

## COMO VAI A PEDIATRIA E COMO VÃO OS PEDIATRAS

### NOTÍCIAS

#### PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA ENTRE O HOSPITAL DE SANTA MARIA E O HOSPITAL DE D.ª ESTEFÂNIA, NO ÂMBITO DA ARSLVT

No sentido de preservar a qualidade dos cuidados assistenciais prestados na área Pediátrica, nos respectivos Serviços de Urgência, e tendo em conta a carência em recursos humanos, progressivamente agravada nos últimos anos e periodicamente agudizada no período de Verão, os Hospitais de Santa Maria e de D.ª Estefânia, a título experimental, acordam no estabelecimento do presente protocolo de articulação, vigente no período de 8 de Julho a 30 de Setembro de 2002, e constante das seguintes disposições:

- 1 A urgência funcionará no Hospital de Santa Maria (HSM) ao Domingo e 2.as feiras de cada semana, e no Hospital de D. Estefânia (HDE) nos restantes dias. Para o efeito, no primeiro hospital, os doentes serão atendidos entre as 9.00 horas de Domingo e as 9.00 horas de 3.ª feira, encerrando-se nos restantes dias; no Hospital de D.ª Estefânia os doentes serão atendidos entre as 9.00 horas de 3.ª feira e as 9.00 de Domingo, estando encerrada no restante período. Este modelo de funcionamento será avaliado ao fim de duas semanas e, em caso de necessidade, poderá sofrer adaptações.
- 2 Inserem-se nestas disposições as vertentes de *Pediatria Médica e Cirurgia Pediátrica*.
- 3 A prestação de assistência médica a casos pontuais, surgidos imediatamente após os períodos limite, na fase de adaptação da população ao novo esquema, basear-se-á em critérios clínicos e será assegurada pelos médicos da urgência interna.
- 4 Nos dias de urgência atribuídos a cada instituição, o eventual internamento de doentes será efectuado no próprio Hospital até ao limite da sua capacidade, independentemente da área respectiva a que pertençam. No caso dessa capacidade ser ultrapassada, os doentes excedentários serão transferidos para o outro hospital de acordo com as normas em vigor para o transporte de doentes entre hospitais.
- 5 Durante o período de vigência deste protocolo mantêm-se sem alterações a referenciação nas vertentes de *emergência* e de *doentes politraumatizados*.
- 6 Continuarão a ser recebidos, quer no HSM quer no HDE, em todos os dias da semana, os doentes habitualmente a eles referenciados por outros hospitais da região e do país, dirigidos às suas *Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades*

*Especializadas*, após contacto prévio entre as respectivas equipas. Sempre que a situação clínica o permita, as transferências respectivas deverão ser efectuadas durante as horas normais de serviço.

- 7 As crianças com doença crónica, em fase de descompensação aguda, em que houver necessidade de internamento urgente, serão transferidas do SU para o Hospital de seguimento habitual do doente, de acordo com as condições clínicas do doente e a disponibilidade de vagas no hospital receptor.
- 8 Para o cumprimento de todas as disposições anteriores, cada Hospital procederá às necessárias adaptações na utilização dos seus recursos humanos e logísticos.
- 9 Durante o período em referência manter-se-ão as normas e recomendações transmitidas à população, à data da reestruturação das Urgências Pediátricas na Região de Lisboa e Vale do Tejo, que preconizam o *recurso prévio* da população às informações do Serviço Telefónico Saúde – 24 Pediatria e à assistência nos Centros de Saúde das respectivas áreas, para todos os casos não inseridos no âmbito da emergência.
- 10 O processo será acompanhado e avaliado continuamente por uma *Comissão de Acompanhamento*, formada por quatro elementos, sendo dois de cada Hospital e um deles membro do respectivo Conselho de Administração. Caso a caso, podem ser convocados outros elementos de cada um dos Hospitais para acompanhamento de áreas ou situações específicas. Quinzenalmente, serão fornecidos à ARSLVT relatórios por escrito sobre o decurso do processo.
- 11 O *anúncio público* do esquema acordado será efectuado com um mínimo de quinze dias antes da data de início da sua aplicação, através dos meios de Comunicação Social, por afixação nos respectivos Hospitais e Centros de Saúde e com a colaboração do serviço de Saúde 24-Pediatria. A coordenação da informação ao público e das instituições de saúde que articulam cuidados assistenciais com o HDE e o HSM no âmbito da Pediatria estará a cargo da ARSLVT.

Lisboa, 25 Junho de 2002

*Prof. Doutor Luís Nunes*  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de D.ª Estefânia

*Prof. Doutor F. Coelho Rosa*  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de Santa Maria

## SECÇÃO DE PEDIATRIA DO DESENVOLVIMENTO SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

A Secção de Pediatria de Desenvolvimento realizou, em Beja, em colaboração com o Hospital José Joaquim Fernandes, Centro de Paralisia Cerebral de Beja e Escola Superior de Educação de Beja, a Reunião «Nascer e Crescer com Paralisia Cerebral», no dia 21 de Junho de 2002.

Tratou-se de um evento muito participado (cerca de duas centenas de participantes) e cujo sucesso se deveu, essencialmente, à Dra. Fátima Furtado e colaboradores.

Foram apresentadas três comunicações magistrais – «Do diagnóstico à Intervenção» por Graça Andrada e Fátima Bessa, «A Intervenção da Terapêuta da Fala» por Margarida Campos Andrada e «A Comunicação Aumentativa e Tecnologias de Apoio na Intervenção Precoce» por Margarida Nunes da Ponte – e a discussão de oito casos clínicos, cujos resumos se publicam seguidamente.

### Nascer e Crescer com Paralisia Cerebral

#### Comunicações Livres

##### Perturbação do Desenvolvimento

Ana Tavares (Terapeuta Fala), Filomena Ventura (Terapeuta Ocupacional), Sérgio Boinho (Psicólogo), M.<sup>a</sup> Cristina Tavares (Fisioterapeuta), Bertina Marques (Técnica de Serviço Social)  
Núcleo Regional de Faro da APPC

Cada vez mais os núcleos da APPC deparam-se com casos clínicos que não se enquadram nas características mais comuns de paralisia cerebral.

A equipa do Núcleo Regional de Faro propõe-se expôr um caso de uma criança de 5 anos de idade que apresenta uma perturbação ao nível do desenvolvimento, mais especificamente nas áreas da linguagem receptiva/expressiva, perceptiva-motora, comportamental e da interacção social.

A apresentação deste caso, torna-se pertinente, tendo em conta que a investigação etiológica ainda não permitiu um diagnóstico preciso e definitivo.

Neste contexto, consideramos que a exposição deste caso tem como objectivo fulcral, aprofundar os conhecimentos relativamente às perturbações do desenvolvimento, com a vontade de estabelecer um espaço de troca de ideias, no sentido de atenuar as dificuldades sentidas na avaliação e intervenção em casos desta natureza.

##### Um Caso Clínico de Atraso

Maria do Céu Novaz (Pediatra), Conceição Lopes  
Hospital Dr. José Maria Grande-Portalegre  
Projecto Intervenção Precoce

Os autores apresentam o caso de uma criança de 14 meses de idade, sexo masculino, nascido às 28 semanas de gestação, no Hospital de Portalegre e transferido para o Serviço de Neonatologia do Hospital de Évora, onde ficou com ventilação 5 dias.

Está integrado no Projecto de Intervenção Precoce.

Aos 12 meses de idade (9 m de I.C.) tinha evolução estatura-ponderal deficiente com P.C. adequado, atraso motor acentuado (3M) e atraso acentuado das capacidades visuais (1M) e de audição e linguagem (6M). Tem compromisso severo auditivo e oftalmológico e manifesta por vezes movimentos atetósicos do tronco.

Os autores pretendem colocar em discussão, os métodos de intervenção adequada, para esta criança.

#### Caso Clínico de Paralisia Cerebral, Displegia Espástica, Sequelas de Pré-Termo, Evolução Clínica com Intervenção com Toxina Botulínica (BTX-A)

M.<sup>a</sup> Graça Andrada (Pediatra/Fisiatra), Fernanda Nunes (Enfermeira),  
Cláudia Marques (Fisioterapeuta)

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

BALS, sexo feminino

Data de Nascimento: 18/02/1998

Filha de mãe solteira. Pais adolescentes e toxicodependentes.

Gravidez não vigiada. Tentativa de interrupção da gravidez.

Gestação de 34 semanas.

Rotura de bolsa das águas 48-72 horas antes do parto.

Apresentação cefálica. Parto eutócico na ambulância.

Apgar 1.<sup>o</sup> min-9 e 5 min-10, Sepsis neonatal, DMH de Grau I, Hiperbilirrubinémia (valores não registados).

Atraso no desenvolvimento sobretudo na motricidade global.

1.<sup>a</sup> consulta no Centro aos 22 M.

Criança para adopção em Instituição de acolhimento.

Displegia Espástica de predomínio distal.

PC – 46,7 cm (Percentil 25)

Visão e audição normais

Desenvolvimento cognitivo normal. Linguagem normal. Espasticidade distal.

Escala de Ashworth – 4 (gémeos).

Limitação da mobilidade da tibiotársica – 15.<sup>o</sup> à Esq.<sup>a</sup> e 30.<sup>o</sup> à Dta.

Ressonância Magnética CE – Leucomalácia periventricular.

Iniciou Toxina Botulínica em 17/01/2001 – evolução demonstrada com vídeo e em quadro anexo.

#### Um Salto para o outro Lado

Estela Guerreiro (Educadora), Emília Mateus (Psicóloga),  
Mafalda Patena (Fisioterapeuta), M.<sup>a</sup> Fátima Neves (Educadora),  
Almerinda Assunção (Educadora), Fernanda Costa (Educadora),  
Romana (Auxiliar)

Centro de Paralisia Cerebral de Beja e Jardim de Infância n.<sup>o</sup> 3 do Bairro da Apariça

O trabalho que vamos apresentar, nasceu de anteriores contactos entre o Centro de Paralisia Cerebral de Beja e o Jardim de Infância n.<sup>o</sup> 3 do Bairro da Apariça em Beja, pelo sucesso da integração de outras crianças embora com perturbações menos graves. Este trabalho que integra um grupo de 4 crianças totalmente dependentes de terceiros, seguidas pela equipa de Intervenção Precoce do Centro de Paralisia Cerebral de Beja, teve início em Outubro de 2001, com a deslocação semanal do grupo acompanhado da Educadora e Auxiliar ao Jardim de Infância de ensino regular.

Para além desta acção, também se promove uma troca de experiências, espaços e actividades entre as duas instituições, assim como a sensibilização de toda a comunidade educativa para a problemática da deficiência.

### **Infecção Congénita por CMV – Utilidade do cartão de Guthrie, a propósito de 6 casos clínicos**

*Carla Sá*<sup>1</sup> (Pediatria), *Inês Carrilho*<sup>1</sup>, *Manuela Santos*,  
*Clara Barbot*<sup>1</sup> (Neuropediatras), *Margarida Reis Lima*<sup>2</sup>  
e *M.ª Céu Mota*<sup>2</sup> (Pediatrias / Geneticistas)

<sup>1</sup> Serviço de Neuropediatria, H. M.ª Pia

<sup>2</sup> Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães

A infecção congénita por citomegalovírus (CMV) é a infecção congénita mais frequente em todo o mundo, com uma incidência que varia entre 0,2 e 2,2% dos nascimentos vivos, dependendo da seroprevalência populacional.

A infecção congénita, tanto primária como por reactivação, é uma causa bem conhecida de alterações neurológicas na criança e, dependendo da idade gestacional em que ocorre, as sequelas diferem. Cerca de 10% das crianças infectadas congenitamente são sintomáticas ao nascimento e das assintomáticas 10 a 20% apresentam manifestações clínicas mais tarde.

A pesquisa do DNA viral por PCR no sangue colhido no período neonatal para rastreio metabólico (cartão Guthrie) tornou possível o diagnóstico retrospectivo de infecção congénita por CMV em crianças com alterações neurológicas.

Os autores fazem uma revisão teórica acerca do desenvolvimento neurológico desta infecção, sua patogenia e clínica. São discutidos critérios de diagnóstico. Apresentam-se, a propósito, 6 casos de crianças seguidas na consulta de Neuropediatria e Genética Médica, cujo diagnóstico retrospectivo foi efectuado por pesquisa de DNA viral por PCR nos cartões Guthrie, discutindo-se a variabilidade da apresentação clínica.

### **Um Caso de Atraso Grave do Desenvolvimento**

*M.ª José Mendes* (Pediatria), *Maria Graça Mira* (Pediatria),  
*Fernanda Dinis* (Educadora)

Hospital do Espírito Santo de Évora – Serviço de Pediatria

Apresenta-se o caso clínico de uma criança do sexo masculino, de 29 meses de idade, com atraso grave do desenvolvimento psicomotor, notado a partir dos 6 meses, de etiologia ainda não esclarecida.

É uma criança sempre «Bem Disposta», com má progressão estatura-ponderal e macrocefalia relativa que apresenta quadro motor de atetose e ausência de linguagem.

Dos antecedentes pessoais, há a referir «Dilatação dos Ventículos cerebrais e hidronefrose», detectadas em ecografia pré-natal, alterações não confirmadas após o nascimento.

O parto realizou-se às 41 semanas por cesariana, por sofrimento fetal agudo; o Índice de Apgar foi de 10 ao 1.º e 5.º min..

Os exames complementares de diagnóstico efectuados, não foram conclusivos para esclarecimento etiológico.

### **Surdez e Dislexia? ou só Surdez?**

*Luísa Rocha* (Pediatria), *Anabela Farias* (Psicóloga),  
*Lurdes Ventosa* (Pediatria), *Laura Lourenço* (Pediatria)

Núcleo de Neuropediatria e Desenvolvimento  
Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta

Os autores apresentam um caso clínico de uma criança do sexo masculino de 11,5 anos de idade, referenciada à consulta de desenvolvimento por dificuldades de aprendizagem.

Nos seus antecedentes pessoais, salienta-se a aquisição das etapas

do desenvolvimento psicomotor nas idades adequadas à excepção de atraso global de linguagem. A investigação efectuada aos 4 anos revelou surdez neurosensorial bilateral por eventual sequela de sarampo aos dois anos. Iniciou terapia da fala e passou a usar prótese após os 5,5 anos.

Nos antecedentes familiares destaca-se a irmã igualmente com surdez neurosensorial.

Iniciou a escolaridade aos 8 anos, após adiamento escolar, tendo beneficiado desde o início de apoio educativo com professora especializada em deficiência auditiva, mantendo a terapia da fala. Verificou-se desde sempre grandes dificuldades de aprendizagem, sobretudo da leitura e da escrita e mantém dificuldades importantes na linguagem, quer expressiva quer compreensiva.

A avaliação cognitiva revelou um quociente global limite (72) com uma diferença importante entre as provas verbais (51) e de realização (99).

Pretende-se discutir o diagnóstico diferencial em desenvolvimento e qual a intervenção mais adequada a este caso.

### **Síndrome de Heller?**

*Rosa Esquina* (Pediatria), *Miguel Palha* (Pediatria)  
Unidade de Desenvolvimento – Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria

### **Caso Clínico**

Os autores apresentam uma discussão sobre Síndrome de Heller e comportamento de automutilação.

Criança de dez anos de idade, sexo feminino, com um desenvolvimento aparentemente convencional nos primeiros anos de vida e que apresentou aos dois anos e seis meses de idade um quadro de regressão autista (Sd. Heller), marcada por uma grande dificuldade na área da realização verbal e alterações evidentes em outras áreas (realização não verbal e imitação, na área da percepção, motricidade fina e global, coordenação olho-mão), assim como alterações no nível de comportamento (com automutilação e estereotipias).

No que respeita à autonomia, houve também importantes regressões.

Devido à automutilação, foi-lhe prescrita, há dois meses atrás, Naltrexona, com eliminação total do comportamento de automutilação.