36 - Trombocitopenia neonatal – um desafio diagnóstico

Sofia Peças (sofiappecas@gmail.com), Joana Cachão, Alice Machado, Nádía Pereira, Vítor Neves

Serviço de Pediatria, Unidade de Neonatologia. Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E - Hospital de São Bernardo.

Introdução: A trombocitopenia é um dos problemas hematológicos mais frequentes nos recém-nascidos (RN) internados em Unidades de Neonatologia, ocorrendo, no entanto, em menos de 1% de todos os recém-nascidos.

Descrição do caso: Recém-nascido do sexo masculino, primeiro filho de mãe com 41 anos, saudável. Gestação vigiada, sem patologia. Parto por cesariana, por sofrimento fetal agudo, às 36 semanas e 6 dias. IA 7/8, sem necessidade de reanimação. PN 1960g (<P3). Na 1.^a hora de vida apresentou sinais de dificuldade respiratória, com gemido e hipoxémia. Internado na UCEN, com necessidade de ventilação não invasiva até D3. A avaliação analítica em D1 revelou trombocitopenia moderada (88000/ μ L), mantendo valores plaquetários entre 30000/ μ L e 35000/ μ L até D10. O RN manteve-se hemodinamicamente estável e sem sinais de discrasia hemorrágica. Da investigação diagnóstica, destaca-se: parâmetros inflamatórios negativos, esfregaço de sangue periférico sem alterações, serologias TORCH negativas, ecografia transfontanelar normal. No estudo de trombocitopenia aloimune, a pesquisa de anticorpos antiplaquetários foi negativa. Contudo, a genotipagem plaquetária revelou incompatibilidade entre mãe e pai/filho. A evolução clínica foi favorável, com normalização da contagem plaquetária em D16, sem terapêutica.

Conclusão: Apesar da presença simultânea de etiologias frequentes de trombocitopenia, uma investigação mais aprofundada pode conduzir ao diagnóstico de uma causa menos provável, que pode estar subjacente e cujo diagnóstico seja essencial para a referenciação e aconselhamento familiar futuro.

Palavras-chave: trombocitopenia neonatal

P42 - O bebé amarelo na sala de partos.

Autores: Nuno Lourenço¹, Muriel Ferreira¹, Margarida Fonseca¹, Teresa Sevivas², Adelaide Taborda¹

¹ Serviço de Neonatologia da Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

² Serviço de Hematologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Email do autor correspondente: n.a.lourenco@gmail.com

Palavras-chave: icterícia, isoimunização.

Introdução

A incompatibilidade ABO ocorre com uma frequência de 15 a 20% das gestações mas é responsável por apenas 2 a 5% dos casos de doença hemolítica do recém-nascido (DHRN).

A hiperbilirrubinemia manifesta-se frequentemente nas primeiras 24 horas de vida, contudo, os recém-nascidos são geralmente assintomáticos ao nascer. A hemólise só excepcionalmente atinge a gravidade da DHRN por Incompatibilidade Rh, é mais comum com Ac anti-A e mais grave com Ac anti-B.

Descrição do caso

Gravidez vigiada, sem intercorrências relevantes, com serologias inocentes e ecografias sem alterações. O grupo sanguíneo da mãe era O Rh positivo. O recém-nascido nasceu bem, sem necessidade de reanimação e foi colocado em contacto pele-a-pele. Aos 30 minutos de vida detetada icterícia na face e tronco e palidez cutânea. Fez avaliação analítica: Hemoglobina 13,4 g/dl; 27% de reticulócitos; Bilirrubina total 202 umol/L; Grupo sanguíneo do recém-nascido: B Rh negativo; Teste Coombs direto positivo Foi administrada 1 dose de imunoglobulina em D1 e realizada fototerapia intensiva. Em D3 a bilirrubina total foi de 207 micromol/L e a hemoglobina 11,1 g/dL, pelo que fez transfusão de concentrado eritrocitário.

O estudo de anticorpos eritrocitários por técnica de Eluição mostrou anticorpos anti-B, confirmando DHRN por Incompatibilidade ABO tipo B.

Tem alta em D6 com Hemoglobina 17,2g/dl, bilirrubina total de 115 umol/L.

Discussão/Conclusão

A hemólise por anti-B é menos frequente mas pode originar anemia e hiperbilirrubinemia severas. Este caso mostra um recém-nascido sintomático desde o nascimento com icterícia e hiperbilirrubinemia significativa, em que o diagnóstico e intervenção precoce foram determinantes.

P59 - Linfopénia no recém-nascido: será imunodeficiência primária (IDP)?

Autores: Sofia Rodrigues Almeida¹, Inês Candeias¹, Sara Noéme Prado¹, Isabel Castro Esteves²

¹Unidade de Neonatologia, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, ²Unidade de Infeciologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

sophia.alex@hotmail.com, ines.icandeias@gmail.com, saranoeme@gmail.com,
isabel.castro.menezes@gmail.com

Introdução: No período neonatal a linfopénia é muitas vezes subvalorizada. As IDP devem ser consideradas como diagnóstico e um elevado nível de suspeição pode contribuir para transplante de células progenitoras hematopoiéticas precoce, com implicações prognósticas.

Descrição do caso: RN sexo masculino, 37 semanas, diabetes gestacional, RCF, internado às 9 horas vida por hipoglicemia assintomática. Em D1: Hb 15,8 g/dL, trombocitopenia (mínimo 11000/uL), leucopenia (4700/uL) com linfopenia (1210/uL), persistentes. Em D9 por suspeita de sépsis tardia com pneumonia e exantema macular iniciou cefotaxima, gentamicina e vancomicina; analiticamente: linfopenia (1130/uL), neutropenia (1260/uL), eosinofilia (1470/uL), PCR máxima 1,2 mg/dL; hemocultura e coprocultura negativas, urocultura (*E.coli* ESBL+); ecografias transfontanelares seriadas sem alterações. Transferido para hospital terciário em D10 por suspeita de imunodeficiência primária. Manteve antibioterapia, iniciou anfotericina B, cotrimoxazol e efectuou imunoglobulina. Radiografia tórax com presença de sombra tímica, ecocardiograma normal. Óbito em D21 por choque séptico. Estudo imunofenotípico por citometria de fluxo: ausência de linfócitos B, linfopenia T e NK, sem hiperactivação celular, presença de células T reguladoras e células naive; IgG 691 mg/dL (pós-IgEV), IgA 20 mg/dL e IgM 17 mg/dL; FISH para del22q11 (negativo) e cariótipo (normal). Aguarda sequenciação exómic para diagnóstico definitivo.

Discussão/conclusão: Neste caso, a valorização precoce da presença de linfopénia contribuiu para transferência para centro especializado, permitindo uma optimização terapêutica, uma completa investigação diagnóstica e posterior aconselhamento genético. A linfopénia no sangue periférico no período neonatal alerta para a presença de IDP, devendo estas ser consideradas no diagnóstico diferencial de citopénias e sépsis, melhorando a capacidade de implementar tratamento curativo e a sobrevivência.

Palavras-chave

Imunodeficiência primária, linfopénia, recém-nascido

P83 - Trombocitopénia neonatal aloimune: uma roleta russa.

Margarida Alcafache¹, Rita Espírito Santo², Rosário Cancellada D'Abreu³, Ana Tavares³, Eduarda Reis³

¹Departamento de Pediatria, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central,

²Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa, ³Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Mulher e Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução:

A trombocitopénia neonatal aloimune (TNAI) é a causa principal de trombocitopenia neonatal isolada. Tem um espectro clínico alargado desde a anomalia laboratorial isolada até à hemorragia intracraniana (HIC) grave. Ocorre com frequência na primeira gravidez, tem probabilidade de recorrência e gravidade progressiva. Descrevemos dois casos que ilustram a variabilidade clínica desta entidade e a dificuldade de predição da sua evolução.

Descrição de caso:

Caso 1: RN pré-termo tardio, com exantema petequial e múltiplas equimoses ao nascimento, contagem plaquetária de $8 \times 10^9/L$. Sem história de trombocitopénia materna ou fármacos. Realizou transfusão plaquetária única e imunoglobulina humana (1g/kg), aumento da contagem plaquetária para $107 \times 10^9/L$ em D2 e $155 \times 10^9/L$ em D3. Ecografias cerebrais transfontanelares (EcoTFs) seriadas sem sinais de hemorragia.

Caso 2: RN de termo assintomático, com antecedentes familiares de irmão com múltiplas HIC no contexto de TNAI, que apresentou às 12 horas de vida trombocitopénia ($39 \times 10^9/L$ plaquetas) com recuperação gradual, atingindo ao 5º dia de vida $173 \times 10^9/L$ plaquetas sem necessidade de transfusão. EcoTFs seriadas sem alterações.

Em ambos os casos foi realizada tipagem plaquetária que identificou “*human platelets antigen*” (HPA) 1b/b materno e 1a/b neonatal, confirmando o diagnóstico de TNAI.

Discussão/Conclusão

A TNAI deve ser considerada em todos os RN com sinais de discrasia hemorrágica precoce sem outra sintomatologia. Os dois casos ilustram a heterogeneidade clínica típica desta entidade. Recordamos que antecedentes de TNAI representa elevado risco para uma gravidez subsequente, sendo essencial reconhecer estes casos de forma a proporcionar seguimento em centro médico especializado.

POSTERS – Sessão 6 - Sala Diana

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P23 - Toxoplasmose Congénita – Quando se Falham os Rastreios

Borges C.¹, Bragança C.², Henriques R.³, Ferreira F.¹, Garcês S.¹

¹ Serviço de Pediatria, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja

² Serviço de Obstetrícia, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja

³ Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Beja, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja

borgescatarinamelo@gmail.com

Palavras-chave: Calcificações intracranianas, Coriorretinite, Rastreio pré-natal, Toxoplasmose congénita, *Toxoplasma gondii*

Introdução: A toxoplasmose congénita tem uma incidência estimada entre 1:1000 e 1:10000 nascimentos, variável consoante a área geográfica, de acordo com a prevalência do parasita e o programa de rastreio na grávida. O espectro clínico é extenso, indo desde a infecção subclínica à doença grave com afecção do sistema nervoso central e lesões oftalmológicas.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de um recém-nascido, sexo masculino, internado na Neonatologia por suspeita de infecção congénita a toxoplasmose. Trata-se de uma 1ª gestação com vigilância incompleta, três ecografias relatadas como normais, serologia negativa para toxoplasmose no 1º trimestre, repetida apenas às 37 semanas, altura em que se constata seroconversão, tendo iniciado espiramicina em dose infra-terapêutica. Parto eutócico de termo com somatometria adequada e boa adaptação à vida extra-uterina, sem alterações ao exame objectivo. Iniciou pirimetamina e sulfadiazina no 1º dia de vida. Anticorpos IgG e IgM positivos para toxoplasmose, com uma baixa avidéz. Realizou punção lombar para pesquisa de DNA que foi positiva para *Toxoplasma gondii*. A ecografia transfontanelar revelou calcificações intracranianas. Foi observado por Oftalmologia, confirmando-se coriorretinite, razão pela qual iniciou prednisolona. Actualmente com 2 meses de vida, mantém seguimento em consulta.

Discussão: Embora a infecção seja habitualmente assintomática na grávida, as consequências para o recém-nascido podem ser bastante deletérias. Assim, é importante sensibilizar para uma adequada prevenção, primária e secundária, tendo presente que se trata de uma infecção evitável. No entanto, o rastreio sistemático da grávida levanta problemáticas no que respeita a relação custo/benefício, dificuldade na interpretação de resultados ou erros diagnósticos.

P87 - Serologia da rubéola na era vacinal: Estará garantida a imunidade de todas as grávidas??

Rita Espírito Santo¹, Catarina Salgado¹, Sandra Valente¹ e Joana Saldanha¹

¹Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: A infecção fetal pelo vírus da rubéola pode ter como consequência o síndrome da rubéola congénita(SRC). A Direção Geral de Saúde(DGS) preconiza a realização de serologia préconcepcional ou no 1ºtrimestre para todas as grávidas, com repetição entre as 18-20 semanas no caso de ausência de imunidade.

Objectivo: Analisar a vigilância serológica da rubéola e a imunidade para a mesma num grupo de puérperas.

Métodos: Estudo prospectivo oportunistico através dos registos da serologia da rubéola nos Boletins de Saúde da Grávida de uma amostra de puérperas e verificação do cumprimento da norma da DGS. Na ausência de registo foi pedida serologia materna, na ausência de imunidade, foi consultado o Boletim Individual de Saúde.

Resultados: A amostra final continha 436 puérperas, todas gestações vigiadas, sendo que 46 não tinham os registos preconizados. A serologia pré-concepcional foi realizada em 20 casos, sendo que 2 não apresentavam imunidade, no entanto não foram revacinadas previamente à gestação, nem realizaram o esquema de vigilância da DGS. Detectaram-se 31 grávidas não imunes, apenas 10 (32%) apresentavam o esquema correcto de vigilância. Todas tinham sido vacinadas na infância e posteriormente foram orientadas a realizar nova imunização.

Discussão/conclusão: Verificámos na nossa amostra 7,1% das puérperas não estavam imunes para a rubéola durante a gravidez, embora todas tenham sido vacinadas. O seguimento na gravidez foi maioritariamente deficiente segundo as directivas da DGS.É importante prevenir estas situações, através de realização de serologias préconcepcionais para que as mulheres em idade fértil possam ser revacinadas antes de engravidarem, prevenindo possíveis SRC devastadores para a criança.

P7 - Risk factors for early-onset neonatal sepsis – a one year analysis

Rita Barreira¹, Madalena Sales Luís¹, Vera Almeida^{1,2}, Mónica Marçal¹, Madalena Lopo Tuna¹

- 3- Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- 4- Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora

Background

The identification of newborns at risk for early-onset sepsis (EOS) is based on perinatal factors, nonspecific clinical signs and low specificity laboratory tests. Evaluating neonates for suspected EOS is a clinical challenge.

Methods

Retrospective review of the medical records of all newborns with a screen for EOS (January 1st to December 31st 2014) with characterization of the risk factors, clinical signs and laboratory results.

Results

532 infants, with a median gestational age of 39 weeks. 67 were preterm and 47 (8.8%) had a low birth weight. The other risk factors for EOS were maternal bacterial infection (n=205), rupture of membranes for more than 18 hours (n=159), maternal colonization with group B *Streptococcus* (GBS) with inadequate prophylaxis (n=80) and chorioamnionitis (n=2). The risk factor most associated with EOS was chorioamnionitis.

From all the infants who underwent screening for EOS, 7.9% (n=42) were transferred to the neonatal intensive care unit, 24 having EOS. 19 cases of EOS were symptomatic, the majority with *respiratory distress syndrome* and *feeding difficulty*. *All blood cultures were negative and only one cerebrospinal fluid culture was positive (GBS isolated)*.

Conclusion

This study allowed us to recognize that only a small percentage of newborns screened for EOS actually developed the disease. The results confirm the importance of clinical findings and should help us optimize the strategy concerning risk factor based EOS screening.

Key-words: early-onset sepsis, newborn, risk factors, sepsis screen

E-mail para correspondência: rita.cruzbarreira@gmail.com

P20 - Sépsis a *Streptococcus agalactiae* numa Unidade de Neonatologia

Filipa Almeida, Anabela Gomes, Anabela João

Unidade de Neonatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

flipalmeida@hotmail.com

Objetivos: Caracterizar os casos de sépsis a *streptococcus agalactiae* ou *streptococcus* do grupo B (SGB) numa Unidade de Neonatologia.

Métodos: Estudo retrospectivo de recém-nascidos (RN) internados numa Unidade de Neonatologia por sépsis neonatal a SBG, durante o período de 1 de Janeiro de 2010 a 31 de Dezembro de 2014.

Resultados: Foram internados 13 RN com sépsis a SGB, representando uma incidência de 1,4 por cada 1000 RN nesta unidade. A sépsis precoce ocorreu em 8 casos e a tardia em 5. A maioria dos RN eram do sexo masculino e nascidos de cesariana (62%). A colonização materna por SGB, a prematuridade e a rutura prolongada de membranas constituíram os fatores de risco, presentes em apenas 3 casos de sépsis tardia. A sépsis precoce manifestou-se nas primeiras 24 horas em 7 casos, sendo o gemido o sintoma mais frequente. A sépsis tardia manifestou-se entre os 17 e 45 dias, sendo a febre a apresentação clínica mais comum. Ocorreu meningite em 3 casos e osteoartrite num caso. A antibioterapia foi complementada com penicilina em todos os casos após os resultados culturais. A duração da antibioterapia variou entre 10 e 35 dias. Não se registaram óbitos.

Conclusões: A incidência de sépsis a SGB encontra-se dentro de valores descritos em estudos anteriores. A manifestação clínica foi variável, com meningite em 23% dos casos. A hemocultura positiva permitiu confirmar o diagnóstico e direcionar a antibioterapia. No caso de colonização materna a SGB a profilaxia completa não impediu a infeção neonatal tardia.

Palavras-chave: sépsis; *streptococcus agalactiae*; recém-nascido

P45 - Mastite puerperal e infeção tardia a *Streptococcus do grupo B* em gémeos

Raquel Azevedo Alves¹, Mariana Martins¹, Andreia Meireles¹, Maria Eduarda Cruz¹, Lia Rodrigues e Rodrigues¹, Cláudia Ferraz¹, Alexandrina Portela¹

¹ Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem; Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

e-mail do autor: raquelazevedoalves@gmail.com

Introdução: A incidência da infeção neonatal precoce por *Streptococcus* do grupo B (SGB) diminuiu desde a implementação do rastreio universal na grávida e quimioprofilaxia intraparto. Contudo, a incidência da infeção tardia tem-se mantido constante. A transmissão pode ser vertical ou horizontal, incluindo a ingestão de leite materno infectado.

Descrição do caso: Apresentam-se os casos de dois lactentes gémeos, internados na 6^o semana de vida por sépsis tardia por SGB.

Antecedentes: Gestação biamniótica/bicoriónica, mãe portadora de SGB, quimioprofilaxia anteparto adequada. Parto às 35s+3d, eutócico, ruptura de membranas periparto. Internamento até aos 19 dias de vida sem intercorrências. Não foi realizada antibioterapia.

O primeiro caso foi reinternado aos 46 dias de vida por quadro de sépsis neonatal tardia com meningite. Isolamento de SGB no líquido cefalorraquidiano (LCR) e em 2 hemoculturas. Completou 21 dias de antibioterapia.

O segundo foi admitido aos 50 dias de vida com um quadro de sépsis neonatal tardia. A punção lombar foi traumática inconclusiva e a hemocultura foi positiva para SGB. Completou 21 dias de antibioterapia.

Após internamento do 2^o gémeo foi constatada mastite na mãe com agravamento progressivo e leite materno purulento tendo sido isolado SGB. O aleitamento materno foi suspenso.

Discussão: A infeção em ambos os lactentes fez pensar numa etiologia menos frequente como a ingestão de leite materno infectado. Esta hipótese foi corroborada pelo isolamento do SGB no leite materno com o mesmo tipo de sensibilidade antimicrobiana que as hemoculturas e liquor. A confirmação definitiva está dependente da genotipagem actualmente em curso.

Palavras-chave: aleitamento, sépsis tardia, *Streptococcus* do grupo B

POSTERS – Sessão 7 - Sala Diana

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P33 - Parotidite Aguda Neonatal por Streptococcus Grupo B, um caso clínico

Catarina de Abreu Amaro, Constança Soares dos Santos, Cristiana Carvalho, Ricardo Costa, Carlos Rodrigues

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

catarina.abreuamaro@gmail.com

Introdução: A parotidite aguda bacteriana é rara no período neonatal e pouco referida na literatura. Geralmente é causada por Staphylococcus aureus e ocorre mais frequentemente em recém nascidos do sexo masculino e que apresentam factores que predis põem à infecção, como prematuridade, intervenção cirúrgica, alimentação por gavagem, desidratação, imunossupressão ou obstrução do canal de Stenon.

Descrição do caso: Recém nascido do sexo feminino com 24 dias de vida trazido ao serviço de urgência por febre com 12 horas de evolução e irritabilidade. Antecedentes: Gravidez vigiada sem intercorrências, rastreio materno de colonização por Streptococcus grupo B (SGB) negativo. Parto por cesariana às 39 semanas, com rutura de membranas inferior a 18 horas, líquido amniótico meconial, entubado para aspiração da via aérea sem necessidade de manobras de reanimação. Índice de Apgar 5/10/10 e peso ao nascimento 2600 g. Sem outros antecedentes de relevo e sem intercorrências. Na admissão, pele marmoreada, ligeira obstrução nasal, sem outras alterações no exame físico. O estudo analítico foi compatível com sépsis tendo iniciado antibioterapia empírica. Algumas horas depois constatou-se uma tumefação endurecida pré auricular e a nível do ângulo da mandíbula à direita com sinais inflamatórios, compatível com parotidite que foi confirmada ecograficamente, tendo-se isolado na hemocultura SGB. Completou 14 dias de Ampicilina com resolução completa dos sinais inflamatórios ao 7º dia.

Discussão/Conclusão: A parotidite neonatal aguda sem factores predisponentes pode ser uma apresentação rara da infeção tardia a SGB, sendo necessária uma elevada suspeição clínica.

Palavras Chave: Infeção neonatal tardia, Parotidite, Streptococcus B

P64 - Infecção associada ao cateter venoso central em Neonatologia

Raquel Costa, Mariana Miranda, Laura Martins, Ana Serrano, Maria José Mendes, Helder Ornelas

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Hospital Espírito Santo de Évora, EPE.

Director de Serviço: Dr. Helder Gonçalves.

E-mail: raquelfreitascost@gmail.com

Objectivo: Estudar a incidência e determinar os factores de risco (FR) de sépsis associada aos cateteres venosos centrais (CVC) em recém-nascidos (RN) internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Comparar os resultados com estudo anterior e registo nacional de vigilância de infecção UCIN.

Métodos: Estudo longitudinal retrospectivo através da consulta dos processos clínicos dos RN com CVC entre 1/1/2010 e 31/12/2014. Para definição de sépsis foram utilizados os critérios do *Centers for Diseases Control and Prevention*.

Análise estatística: Teste do Qui-quadrado ou exacto de Fisher para variáveis categóricas e Mann-Whitney para variáveis numéricas (*p-value* < 0,05).

Resultados: Incluídos 217 RN e estudados 339 CVC: 206 cateteres venosos umbilicais (CVU) e 133 cateteres centrais de inserção periférica (CCIP). Foram diagnosticados 38 casos de sépsis associada aos CVC (11,2%), com uma taxa de incidência (TI) de 12,9/1000 dias de cateter.

O tempo médio de permanência do CVU foi de 7,5 dias e do CCIP de 10,3 dias. Ocorreu sépsis em 7,3% dos CVU, em média 3,7 dias após a colocação do cateter e em 17,3% dos CCIP, em média 10,1 dias após a colocação do cateter.

Foram identificados como FR: peso ao nascer inferior a 1000g, administração de nutrição parentérica e tempo de permanência superior a 10 dias para os CCIP.

Discussão e conclusão:

A TI de sépsis foi inferior à nacional (16/1000 dias de cateter) e comparativamente ao estudo anterior foi sobreponível (11,7/1000 dias de cateter). Os FR encontrados estão de acordo com a literatura.

Palavras-chave: cateter venoso central, factores de risco, neonatologia, sépsis.

P80 - Artrite séptica no recém-nascido.

Autores: Rita Espírito Santo¹, Margarida Alcaface², Ana Tavares³, Conceição Faria³

¹ Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa ² Departamento de Pediatria, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, ³Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Mulher e Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução:

A artrite séptica neonatal é uma entidade rara com uma incidência de 1-3 casos por mil admissões em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O quadro é frequentemente subtil dificultando o diagnóstico, atrasando a intervenção e pode condicionar um compromisso funcional permanente. O caso apresentado serve para lembrar a existência desta patologia rara mas potencialmente grave no período neonatal.

Caso Clínico:

Apresentamos um recém-nascido do sexo feminino, prematuro tardio (34 S) com sinais inflamatórios exuberantes do joelho esquerdo, diminuição da mobilização e posição preferencial em flexão ao 7º dia de vida. Destacamos a presença de cateter venoso periférico no mesmo membro sem sinais inflamatórios. Laboratorialmente salientamos PCR positiva (2,4 mg/dL) e a hemocultura com *Staphylococcus* metacilino-sensível (MSSA). A radiografia mostrou edema das partes moles do joelho e lesão lítica do fémur. Iniciou antibioterapia e foi transferida para uma Unidade com apoio de Ortopedia. A ecografia mostrou espessamento sinovial com lâmina de líquido não-pura no recesso subquadrípital esquerdo. Foi feita drenagem cirúrgica do líquido sinovial com identificação de MSSA. A ecografia de controlo em D28 não apresentava alterações. A RN teve alta após 21 dias de antibioterapia endovenosa, cumprindo mais 14 dias de antibiótico oral. Mantém actualmente seguimento em consulta de Ortopedia sem sequelas aparentes.

Discussão/Conclusão:

Neste caso, os sintomas locais permitiram um diagnóstico e terapêutica precoces que condicionaram uma evolução favorável. Apesar de serem incomuns deve haver um elevado índice de suspeição para as infecções osteoarticulares no período neonatal, pois o atraso no diagnóstico pode condicionar consequências catastróficas.

P62 - Good outcome of severe pertussis with respiratory failure, encephalopathy and hyperleukocytosis in a neonate

Patrícia Rodrigues¹, Sandra Jacinto², Daniel Virella¹, Micaela Serelha¹

1- Neonatal Intensive Care Unit, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal.

2- Neurology Unit, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal.

Background. Bordetella pertussis causes a highly contagious disease. Infants younger than 1 year old are the most vulnerable. Both encephalopathy and hyperleukocytosis are rare, but severe, complications of pertussis.

Case Report. A healthy female term newborn, at the 15th day of life, develops cough, prostration and refusal to eat, in a family context of acute respiratory illness. Admitted to a level II neonatal unit, azithromycin and support measures were started. Due to respiratory failure, she was transferred to a level III unit on mechanical ventilation, where pertussis infection was confirmed by PCR in blood. Hyperleukocytosis developed ($114 \times 10^9/L$) and seizures occurred. EEG revealed multifocal paroxysmal activity. Lumbar puncture revealed increased protein levels (296.3mg/dL) and normal cell count (5cel/microL). Brain magnetic resonance imaging showed multifocal infracentimetric white matter infarctions. Hyperleukocytosis was promptly controlled with overhydration. She completed 5 days of azithromycin, 5 days on mechanical ventilation and 10 days on nasal CPAP. After 21 days in the NICU, she returned to the level II unit still on oxygen, for follow on care. Presently, at 18 months of age, no respiratory, neurological or developmental sequelae are present.

Discussion. Very young infants are at increased risk of developing severe pertussis disease. Persistent hyperleukocytosis ($>100 \times 10^9/L$) is often associated with fatal course. Several techniques rapidly reduce the impact of severe leukocytosis, as exchange transfusion and leukapheresis. In this case, hyperleukocytosis was reduced by half in 10 hours through overhydration, reducing the effects of hyperviscosity and improving the outcome.

Key-Words: Encephalopathy, hyperleukocytosis, neonate, overhydration, pertussis.

P9 - Severe community acquired bacterial hypoxic pneumonia in a neonate

Andreia Filipa Mota¹, Daniel Virella², Frederico Leal²

¹ Pediatric Resident at Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital - Centro Hospitalar Lisboa Central - EPE, Lisbon, Portugal

² Pediatric Consultant at Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital - Centro Hospitalar Lisboa Central - EPE, Lisbon, Portugal

Viral respiratory infections are predominant in children. Neonates are at higher risk of bacterial infection, thus empirical antibiotics are usually prescribed. An apparently robust neonate with severe bacterial respiratory infection is reported.

Male neonate, born by caesarean section due to macrosomy (4650g), after an uneventful gestation. Admitted to the neonatal unit for early respiratory distress, he was discharged home after 5 days. At the 10th day of life, he presented with anorexia, respiratory distress, generalized cyanosis and oscillatory hypotonia. His older sibling had upper respiratory infection. At the ER, he had respiratory acidosis, 7,400 WBC/microL with no polymorphonuclear predominance, CRP 1.2mg/dL and hypotransparency of the right lung. Bacterial pneumonia was admitted and he was started on cefotaxime, ampicillin and gentamicin; due to the clinical instability, he was transferred to a neonatal intensive care unit, where assisted ventilation was started at admission. Congenital cardiopathy was excluded. For chewing movements and tonic extension of the upper limbs, he was on phenobarbital for 5 days; cranial ultrasonography and electroencephalography were normal. *Haemophilus influenza* was identified in the tracheal aspirate and cefotaxime was suspended. CRP was never positive. Tube feeding was well tolerated, he was extubated after 3 days and feeding by mouth was started. He was transferred to the hospital of origin at the 8th day, still dependent of oxygen supplementation.

This report alerts to the potential severity of community acquired bacterial neonatal pneumonia and highlights the important role of both the paediatric emergency transfer system and the broad microbiological workout.

POSTERS – Sessão 8 - Sala Diana

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P66 - Anomalia vascular do membro inferior esquerdo

Ana Rute Ferreira*, Ana Rodrigues*, Mafalda Lucas*, Sónia Marques*, Luís Mota Capitão[#], Glória Carvalhosa* e Ana Serrão Neto

*Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia do Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; [#] Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Cuf Descobertas, Lisboa.
anautecf@gmail.com

Introdução:

A artéria ciática é uma artéria embrionária que regride por volta da 8^a semana de gestação. A sua persistência é uma anomalia do sistema vascular arterial dos membros inferiores, congénita e rara, sendo o diagnóstico muitas vezes feito apenas na idade adulta pela existência de uma história de claudicação intermitente.

Descrição do caso clínico:

Recém-nascido do sexo masculino, 1^o filho, gravidez vigiada, ecografias e ecocardiograma fetal normais. Cesariana às 40 semanas por incompatibilidade feto-pélvica, peso ao nascer de 3245g e IA-9/10. À observação o membro inferior (MI) esquerdo apresentava coloração pálida, céreo, temperatura inferior à do outro membro e pulso femoral não palpável. Transferido para a UCERN, confirmou-se a ausência de pulso e de tensão arterial nesse membro. Posteriormente houve uma melhoria progressiva da coloração e temperatura, palpando-se o pulso femoral às 4 horas de vida. Foi observado por cirurgia vascular que colocou a hipótese diagnóstica de persistência da artéria ciática esquerda. Realizou ecografia com doppler dos MI que foi compatível com esse diagnóstico. Transferido para junto da mãe com 8 horas de vida e teve alta ao 3^o dia, aparentemente com a perfusão normalizada.

Discussão/Conclusão:

Pela sua raridade os autores apresentam este caso clínico. A melhoria progressiva da perfusão, permitiu excluir outras hipóteses diagnósticas, como a trombose que implicaria uma abordagem terapêutica diferente. A ecografia com doppler complementou a hipótese de diagnóstico de persistência da artéria ciática.

Palavras-chave: anomalia vascular congénita; membro inferior; persistência artéria ciática; recém-nascido.

P68 - Evaluation of Asymptomatic Newborns – Creation of a Paediatric Cardiology Appointment

Ana R. Sousa^{1,2}, Sofia Ferreira¹, Rosalina Barroso¹

1 – Neonatology Unit, Paediatric Department, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora. 2 – Paediatric Cardiology Department, Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisbon. E-mail of corresponding author: asousa@chlo.min-saude.pt.

Introduction and Aims

Congenital heart disease is the most common congenital disorder with a prevalence of 6 to 13/1000 live births.

There is no consensual orientation for evaluation of asymptomatic newborns with a cardiac murmur. Since 2012 in our hospital these newborns remain admitted 48h and if they are asymptomatic are discharged and evaluated shortly after at an appointment with a Paediatric Cardiologist. Newborns with risk factors for congenital heart disease or pathologic findings in the foetal echocardiography are also referred to these appointments.

Methods

Retrospective descriptive study of all the newborn Paediatric Cardiology appointments from 2012-2014. Demographic data and cardiologic diagnostic findings were analysed. Patent foramen ovale was excluded as a diagnosis.

Results and Conclusions

A total of 444 newborns were evaluated. Median age at appointment was 19 days (range 1-136) with 52% males. The most frequent reasons for appointment were cardiac murmur (44,5%), macrosomia (15,7%) and foetal echocardiography with pathologic findings (12,8%). Overall 15,8% of newborns had cardiovascular disease.

Of newborns presenting with cardiac murmur 21,2% had a cardiovascular disease. The most frequent were ventricular septal defect in 9,1% and persistent ductus arteriosus (PDA) in 6,1%. Of macrosomic newborns 15,7% had a cardiovascular disease. The most frequent was PDA (7,1%). Of newborns with pathologic findings in the foetal echocardiography 86% had a normal evaluation.

These results reflect the importance of cardiologic examination in the neonate. The creation of this appointment allows paediatricians to discharge these patients precociously assuring they are evaluated shortly after. None of these asymptomatic newborns had a severe cardiovascular disease.

Keywords: cardiologic, evaluation, murmur, newborn.

P49 - Trombose venosa renal neonatal idiopática: a propósito de um caso clínico

Carolina Prelhaz¹, Inês Marques², Inês Ganhão³, Sérgio Neves⁴, Nélia Ferraria⁵

¹ Interna de Pediatria do serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. carolinaprelhaz@gmail.com

² Interna de Pediatria do serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. inesieganhao@gmail.com

³ Interna de Pediatria do serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. anainesdominguesmarques@gmail.com

⁴ Assistente Hospitalar do serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. rod.sergio@hotmail.com

⁵ Assistente Hospitalar do serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. neliaferraria@gmail.com

Introdução:

O tromboembolismo venoso (TEV) espontâneo do recém-nascido (RN) é raro, ocorrendo sobretudo no pós-parto imediato. Atinge comumente a veia renal esquerda (VRE) com frequente extensão à veia cava inferior (VCI). Apenas 1% destes eventos são idiopáticos, pelo que a investigação de trombofilias é essencial.

Caso Clínico:

RN, sexo masculino, fruto de gestação vigiada, sem intercorrências. Parto por cesariana emergente, às 37 semanas, induzido por CTG com traçado sinusoidal. Índice de Apgar 9/10. Aos 40 min de vida iniciou gemido, tendo sido transferido para UCEN. Necessidades crescentes de O2 suplementar, mantendo estabilidade hemodinâmica e diurese. Às 2h de vida, edema duro da parede abdominal com extensão ao escroto e região lombar, tendo sido transferido para UCIN. Ecografia abdominal com doppler revelou trombose da VRE com extensão à VCI. Iniciou heparina e rt-PA, com melhoria clínica. Em D4 reagravamento clínico, constatando-se enfartes isquémico cerebral esquerdo e hemorrágico cerebral direito e hematoma subdural frontal direito com efeito de massa. Submetido a craniectomia em D4. EEG em D10 com traçado isoelétrico, sem resposta a estímulos. Transferido em D68 para UCEN para continuação de cuidados. Estudo genético e de trombofilias negativo. Atualmente, tetraparésia espástica, sem contato nem autonomia alimentar.

Discussão/Conclusão:

A abordagem do TEV do RN tem vindo a modificar-se, estando o tratamento antitrombótico indicado em casos selecionados. Discute-se a possibilidade deste ter contribuído para o prognóstico, uma vez que está descrita associação com hemorragia cerebral. Os autores apresentam este caso pela sua raridade e sublinham a importância diagnóstica e terapêutica na morbimortalidade associada.

Palavras-chave: complicações; recém-nascido; tromboembolismo venoso idiopático

P73 - Cardiopatias congénitas numa Unidade de Neonatologia – revisão dos últimos 3 anos

Sofia Aires¹, João Nascimento¹, Vera Rocha¹, Inês Ferreira¹, Marília Loureiro², Sílvia Álvares², Ana Guedes¹, Elisa Proença¹

1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Materno-Infantil do Norte

2- Cardiologia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução: A cardiopatia congénita é a doença congénita mais frequente nos recém-nascidos (RN), com uma incidência de 6-13 por 1000 nascimentos. A prática de ecocardiografia funcional pelo neonatologista pode ajudar no rastreio dos casos com maior gravidade.

Objetivos: Avaliar a prevalência e caracterizar as cardiopatias congénitas diagnosticadas no período neonatal no Centro Materno-Infantil do Norte nos últimos 3 anos.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo com consulta dos processos dos RN com diagnóstico de cardiopatia congénita entre 2012 e 2014. Critérios exclusão: *foramen ovale* patente e persistência de canal arterial em RN prétermo.

Resultados: Diagnosticados 214 RN com cardiopatia congénita, com predomínio ligeiro do sexo masculino (54,7%), peso médio de 2849 gramas e 26,7% RN prétermo.

A maioria dos RN foi referenciada do puerpério (54,7%), por clínica suspeita (90,6%) e 24,3% dos casos provieram do diagnóstico pré-natal.

As principais alterações encontradas foram a comunicação intraventricular (60,7%), com encerramento espontâneo em 72,3% dos casos, seguida da patologia valvular (10,7%). Foram diagnosticadas 7 cardiopatias complexas, 4 com diagnóstico pré-natal.

Foram referenciados à consulta de Cardiologia Pediátrica 58,4% dos casos, com 96% de concordância no diagnóstico e 4% com dúvidas não confirmadas. Onze RN (5,1%) foram submetidos a cirurgia. A mortalidade diretamente relacionada com causas cardiovasculares foi de 2,8%.

Conclusões: Verificou-se elevada concordância de diagnóstico, especialmente nas cardiopatias graves, entre neonatologistas com treino em ecocardiografia e cardiologistas pediátricos. O principal diagnóstico foram os defeitos do septo interventricular, a maioria com encerramento espontâneo. A incidência de cardiopatia complexa com necessidade de correção cirúrgica foi inferior à descrita na literatura.

Palavras-chave: cardiopatia congénita, recém-nascido

POSTERS – Sessão 9 - Sala Diana

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P1 - Neonatal esophageal perforation

Filipa Vieira¹, Duarte Malveiro¹, Constança Gouvêa-Pinto¹, Madalena Tuna¹

Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Coordenadora: Dra. Madalena Tuna. Diretor do Serviço: Dr. José Carlos Guimarães.

Autor correspondente: filipa.sv@gmail.com

Introduction: Esophageal perforation is a rare entity, often iatrogenic in the neonatal period, associated with tracheal intubation or naso/orogastric tube insertion, especially in extremely premature neonates. Therapeutic approach can be either surgical or conservative.

Case report: Female neonate, born by cesarean section at 26 weeks gestational age, to a 32 year old mother, with a history of pregnancy associated hypertension and fetal growth restriction, with Doppler studies consistent with fetal redistribution. The baby weighed 529 g with Apgar scores 7/9/9, and was intubated in the delivery room. In day of life (DOL) 2, after nasotracheal re-intubation and orogastric tube replacement, the respiratory status deteriorated and she developed tachycardia, with a rise in inflammatory markers. Chest radiograph revealed a misplaced orogastric tube in the right hemithorax. The tube was replaced, she was started on broad-spectrum antibiotic therapy for mediastinitis and remained nil *per os* until DOL 16, when a thin barium esophagogram showed passage of contrast to the stomach without extravasation. Enteral feeding was started in DOL 16, with slow progression to exclusive enteral feeding on DOL 33. She was discharged home in DOL 113 with no further complications related to esophageal perforation.

Conclusion: We report a case of esophageal perforation in an extremely low birth weight neonate with a good outcome following a nonsurgical approach. Early diagnosis and prompt treatment, with broad-spectrum antibiotic therapy and total parenteral nutrition can prevent serious complications such as mediastinitis, empyema, sepsis and multi-organ failure.

Keywords: Neonatal, esophageal perforation, premature, feeding tube

P11 - O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e família na UCIN

Autoras: Cátia Saraiva Lucas e Ana Lúcia Brantes

Filiação: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos / Departamento de Pediatria / Hospital Prof. Dr. Fernando de Fonseca, EPE. / Amadora / catiasaraivalucas@gmail.com e analuciabrantes@gmail.com

Estudo original

Objetivos:

- Fundamentar o MC como promotor do desenvolvimento infantil
- Justificar o MC como facilitador da vinculação e da parentalidade na UCIN
- Identificar o MC como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN

Métodos: pesquisa bibliográfica em bases de dados (CINAHL e B-on).

Resultados:

A *World Health Organization* (WHO), 2012, refere que o Método Canguru (MC) deve ser oferecido a todos os recém-nascidos (RN), independentemente da idade gestacional e condições clínicas, em qualquer ambiente, mesmo onde a tecnologia é avançada, e estão disponíveis os melhores cuidados de saúde, no sentido desta mesma prática dispor de benefícios comprovados na evidência a nível, não só da mortalidade infantil, mas também em focos tão importantes como o desenvolvimento infantil, a amamentação e a vinculação.

Ludington-Hoe (2011), refere que têm sido relatados mundialmente benefícios do MC em RN prematuros e de termo. A utilização do MC em crianças instáveis que estão em ventilação convencional e crianças que pesam menos de 1000g é considerado por alguns, como um exemplo de cuidados para o desenvolvimento (Ludington-Hoe,2003).

Conclusões:

Das transições vividas na UCIN por bebés e sua família, emergem focos com grande importância para a prática de enfermagem, tais como:

- i) Desenvolvimento infantil
- ii) Parentalidade
- iii) Vinculação
- iiii) Dor

Relativamente a estes focos de enfermagem, propomos o recurso a uma terapêutica de enfermagem –MC, que, reconhecidamente, promove um desenvolvimento infantil saudável, uma experiência de vinculação segura, uma aprendizagem da parentalidade e uma ajuda no confronto com situações de dor (WHO, 2003, 2012). Conclui-se, deste modo que é uma terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN.

P24 - Aleitamento Materno na ilha de São Miguel: que realidade?

Sara Vaz¹, Catarina Franco¹, Paula Maciel¹, Isabel Monteiro¹, Fernanda Gomes¹

¹Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Autor Correspondente: Sara Vaz, saravaz87@gmail.com

Introdução: O aleitamento materno (AM) é uma importante fonte nutritiva no primeiro ano de vida, acarretando inúmeros benefícios para o recém-nascido (RN) e para a mãe.

Objetivos: Caracterizar taxas de AM na ilha de São Miguel, compará-las com dados nacionais e avaliar potenciais fatores de adesão ao AM, no arranque da *Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés* (IHAB).

Métodos: Coorte prospetiva de 200 díades RN-puérperas recrutadas entre 30.Jan e 25.Mar de 2015 no nosso hospital. Os dados foram colhidos através do processo clínico, entrevista às puérperas na alta da maternidade e por contato telefónico aos 2, 4 e 6 meses (M).

Resultados: Os RN apresentavam uma média de peso ao nascimento de 3248g, idade gestacional média de 39 semanas. A média das idades maternas foi 29 anos; 18.5% tinham escolaridade de nível superior e 53% estavam empregadas. 54% dos RN mamou na primeira hora; 73% mamavam à data de alta, dos quais 29% em AM exclusivo. Aos 2M, 4M e 6M as taxas de AM caíram para 39.5%, 24% e 18% respetivamente.

Mães empregadas ou com maior escolaridade apresentaram taxas de AM exclusivo significativamente maiores à data de alta. Igualmente, o aleitamento na primeira hora de vida também condicionou taxas significativamente mais altas de AM à data de alta, aos 2M e aos 4M

Conclusões: Os dados demonstram que prevalência do AM em São Miguel é muito inferior à de várias regiões do país. Assim, é urgente a implementação das medidas da IHAB no sentido de aumentar o sucesso do AM.

Palavras chave: Aleitamento Materno; Recém-Nascidos; São Miguel.

P58 -Dejeção com sangue ao nascimento: e agora? – A propósito de um Caso Clínico

Marta Mesquita¹, Liliana Santos², Diana Coimbra³, Lea Santos⁴, Margarida Martins⁵, Pedro Silva⁶, Adelaide Bicho⁷

Filiação:

¹Serviço de Pediatria/ Departamento da Mulher e da Criança; Centro Hospitalar Baixo Vouga – EPE, Aveiro; martamesquita23@gmail.com

²Serviço de Cirurgia Pediátrica/ Hospital Pediátrico de Coimbra / Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – EPE, Coimbra; lilianapimentasantos@gmail.com

³Serviço de Cirurgia Pediátrica/ Hospital Pediátrico de Coimbra / Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – EPE, Coimbra; dianamcoimbra@gmail.com

⁴Serviço de Pediatria/ Departamento da Mulher e da Criança; Centro Hospitalar Baixo Vouga – EPE, Aveiro; lea.santos7@gmail.com

⁵Serviço de Pediatria/ Departamento da Mulher e da Criança; Centro Hospitalar Baixo Vouga – EPE, Aveiro; margarida_monica@yahoo.com

⁶Serviço de Pediatria/ Departamento da Mulher e da Criança; Centro Hospitalar Baixo Vouga – EPE, Aveiro; aviaox@gmail.com

⁷Serviço de Pediatria/ Departamento da Mulher e da Criança; Centro Hospitalar Baixo Vouga – EPE, Aveiro; adelaide.bicho@gmail.com

Introdução: A existência de dejeções com sangue no período neonatal pode resultar de diversas causas, com prognóstico variável; o volvo intestinal congénito (VIC) é uma causa rara, com diagnóstico pré-natal difícil.

Descrição do Caso: Recém-nascido (RN) do sexo masculino, fruto de segunda gestação vigiada, sem complicações, ecografias obstétricas normais. Parto eutócico às 35 semanas, índice de Apgar 9/10. RN com exame físico normal e somatometria adequada à idade gestacional. Necessidade de aspiração de secreções meconiais da orofaringe e efetuada lavagem gástrica. Aos quinze minutos de vida teve dejeção de sangue vivo em quantidade moderada. Por estabilidade hemodinâmica foi internado na Maternidade sob aleitamento materno, com boa tolerância digestiva. Nas primeiras horas de vida manteve dejeções com sangue, tendo sido internado na unidade de cuidados intermédios neonatais para vigilância e investigação. Ficou em pausa alimentar com sonda nasogástrica em drenagem livre, e repetiu vitamina K intramuscular. Manteve-se hemodinamicamente estável. Ao exame físico apresentava abdómen distendido e doloroso à palpação. Analiticamente: hemoglobina 11.1 g/dL, leucócitos 11700/μL (neutrófilos 4800/μL), plaquetas 242000/μL, tempos de coagulação normais, proteína C reativa 0.91 mg/dL. Radiografia simples do abdómen compatível com obstrução intestinal. Às vinte horas de vida foi transferido para hospital de nível III onde foi submetido a laparotomia exploradora, que revelou volvo jejunal com atresia intestinal, realizando-se ressecção segmentar do intestino envolvido.

Discussão/Conclusão: O VIC é uma doença potencialmente fatal especialmente no RN, pelo risco de isquémia intestinal, sépsis e peritonite. Um elevado grau de suspeição para deteção e tratamento precoces é crucial na sobrevida e morbidade do RN.

Palavras-chave: atresia intestinal, dejeção com sangue, prematuro, recém-nascido, volvo intestinal

P82 - Enterocolite necrotizante: uma apresentação precoce, Numa Idade Gestacional Tardia

Autores: Rita Espírito Santo¹, Carina Cardoso², Ana Tavares³, Rosário Cancellata de Abreu³, Rosário Sossai³

¹Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (CHLN),

² Unidade Funcional de Pediatria, ³Unidade Funcional de Neonatologia, Departamento da Mulher e Criança, Hospital de Cascais- Dr. José de Almeida;

Introdução:

A enterocolite necrotizante (NEC) é a emergência cirúrgica mais frequente do período neonatal tendo uma morbidade e mortalidade elevadas. Afecta essencialmente o recém-nascido (RN) prematuro. Cerca de 7-13% dos casos ocorrem em RN prematuros tardios ou de termo quase sempre com factores de risco identificáveis.

Caso Clínico:

Apresentamos o caso de dois RN do sexo masculino, com prematuridade espontânea (34 semanas+4dias), rastreio bioquímico do 1º trimestre alterado, incompatibilidade Rh e risco infeccioso (rotura prolongada de membranas e estrepto B positivo respectivamente); parto vaginal e peso adequado à idade gestacional. Início da alimentação entérica com leite adaptado para a totalidade do aporte em D1. Caso 1: Em D2 quadro de distensão abdominal, gemido e hipotonia. Caso 2: Em D2 quadro irritabilidade, distensão abdominal, hipotonia e hematoquécia. As radiografias de abdómen mostraram inicialmente distensão abdominal e, cerca de 24 horas após início das queixas, pneumoperitoneu. Foram transferidos para centro de referência cirúrgica em ar ambiente hemodinamicamente estáveis. E submetidos a intervenção cirúrgica (em D4 e D5 de vida, respectivamente) com diagnóstico de NEC IIIB nos dois casos.

Discussão/Conclusão:

A NEC é uma entidade pouco comum em prematuros tardios. Estes casos ocorreram na mesma semana, e destacamos o início precoce do quadro, a extensão da área de necrose intestinal e a paucidade de sintomas sistémicos. Contrariamente ao que é classicamente descrito não se encontraram factores de risco associados a enterocolite à excepção do início precoce da alimentação com leite adaptado, facto que levanta a suspeita da existência de causas ainda pouco conhecidas.

POSTERS – Sessão 10 - Sala Diana

Sexta, 6 de Novembro – 13:00 h

P8 - Avaliação do Crescimento no Primeiro Ano de Vida dos Recém-Nascidos Leves para a Idade Gestacional ou com Restrição do Crescimento Intra-Uterino Nascidos em 2013

Autores: Joana Figueirinha¹, Ana Margarida Alexandrino², Ana Guedes², Ana Cristina Braga²

¹ Estudante de Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e-mail: joana_figueirinha@hotmail.com

² Unidade de Neonatologia, Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Departamento da Criança e do Adolescente, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto.

Objetivos: Avaliação do crescimento de uma população de recém-nascidos leves para a idade gestacional e/ou com restrição do crescimento intra-uterino ao longo do primeiro ano de vida e identificar os fatores mais prevalentes determinantes dessa restrição.

Métodos: Os recém-nascidos nascidos no Centro Hospitalar do Porto no ano de 2013 leves para a idade gestacional e/ou com o diagnóstico pré-natal de restrição do crescimento intra-uterino foram seguidos prospectivamente em consulta, tendo sido avaliados dados maternos e dados antropométricos dos lactentes ao longo do primeiro ano de vida.

Resultados: Dos 133 indivíduos, 71,4% eram leves para a idade gestacional e 91,7% tinham o diagnóstico pré-natal de restrição de crescimento intra-uterino. As causas de restrição mais frequentemente identificadas foram o aumento ponderal insuficiente durante a gravidez (33%), o consumo de tabaco (29,8%), a pré-eclâmpsia (11,5%) e a hipertensão arterial (6,9%). Quanto ao crescimento, houve uma evolução positiva de todos os dados antropométricos, tendo 94% da população atingido o crescimento de recuperação no primeiro ano de vida.

Conclusões: Os valores encontrados foram semelhantes aos estudos de outros autores e a maioria das crianças atingiu *catch-up growth* no primeiro ano de vida. São frequentes causas preveníveis de restrição de crescimento que devem merecer uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde e das grávidas.

Palavras-chave: Catch-up growth, crescimento de recuperação, leve para a idade gestacional, recém-nascido, restrição do crescimento intra-uterino

P54 - Recém-Nascidos De Termo Com Baixo Peso - Fatores De Risco E Complicações -

Andreia A. Martins¹, Joana Félix², Raquel Azevedo Alves¹, Pedro Tiago Silva², Alexandrina Portela¹

1.Serviço de Neonatologia, Hospital Pedro Hispano; 2.Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Objetivos: avaliar os fatores de risco e as complicações neonatais associadas ao baixo peso ao nascimento em recém-nascidos (RN) de termo.

Metodologia: estudo prospetivo, descritivo, com consulta do processo clínico dos RN de termo com baixo peso ao nascer e respetivas mães, num Hospital Distrital, no ano 2014.

Resultados: de um total de 1308 RN de termo registaram-se 65 (5%) RN com baixo peso, valor superior ao contratualizado, com ligeiro predomínio do sexo feminino (55%), 6 fruto de gestação gemelar.

Cerca de 87% das gestações foram vigiadas, registando-se 1 caso de mãe VIH positivo e alterações ecográficas em 2/3 dos casos. O parto foi induzido em 63%. A maioria (97%) dos RN nasceu com boa adaptação à vida extrauterina, apresentando 29% complicações pós-parto, sendo as metabólicas as mais comuns. O peso variou entre 1700g e 2496g (mediana 2390g). Foram orientados para a consulta externa de Neonatologia 89% dos RN.

A idade materna oscilou entre 18 e 39 anos, 23% eram licenciadas, 35% multíparas e 6% apresentava antecedentes de outro filho com baixo peso ao nascimento. A 1ª consulta ocorreu no 1º trimestre em 87%, verificando-se consulta pré-concepcional em 49%. Cerca de 30% apresentava comorbilidades e 20% eram fumadoras.

Conclusões: constata-se a necessidade de intervenção na comunidade, sobretudo na prevenção primária, nomeadamente na estimulação de consulta pré-concepcional. Apesar da boa adaptação à vida extrauterina e da presença de complicações em apenas 29%, todos estes RN devem ser encaminhados para consulta externa para vigilância estaturoponderal e desenvolvimento psicomotor.

Palavras-chave: peso ao nascer; recém-nascido de baixo peso; recém-nascido de termo

P57 - Restrição de crescimento fetal em recém-nascido pré-termo tardio e de termo – realidade de uma unidade neonatal

Liliana Branco, Margarida Reis Morais, Carla Ferreira, Sandra Rodrigues

Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

e-mail:brancoliliana@hotmail.com

Objetivo: A restrição de crescimento fetal (RCF) consiste na perda de oportunidade do feto atingir o respetivo potencial de crescimento, sendo a incidência de 8 a 10%.
Objetivo: caracterizar os recém-nascidos (RN) com RCF internados na unidade, utilizando como equivalente o conceito leve para a idade gestacional (LIG).

Métodos: Análise retrospectiva dos RN LIG com idade gestacional (IG) superior a 34 semanas, admitidos em 2013 e 2014. Analisou-se variáveis epidemiológicas, obstétricas, clínicas e morbilidade neonatal.

Resultados: Incluídos 79 RN (53% feminino), 34 prematuros (PT). Mediana de IG de 37 semanas (34-41), com média de peso de nascimento de 2183 g (\pm 366,7) e 40% com perímetro cefálico inferior ao percentil 10. Complicações gestacionais em 31 casos (22 PT), sendo as mais frequentes: diabetes gestacional (14%), oligoâmnios (10%), pré-eclâmpsia (9%) e hipertensão arterial (9%). RCF diagnosticada in útero em 1/3 dos RN, 38% com alteração da fluxometria umbilical. Oito RN reanimados com intubação após parto, 6 para aspiração meconial, 2 por asfixia periparto. Além da prematuridade, as complicações neonatais mais observadas foram: hiperbilirrubinemia (38%), dificuldade alimentar (32%), trombocitopenia (22%) e hipoglicemia (14%). Trinta RN apresentavam alterações na ecografia transfontanelar. Cinco (4 PT) necessitaram de ventilação não invasiva. Média de internamento de 10,2 dias (\pm 8,9).

Conclusões: A RCF é mais prevalente nos prematuros, podendo ocorrer em 10% dos RN de termo. Responsável por uma morbilidade neonatal significativa, os autores enfatizam a importância do seu reconhecimento precoce e da antecipação das várias complicações associadas para uma intervenção mais atempada e eficaz.

Palavras-chave: leve para a idade gestacional, morbilidade neonatal, RN pré-termo, RN termo, restrição de crescimento fetal

P69 - Hipotensão arterial no recém-nascido pré-termo: como avaliar?

Autores: Teresa Andrade, Teresa Caldeira, MRG Carrapato

Unidade de Neonatologia; Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; S.M.Feira
e-mail: andrade.teresa@gmail.com

Objetivos: Correlacionar hipotensão arterial (HipoTA) no recém-nascido pré-termo (RNPT) definida pela pressão arterial média inferior à idade gestacional (HipoTA numérica), com a presença de sinais clínicos/analíticos de hipoperfusão sistémica (HipoTA clínica) e o *outcome*.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo todos os RNPT com idade gestacional (IG) ≥ 23 e ≤ 31 semanas, nascidos num período de 8 anos. Foram analisadas variáveis demográficas, maternas e perinatais, assim como orientação, morbilidade precoce e tardia e mortalidade.

Resultados: Dos 213 RNPT (IG média de 28,5 semanas e peso médio de 1204g), apesar de 32% apresentarem HipoTA numérica, apenas 18% tinham HipoTA clínica. A Doença Membrana Hialina e a hemorragia intraventricular precoce apresentaram correlação com HipoTA numérica e clínica, enquanto a sepsis precoce apenas se correlacionou com a HipoTA clínica. Foi instituída terapêutica em 60% dos casos, maioritariamente com aminas. A displasia broncopulmonar, enterocolite necrotizante, hiperecogenicidade peri-intraventricular grau 2/3 (HPIV) e retinopatia da prematuridade não mostraram correlação com a HipoTA numérica, e a HPIV foi a única que se associou a HipoTA clínica. A mortalidade global foi de 6%, com 46% das mortes em RNPT com HipoTA numérica e clínica associadas.

Conclusão: A consideração de critérios clínicos/analíticos de hipoperfusão sistémica no RNPT com MAP baixa provavelmente diminuirá de forma considerável a incidência de hipotensão e de atitude terapêutica inadequada, com benefício claro para o RNPT.

Palavras-chave: Pré-termo, Hipotensão.

P70 - Hyperglycemia in ELBW: prevalence, risk factors and outcome

Mónica Baptista, Filipa Marçal, Dora Gomes, Teresa Tomé

Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa,
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa.

monicaisabelbaptista@gmail.com

Key words: extreme low birth weight, hyperglycemia.

Background: hyperglycemia is one of the most common abnormalities in the first week of life in the extreme low birth weight infants (ELBW). Controversies arise when trying to define it, to determine its adequate management, and to evaluate its long and short-term implications.

Aims: Determine the prevalence of hyperglycemia in the first week of life in a cohort of ELBW infants and to evaluate the impact in mortality and morbidity.

Methods: a cohort study concerning the period between January 2012 and December 2013 was conducted in a IIIB level NICU. All ELBW admitted in this period were included. Hyperglycemia was defined as blood glucose > 125mg/dl. Three grades of hyperglycemia were defined as mild (126-179 mg/dl), moderate (180-249 mg/dl) and severe (\geq 250 mg/dl).

Results: 102 ELBW infants were included. 71 (69.6%) had hyperglycemia in the first week of life. Of those, 39 (54.9%) had mild, 18 (25.4%) moderate and 14 (19.7 %) severe hyperglycemia. The median GA was 26 weeks (Q1-Q3: 25-28); the median birth weigh was 725 grams (Q1-Q3: 637,5-995); 32 (31.4%) were intrauterine growth restriction. 28 (27,5%) were treated with inotropes, 10 (9,8%) with postnatal steroids and 10 (9.8%) with insulin. Case fatality rate was 24.5%. Authors found significant statistical difference in death ($p<0,03$), between severe and mild/moderate hyperglycemia subpopulation.

Conclusions: Concerns for potential adverse effects of neonatal hyperglycemia persist and often lead to rapid and aggressive treatment responses but there is little evidence that treatment improves outcome and neither is better to keep glucose <250 mg/dl.