U.PORTO

Mestrado Integrado em Medicina

A urgência na pediatria

Joana Inês Campos Silva

M

2022



A urgência na pediatria

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Joana Inês Campos Silva

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço eletrónico: joana_isilva@hotmail.com

Orientador: Dra. Diana Silva Pinto

Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Assistente Hospitalar de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Coordenadora do Atendimento Pediátrico do Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Co-Orientador: Prof. Doutora Liane Correia Costa

Assistente Hospitalar de Pediatria, Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professora Auxiliar de Pediatria do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Porto, maio 2022



(Joana Inês Campos Silva)



(Diana Silva Pinto)



(Liane Correia Costa)

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão à minha orientadora, Dra. Diana Silva Pinto, que aceitou conduzir-me neste estágio, mostrando-se sempre disponível para me ajudar. Agradeço todos os conhecimentos que me transmitiu e por ter confiado em mim para integrar as equipas médicas, acompanhando-as.

Agradeço à minha co-orientadora, Prof. Doutora Liane Correia Costa, que me aconselhou a realização do estágio no serviço de urgência, pela sua disponibilidade e ajuda prestada.

Deixo um agradecimento às várias equipas médicas e de enfermagem, que integrei durante o estágio, pela amabilidade com que sempre me receberam, por esclarecerem sempre as minhas dúvidas e por terem proporcionado um bom ambiente durante o meu estágio.

Resumo

Introdução: No âmbito da unidade curricular "Dissertação/Projeto/Estágio" do Mestrado Integrado em Medicina, realizei um estágio de índole profissionalizante no Serviço de Urgência de Pediatria. Assim, este relatório tem como propósito a descrição das atividades efetuadas no estágio, bem como a realização de uma reflexão crítica daquilo que foi observado. O estágio teve a duração total de 87 horas e foi realizado na Urgência Pediátrica do Porto e no Atendimento Pediátrico do Centro Materno-Infantil do Norte.

Objetivos/Métodos: Os objetivos propostos para este estágio incluíram a adquisição de novas competências na abordagem do doente pediátrico, nomeadamente a realização de anamnese e exame objetivo nas diferentes faixas etárias, o desenvolvimento de técnicas de comunicação com os doentes e cuidadores, a identificação de sintomas e a integração dos achados nos principais diagnósticos, requisição dos exames complementares de diagnóstico adequados e sua integração prática, bem como aprender sobre o tratamento e orientação dos doentes. Serão descritas variáveis demográficas, dados sobre apresentação clínica, diagnósticos, exames complementares requisitados e tratamento e orientação dos doentes observados durante o período de estágio.

Discussão: Durante a realização do estágio foram observados 108 doentes, a maioria do sexo feminino (n=57; 53%), com média de idades de 6,05 anos (DP 5,29). A maioria (n=61; 62,0%) foi classificada como situação urgente e os principais diagnósticos efetuados foram nasofaringite aguda, gastroenterite aguda, bronquiolite aguda e otite média aguda. O tratamento mais prescrito (n=69; 63,9%) foi medidas sintomáticas e 87,0% teve alta clínica.

Conclusão: O estágio foi bastante enriquecedor do ponto de vista académico e pessoal. Permitiu-me perceber a complexidade e exigência que é trabalhar no contexto do serviço de urgência. Além disto, percebi o quão importante e desafiante é conseguir estabelecer uma relação de confiança e segurança com a criança/adolescente, principalmente em situação de doença aguda, bem como conseguir articular de forma clara e empática com os cuidadores.

Abstract

Introduction: Within the scope of the curricular unit "Dissertation/Project/Internship" of the Integrated Master's in Medicine, I choose to carry out a professional internship in the Pediatric Emergency Department. Thus, the purpose of this is to describe the activities carried out in the internship, such as carrying out an evaluation that was observed. In this report I will describe the activities carried out during the internship which lasted 87 hours at the Pediatric Emergency of Porto and at the Pediatric Care of the Centro Materno-Infantil do Norte.

Objectives/Methods: The objectives proposed for this internship included the acquisition of new skills in the approach to pediatric patients, namely the realization of anamnesis and objective examination in different age groups, the development of communication techniques with patients and caregivers, the identification of symptoms and the integration of the findings in the main diagnoses, ordering the appropriate diagnostic tests and their practical integration, as well as learning about the treatment and orientation of the patients. Demographic variables, data on clinical presentation, diagnoses, required complementary exams and treatment and guidance of patients observed during the internship period will be described.

Discussion: During the internship, 108 patients were observed, most of them female (n=57; 53%), with a mean age of 6.05 years (SD 5.29). The majority (n=61; 62,0%) was classified as an urgent situation and the main diagnoses made were acute nasopharyngitis, acute gastroenteritis, acute bronchiolitis and acute otitis media. The most prescribed treatment (n=69; 63.9%) was symptomatic measures and 87.0% were discharged from hospital.

Conclusion: The internship was very enriching from an academic and personal point of view. It allowed me to understand the complexity and demand that it is to work in the context of the emergency service. In addition, I realized how important and challenging it is to be able to establish a relationship of trust and security with the child/adolescent, especially in a situation of acute illness, as well as being able to articulate clearly and empathically with caregivers.

Lista de abreviaturas

AP – Atendimento Pediátrico

ATB – Antibioterapia

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

GEA – Gastroenterite Aguda

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

OBS – Sala de Observação

OMA – Otite Média Aguda

UPP – Urgência Pediátrica do Porto

paedCTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

SU – Serviço de Urgência

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

Índice

Agradecimentos i
Resumo ii
Abstract iii
Lista de abreviaturas iv
Índice v
Lista de Tabelas vi
Introdução 1
Desenvolvimento 3
Objetivos 3
Metodologia 3
Contextualização 3
Discussão 7
Características demográficas 7
Sistema de triagem 7
Diagnóstico Final 8
Meios complementares de diagnóstico e tratamento 14
Tratamento 14
Orientação clínica 14
Conclusão 16
Anexos (Tabelas) 19
Bibliografia 22

Lista de Tabelas

Tabela I - Distribuição horária das atividades desenvolvidas durante o período de estágio……19

Tabela II – Dados recolhidos durante o estágio……20

Introdução

No âmbito da unidade curricular "Dissertação/Projeto/Estágio" do Mestrado Integrado em Medicina, optei pela modalidade de Estágio na área de Pediatria por forma a aprofundar os meus conhecimentos teóricos e aplicá-los à prática clínica numa área pela qual tenho particular interesse. Foi, por isso, com entusiasmo que aceitei a proposta de realizar este estágio no Serviço de Urgência (SU) de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) - Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), sob a orientação da Drª. Diana Silva Pinto e co-orientação da Prof.ª Doutora Liane Correia Costa.

Enquadramento

O CHUP é um hospital universitário de nível III que integra diferentes unidades: o Hospital Geral de Santo António (HGSA), o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães (CGMJM) e o CMIN. Enquanto hospital central e universitário, o CHUP tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, assim como a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

O Serviço de Pediatria, integrado no Departamento da Infância e Adolescência, tem por missão a assistência diferenciada e integrada desde a vida pré-natal até à adolescência (17 anos e 364 dias), dando uma resposta eficiente e proporcionando acessibilidade, equidade e excelência de cuidados de saúde. O elevado grau de diferenciação nas múltiplas áreas pediátricas, aliado à existência de equipas multidisciplinares e profissionais altamente especializados, permite uma capacidade de resposta completa e atempada às necessidades diagnósticas e terapêuticas das populações de referência, sendo um pólo de desenvolvimento do conhecimento na área pediátrica a nível nacional e internacional. Este serviço é um importante centro de gestão de situações de alto risco e de doenças raras, com importante diferenciação em diversas áreas. É atualmente Centro de Referência em 5 áreas: Doenças Hereditárias do Metabolismo, Fibrose Quística, Transplante Renal Pediátrico, Coagulopatias Congénitas e Epilepsia Refratária, prestando cuidados altamente diferenciados nestes âmbitos.

O Serviço de Pediatria do CMIN integra a Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), sendo responsável por 3 das 8 equipas que asseguram a escala médica da Urgência Pediátrica do Porto (UPP), garantindo o atendimento urgente e emergente da população pediátrica da área metropolitana do Porto. Na UPP, o sistema de triagem efetuado pela equipa de enfermagem, faz-se de acordo com o sistema de triagem *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (paedCTAS).

No CMIN, o Serviço de Pediatria disponibiliza, ainda, à comunidade o serviço de Atendimento Pediátrico (AP), de acesso livre em regime de consulta aberta das 8h00 às 19h00, todos os dias. É usado o sistema de Triagem de *Manchester* modificado, efetuado pela equipa de enfermagem. Está ainda assegurada a orientação clínica e internamento 24 horas/dia de doentes com patologia crónica em seguimento no CMIN, bem como a transferência de doentes de outras unidades hospitalares. Integra, no mesmo espaço e no mesmo horário, a urgência de Pedopsiquiatria da região Norte.

Desenvolvimento

Objetivos

O principal objetivo deste estágio de índole profissionalizante foi o de consolidar conhecimentos teóricos, com a sua respetiva aplicação na prática clínica, de forma a melhorar o treino no diagnóstico e tratamento das patologias pediátricas mais frequentes. Pretendeu-se promover o desenvolvimento de raciocínio clínico em diferentes contextos e na abordagem de diferentes situações de urgência. Assim, foram definidos os seguintes objetivos de aprendizagem:

- Adquirir atitudes e capacidades de comunicação com a criança, o adolescente e a família;

- Identificar e orientar as situações mais frequentes de doença aguda, incluindo situações de intoxicações, acidentes e maus-tratos;

- Reconhecer a criança gravemente doente e adquirir conhecimentos acerca da prestação de cuidados de suporte básico de vida e intervenção em situações de urgência e emergência;

- Saber realizar o exame objetivo nas diferentes faixas etárias;

- Requerer, interpretar e compreender os exames auxiliares de diagnóstico;

- Conhecer a abordagem clínica e terapêutica das patologias médicas e cirúrgicas mais comuns nos diferentes grupos etários;

- Conhecer as especificidades pediátricas da ética médica, em cada grupo etário.

Metodologia

A distribuição horária do presente estágio organizou-se de acordo com as disponibilidades de todos os intervenientes, incluindo da orientadora e co-orientadora, tendo sido a mesma realizada entre 16 de novembro de 2021 e 14 de abril de 2022. Os períodos de estágio foram distribuídos pela UPP e pelo AP do CMIN. Na tabela I é apresentada a distribuição horária do estágio, que teve uma duração total de 87 horas, 60 horas na UPP e 27 horas no AP do CMIN.

Contextualização

A Saúde Infantil e Juvenil é considerada uma prioridade no programa nacional de saúde e está preconizado que o acompanhamento das crianças e adolescentes deve ser realizado no contexto dos cuidados de saúde primários, pelo médico de família[1]. Em caso de necessidade de cuidados hospitalares, este deve fazer a referenciação hospitalar[1]. Não obstante, tendo em conta o elevado número de utentes a que os médicos de família prestam cuidados, nem sempre é possível dar uma resposta atempada a todas as situações, sobretudo às não urgentes, que precisam de avaliação

médica[1]. Assim, tendo em conta este facto, é expectável que muitas destas situações não urgentes acabem por recorrer aos serviços de urgência hospitalares, sobrecarregando-os, com gasto de tempo e de recursos hospitalares e todos os inconvenientes e dificuldades daí decorrentes.

A Urgência Pediátrica Integrada do Porto foi criada em 2006, com o objetivo de dar uma resposta eficaz ao atendimento da criança e do adolescente com doença aguda na área metropolitana do Porto[2]. Este serviço de urgência assenta na articulação entre profissionais de dois níveis assistenciais, que se constituem em equipa, trabalhando com o suporte de uma rede de comunicação entre instituições e profissionais[2]. Assim, espera-se que haja uma transmissão de dados e de informação que permitam uma total interdisciplinaridade e complementaridade total[2].

Os profissionais da UPP organizam-se em equipas, incluindo médicos dos serviços de pediatria do Centro Hospitalar Universitário São João, do CMIN e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano.

A UPP está organizada nas seguintes áreas:

- Área de admissão e receção - onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão de doentes;
- Área de triagem - local onde os doentes, acompanhados por um familiar, são avaliados pela equipa de enfermagem que aplica o paedCTAS, que classifica a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica;
- Área de avaliação médica - 6 gabinetes médicos (todos equipados com uma marquesa, uma secretária com computador, material necessário à observação médica (otoscópio e um oftalmoscópio) e um lavatório). No início da pandemia COVID-19, foram efetuados ajustes nas áreas da urgência e os consultórios médicos foram divididos, sendo 4 destinados à observação de doentes com suspeita de infeção por SARS-COV2 (doentes com febre, tosse ou sintomas respiratórios) e 2 destinados aos restantes doentes;
- Sala de Observação (OBS) - espaço de atendimento para doentes que necessitam de vigilância e/ou tratamento por um período previsível de até 24horas, até à resolução/melhoria do quadro ou decisão quanto à orientação (internamento ou alta clínica). Esta área é constituída por 7 postos, com camas e equipamento de monitorização contínua de parâmetros vitais, onde é possível assegurar a vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo; um dos quartos permite o isolamento de doentes;
- Sala de Observação - COVID19 – espaço destinado à monitorização e tratamento de doentes com infeção por SARS-COV2 ou em doentes com sintomas compatíveis com

infeção por SARS-COV2 a aguardar resultado do teste rápido de antigénio ou *Polimerase Chain Reaction* (PCR). Tem capacidade de 4 postos mais 2 de isolamento;

- Área de emergência pediátrica - constituída por uma sala de emergência onde é efetuada a receção, avaliação e estabilização inicial de crianças e adolescentes em situações emergentes, em que existe risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato;
- Espaço externo COVID-19 - criado durante a pandemia COVID-19 com vista a ampliar o espaço disponível para a avaliação de doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV2, em funcionamento diário durante os períodos de maior afluência de doentes, entre as 16h e as 24h.

As equipas médicas trabalham na UPP em turnos de 12horas, ou seja entre as 8h -20h e entre as 20h-8h. Entre os turnos decorre uma reunião de passagem de serviço, onde são discutidos os doentes que permanecem no SU, já avaliados mas que necessitam de reavaliação e orientação subsequente pela nova equipa médica a iniciar o turno. Relativamente à estruturação das equipas, a equipa médica conta com 5 elementos durante o período diurno e com 5 elementos durante o período noturno.

O AP do CMIN funciona diariamente entre as 8h e as 19h e as equipas médicas são constituídas por 4 médicos, apoiados por uma equipa de enfermagem e de assistentes operacionais.

O AP está organizado nas seguintes áreas:

- Área de admissão e receção - onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão dos doentes;
- Área de triagem – local onde os doentes, acompanhados por um familiar, são avaliados pela equipa de enfermagem que aplica o sistema de triagem de *Manchester* modificado, que classifica a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade clínica;
- Área de observação médica (Doentes não respiratórios) - 2 consultórios médicos, (equipados com uma marquesa, uma secretária com computador, material necessário à observação médica (otoscópio e um oftalmoscópio) e um lavatório). Esta área é apoiada por uma sala de enfermagem e por um espaço destinado a doentes em observação.
- OBS respiratórios - Durante a pandemia COVID-19, a OBS foi adaptada e passou a ser destinada apenas à observação de doentes com suspeita de infeção por SARS-COV2 (doentes com febre, tosse ou sintomas respiratórios). Esta área inclui 3 postos com macas, 4 postos com cadeirões e 1 posto com berço. Apresenta ainda uma sala de enfermagem,

um balcão de apoio de enfermagem com 2 computadores e 2 secretárias com 2 computadores;

- 2 salas de isolamento.

Discussão

Durante os períodos de estágio, acompanhei a rotina do médico especialista ou do médico interno de pediatria que me era atribuído, dado que nem sempre foi possível acompanhar a atividade de uma das minhas orientadoras.

Além de me terem sido transmitidos conhecimentos teóricos e práticos, foi-me dada a possibilidade de interagir com os doentes, nomeadamente com realização de anamnese e exame objetivo a doentes de diferentes faixas etárias. Assim, considero que consegui aprimorar a realização de auscultação cardíaca e pulmonar, a realização de otoscopia com identificação de abaulamento da membrana timpânica, a observação da orofaringe, bem como realização de exame neurológico. Foi ainda possível realizar alguns procedimentos, como eletrocardiograma.

Nesta secção será apresentado um resumo descritivo das características clínicas, diagnóstico, abordagem terapêutica e orientação de todos os doentes observados durante o período do estágio.

Tendo em conta que estive alocada à observação de doentes tanto na área COVID-19 como na área não-COVID-19, a descrição apresentada refletirá essa mesma alocação.

Características demográficas

Observei um total de 108 doentes com um ligeiro predomínio de doentes do sexo feminino (n=57, 53%, Tabela II).

Relativamente à distribuição etária, observei sobretudo crianças entre os 2 e os 12 anos (n=52, 48,14%), seguido de crianças entre os 13 e os 24 meses (n=22, 20,37%), adolescentes (n=18, 16,67%) e de lactentes (dos 29 dias de vida aos 12 meses) (n= 15, 13,89%). A média de idades foi de 6,05 anos, com um desvio padrão de 5,29.

Sistema de triagem

A triagem efetuada na admissão à urgência permite identificar precocemente os casos que necessitam de atendimento urgente, de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo, permitindo ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência. O sistema de triagem em idade pediátrica deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado[3].

Segundo a norma da Direção Geral da Saúde: "Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata", no SU pediátrico deve ser usado o mais recente sistema de Triagem de *Manchester* ou o paedCTAS[3]. O sistema de triagem de *Manchester* foi criado em 1997 no Reino Unido e está implementado em vários países europeus, tendo começado a ser usado no

ano 2000 em Portugal[3]. Este sistema tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo-alvo que é recomendado até à primeira observação médica[3]. O método classifica o doente em 5 categorias identificadas por número, cor e tempo-alvo de observação, nomeadamente: emergente (cor vermelha, 0 minutos); muito urgente (cor laranja, 10 min); urgente (cor amarela, 60 min); menos urgente (cor verde, 120 min); não urgente (cor azul, 240 min)[3]. O paedCTAS foi implementado em 2008 na UPP e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE com o objetivo de priorizar o acesso aos cuidados e prever a sua necessidade. Este sistema apresenta 5 graus, sendo o grau I o mais urgente e o grau V o não urgente, com base num processo que inclui 3 passos: a impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, a avaliação da queixa e dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados[3]. Esta classificação tem como vantagem a valorização da gravidade das lesões ao invés da hospitalização e tempo de espera no SU[4].

No grupo de doentes observados (Tabela II), a maioria (n=61, 56,5%) foi classificada com a cor amarela, sendo consideradas situações urgentes, com indicação para observação em até 60 minutos. Apenas 10 doentes (9,3%) foram classificados com a cor laranja e os restantes 37 doentes (34,3%) foram classificados com a cor verde.

Diagnóstico Final

Na Tabela II, são apresentados os diagnósticos dos doentes observados durante o período de estágio. Os diagnósticos mais comuns foram nasofaringite aguda (n=27, 25%), gastroenterite aguda (GEA) (n=13, 12,04%), bronquiolite aguda (n=10, 9,26%) e otite média aguda (OMA) (n=8, 7,41%).

A nasofaringite aguda é uma infeção das vias aéreas superiores de causa vírica e autolimitada[5]. Contudo, apesar da benignidade da doença é uma das principais causas de absentismo escolar e de procura de cuidados médicos[6]. Na idade pediátrica, é comum haver 7 a 8 infeções por ano, sendo mais prevalente durante as estações de outono e primavera, visto serem as fases do ano em que existe uma maior associação entre a prevalência dos agentes víricos e a frequência de espaços fechados[5]. Os agentes que mais frequentemente causam esta patologia são o rinovírus, o vírus sincicial respiratório (VSR), o metapneumovírus humano, coronavírus, vírus coxsackie, vírus influenza, vírus parainfluenza e o adenovírus[6]. No que à clínica diz respeito, os sintomas geralmente desenvolvem-se 1 a 3 dias após o início da infeção e incluem rinorreia, obstrução nasal e tosse seca ocasional, podendo ainda estar associada febre. Estes sintomas podem ter uma duração de 5 a 7 dias, mas em alguns casos podem persistir durante mais algum tempo[6]. O diagnóstico é clínico, pelo que habitualmente não são necessários meios complementares de diagnóstico e tratamento

(MCDTs). No entanto e tendo em conta que a sua principal complicação é a OMA[6], torna-se importante a realização de otoscopia para exclusão desta complicação. O tratamento é essencialmente sintomático com lavagem nasal, reforço da hidratação oral, elevação da cabeceira da cama e, em caso de febre e mialgias, recurso a paracetamol e/ou ibuprofeno[5]. Há que ter em consideração que os anti-histamínicos e os descongestionantes nasais não estão recomendados nas crianças [5]. No contexto do SU deve ser explicado o curso da doença e de que forma se pode proteger os que rodeiam a criança, nomeadamente pela lavagem frequente das mãos e uso da etiqueta respiratória[7]. Nos casos observados no período de estágio (n=27), os sintomas mais frequentemente apresentados foram rinorreia, obstrução nasal, tosse e por vezes febre. Ao exame objetivo a grande maioria não tinha alterações, tendo sido a mais encontrada a ruborização da orofaringe. A maioria realizou teste de pesquisa de SARS-CoV2, justificada pela fase pandémica em que nos encontramos e pela necessidade de sinalização dos casos positivos no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

A gastroenterite aguda é uma infeção do trato gastrointestinal[6] e uma causa importante de morbimortalidade, sobretudo em países com difícil acesso aos cuidados de saúde[5]. Esta doença caracteriza-se por diarreia, que pode estar associada a náuseas, vómitos, febre e/ou dor abdominal[7]. A diarreia define-se pela diminuição da consistência das fezes e/ou aumento da frequência das dejeções, em relação ao padrão habitual do doente. Para além disto, pode ser classificada como aguda, se apresenta uma duração inferior a 14 dias, ou persistente se ultrapassa esta duração temporal[6]. Os principais agentes desta patologia são o Rotavírus e o Norovírus. A GEA transmite-se por via fecal-oral, através de alimentos ou água contaminados. Na maioria dos casos, trata-se de um quadro autolimitado[7], no entanto é importante ter sempre em conta a possibilidade de desidratação que, de acordo com a gravidade, pode acarretar risco de vida. Esta gravidade deve ser avaliada pela perda de peso corporal, nível de consciência, tempo de perfusão capilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, prega cutânea, abaulamento da fontanela, presença de olhos encovados, presença e quantidade de lágrimas, hidratação das mucosas, débito urinário e sede[6]. Os fatores de risco para o desenvolvimento de doença moderada a grave são idade inferior a 6 meses, imunossupressão, acloridria, malnutrição, doenças crónicas principalmente gastrointestinais, uso prolongado de antibióticos e viagem para zonas endémicas ou falta de saneamento[7]. Pelo número de casos de GEA (n=13) observados no período de estágio, percebe-se que este é um motivo frequente de recorrência aos cuidados de saúde hospitalares, apesar de nem sempre tal se justificar. Devem ser referenciados ao SU os casos de doentes com idade inferior a 2 meses, vómitos persistentes, dejeções muito frequentes e de grande volume (> 8dejeções/dia), sinais de desidratação moderada a grave, ou a presença de comorbilidades graves, como diabetes

mellitus, doença renal crónica, cardiopatia, doença metabólica, entre outros[6]. Relativamente ao tratamento e considerando que a maioria dos casos são autolimitados, como aqueles observados durante o estágio, este passa pela reposição de fluídos e eletrólitos e manutenção de nutrição entérica[6]. Na idade pediátrica, as soluções de reidratação oral de osmolaridade reduzida devem ser a primeira linha terapêutica, devendo ser administrada em 3 a 4 horas e ajustada ao peso corporal e grau de desidratação. Assim, o volume de solução de reidratação oral calcula-se pela multiplicação do grau de desidratação por 10, sendo que se deve adicionar 2mL/Kg por cada episódio de vómito e 10mL/Kg por cada episódio de diarreia[6]. Em casos de desidratação grave com choque hipovolémico deve ser administrado um bólus de soro fisiológico 10mL/Kg em 10-20 minutos e, posteriormente deve passar-se à perfusão de glucose 5% em cloreto de sódio 0,9%[6]. No tratamento da GEA em idade pediátrica não estão recomendados prebióticos e os antieméticos não devem ser usados por rotina pelos seus efeitos adversos, todavia o ondansetron pode ser usado em crianças e lactentes com mais de 6 meses[6]. Dos doentes observados com GEA (n=13), as principais queixas foram diarreia associada, na grande maioria dos casos, a dor abdominal e, por vezes, a vómitos e febre. De todos os diagnosticados, em nenhum se verificou desidratação moderada ou grave, tendo sido, por isso, instituído tratamento de suporte. Aqueles que apresentavam vómitos realizaram, durante a permanência no SU, ondansetron e hidratação oral fracionada e em caso de intolerância oral foi administrado ondansetron por via endovenosa.

A bronquiolite aguda define-se como o primeiro episódio de dificuldade respiratória aguda, com dispneia e sibilância, causada por infeção vírica em crianças com idade inferior a 2 anos[7]. Relativamente ao seu mecanismo fisiopatológico traduz-se pelo aumento de produção de muco pelos bronquíolos, acompanhado por vezes de broncospasmo que pode levar a obstrução da via aérea[5]. O principal agente etiológico é o VSR, responsável por cerca de 75% dos casos[6]. Os fatores de risco para o desenvolvimento de bronquiolite aguda grave são a idade inferior a 6-12 semanas; história de prematuridade (idade gestacional <37 semanas); diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente (displasia broncopulmonar, fibrose quística, doença pulmonar difusa ou congénita), doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de *Down*; exposição a fumo de tabaco[8]. A clínica geralmente carateriza-se pela presença de rinorreia e obstrução nasal durante 2-3 dias, seguidos de tosse seca, febre e dificuldade respiratória progressiva, atingindo um pico de gravidade pelo 5º-6º dia, a partir do qual o quadro clínico vai resolvendo. No que concerne à abordagem destes casos, após a desobstrução nasal deve avaliar-se a gravidade da bronquiolite aguda através dos seguintes sinais: frequência respiratória e cardíaca, grau de dificuldade respiratória (tiragem subcostal, intercostal, supraesternal), estado de consciência, grau de hipoxemia, grau de desidratação e outros sinais

(incapacidade para vocalização ou gemido)[8]. Assim, devem ser referenciados ao SU todos os doentes que apresentem dificuldade alimentar, com diminuição de 50% da ingesta em 24horas, letargia, apneia, aumento da frequência respiratória para valores críticos de acordo com a idade, grau de dificuldade respiratória moderada a grave, adejo nasal ou gemido, saturação periférica de O_2 inferior a 94% ou sempre que existem dúvidas no diagnóstico[8]. Não é necessário realizar MCDTs, visto tratar-se de um diagnóstico clínico, mas caso haja necessidade de internamento será preciso realizar exame virológico de secreções nasofaríngeas, de modo a poderem ser tomadas medidas de prevenção de contactos[7]. No que ao tratamento diz respeito, existem várias controvérsias, visto que apenas é recomendado tratamento sintomático, como lavagem nasal com soro fisiológico, elevação da cabeceira da cama, hidratação oral e suplementação de O_2, via cânula nasal ou máscara facial, quando a saturação periférica de O_2 é inferior a 92%[8]. Apesar disso, em regime hospitalar em alguns casos pode ser realizada prova terapêutica com salbutamol. A principal complicação da bronquiolite aguda é a OMA (tal como na nasofaringite aguda), mas também pode cursar com atelectasia pulmonar, desidratação, hiponatremia secundária, síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética, entre outras[6]. Todavia, em geral, o prognóstico da bronquiolite aguda é favorável. Nos doentes que necessitam de internamento, em cerca de 20% dos casos há necessidade de internamento em cuidados intensivos, sobretudo naqueles que têm fatores de risco[6]. Os recém-nascidos e lactentes diagnosticados com bronquiolite aguda (n=10) apresentavam à admissão principalmente tosse e rinorreia e noção materna de dificuldade respiratória. Ao exame objetivo, tinham mais comummente tiragem, principalmente sub e intercostal, pieira, sibilos dispersos e crepitações. Em 2 casos foi diagnosticada OMA concomitante. A maioria dos doentes fez pesquisa de infeção por SARS-CoV2 e prova terapêutica com salbutamol.

A OMA é descrita como uma das principais causas de recurso médico e hospitalar[6], o que também se verificou durante este estágio. A otite média define-se pela presença de exsudado na cavidade do ouvido médio e pode dividir-se em OMA, que se traduz na presença de exsudado no ouvido médio de forma aguda e sintomática, e que pode ser persistente (reagudização menos de 7 dias após o fim da terapêutica), recidivante (reaparecimento dos sintomas mais de 7 dias após o fim tratamento) ou recorrente (se mais de 3 episódios em 6 meses ou mais de 4 episódios em 12 meses); ou otite média efusiva, que é quando existe exsudado no ouvido médio sem sintomatologia ou com sintomas ligeiros e que resolve de forma espontânea em 90% dos casos[7]. Em relação à sua etiologia, a OMA pode ser causada por vírus ou bactérias, sendo a coinfecção possível em até um terço dos casos[6]. Os agentes víricos mais comuns são o VSR, rinovírus/enterovírus, coronavírus, vírus influenza, adenovírus e metapneumovírus humano, enquanto os agentes bacterianos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae*, *Heamophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*[6]. A sua

apresentação clínica passa por otalgia, que surge por norma de forma súbita e durante a noite[7]. Nos lactentes estes podem manifestar irritabilidade ou choro inconsolável[7]. Podem também ser sintomas concomitantes a febre, vómitos e perda de apetite[7]. O seu diagnóstico é clínico e rege-se pelos seguintes critérios: membrana timpânica com abaulamento moderado a grave ou presença de otorreia de início recente, não devida a otite externa; membrana timpânica com abaulamento ligeiro e início recente de otalgia ou eritema intenso da membrana timpânica[6]. O diagnóstico minucioso desta entidade mostra-se de elevada relevância, visto evitar o uso inadequado de antibioterapia (ATB) e as suas consequências[9]. A OMA é das principais causas de prescrição de ATB na idade pediátrica, sendo que cerca de 60-80% das crianças têm pelo menos um episódio no primeiro ano de vida[6]. O tratamento desta patologia deve sempre passar por alívio da dor, seja com ibuprofeno ou paracetamol e pode-se optar por uma atitude expectante quando é assegurada uma reavaliação clínica às 48-72h, caso não haja melhoria ou haja agravamento do quadro clínico[9]. Todavia, há casos específicos em que é necessário iniciar o tratamento com ATB, tais como: lactentes com menos de 6 meses e nos lactentes (> 6 meses) e crianças que apresentam OMA com quadro clínico grave (associada a febre elevada – acima dos 39ºC ou otalgia severa[6]), OMA bilateral em criança com menos de 2 anos, otorreia, OMA recorrente, persistência dos sintomas às 48-72h ou agravamento dos mesmos[9]. O antibiótico de primeira linha é a amoxicilina devido à sua eficácia, à boa suscetibilidade da maioria das bactérias causadoras de OMA, ao espetro microbiológico, ao perfil de segurança e ao baixo custo[9]. Caso haja persistência dos sintomas 48-72h após o início do ATB e se se mantiver o diagnóstico de OMA não complicada pode escalar-se a ATB para amoxicilina associada a ácido clavulânico ou cefuroxima-axetil ou ceftriaxona; quando há diagnóstico de OMA complicada deverá ser feita a orientação para a especialidade de Otorrinolaringologia[9]. A duração do tratamento deve ser de 5 dias, acima dos 2 anos de idade; de 7 dias abaixo dos 2 anos, se OMA recorrente ou falência do tratamento inicial; 10 dias se há história de OMA recorrente nas quais a resolução do quadro foi mais tardia[9]. As complicações da OMA dividem-se em intratemporais e intracranianas e são pouco frequentes, mesmo sem o uso de ATB[7]. Dentro destas, a mais comum é a mastoidite[7], que contempla inflamação e potencial destruição do espaço aéreo da mastoide[5]. Nos casos de OMA (n=8) observados durante o estágio, os doentes apresentavam otalgia e febre, acompanhado de rinorreia, obstrução nasal e tosse. Ao exame objetivo apresentavam a membrana timpânica ruborizada ou com abaulamento pelo que se justificou a necessidade de ATB com amoxicilina na maioria (n=5) das situações.

Apesar de terem sido casos mais pontuais, torna-se pertinente abordar a admissão no SU de casos de comportamentos auto-lesivos, principalmente praticados por adolescentes. Os comportamentos auto-lesivos não suicidários, sejam cortes de pequena profundidade nos

membros ou ingestão abusiva de substâncias, começam tipicamente entre os 12 e os 14 anos[10] e estão geralmente associados a um aumento da sensibilidade para a dor física[11]. Os fatores de risco para o desenvolvimento destes comportamentos são a história prévia pessoal destes comportamentos, perturbações de personalidade, a desesperança, psicopatologia, como a depressão e perturbações do comportamento alimentar, problemas do sono, desregulações afetivas ou história de maus-tratos[10]. Muitos dos adolescentes que têm este comportamento, fazem-no para controlar sintomas negativos, como a ansiedade, a dor e a tristeza[11]. Dos 3 casos observados, todos eram já acompanhados em consulta externa de pedopsiquiatria por ansiedade. Um dos doentes observados teve como comportamento auto-lesivo a ingestão abusiva, não tóxica, de benzodiazepinas, com os quais estava medicado. Os outros 2 doentes apresentavam cortes superficiais nos membros superiores, sem sangramento ativo. Nos 3 casos, os adolescentes mostravam-se ansiosos durante a avaliação médica, com receio em falar sobre os seus comportamentos. Os 3 foram encaminhadas para o SU de pedopsiquiatria no CMIN, após a avaliação médica inicial.

Destaco ainda o caso de uma criança com 2 anos de idade observada por intoxicação por paracetamol, com antecedentes pessoais de estenose da válvula pulmonar de grau ligeiro-moderado. A criança apresentava uma clínica de febre associada a rinorreia e tosse nos dias anteriores, pelo que estava a ser medicada com paracetamol em xarope. Durante a manhã do dia de admissão no SU, a criança, que estaria em casa acompanhada pela tia, terá pegado no frasco do fármaco, aberto a tampa e bebido cerca 100mL de paracetamol. A tia só se terá apercebido do sucedido passado cerca de 4 horas, sendo que foi trazida ao SU pela mãe cerca de 6 horas após a ingestão do fármaco. A criança apresentava-se assintomática, com bom estado geral, bem-disposta e reativa, sem achados de relevo ao exame objetivo. Foi calculada a dose ingerida, cerca de 298mg/Kg (dose tóxica),realizada lavagem gástrica, administração de carvão ativado 15mg via oral e iniciado o protocolo de administração de N-acetilcisteína. Adicionalmente, foi pedido estudo analítico que incluiu perfil hepático, estudo da coagulação, doseamento de acetaminofeno, gasimetria arterial e *Polimerase Chain Reaction* (PCR) SARS-Cov2 (neste caso pelos sintomas de febre e necessidade de permanência na OBS). Verificou-se a ausência de níveis tóxicos de acetaminofeno na colheita inicial, bem como nos doseamentos seguintes. A evolução clínica favorável permitiu a alta clínica para o domicílio. Apesar de nesta situação em particular, a evolução clínica ter sido benigna, é fundamental explicar aos cuidadores de forma clara e assertiva a importância das medidas de prevenção, os potenciais riscos e consequências deste tipo de situação.

Meios complementares de diagnóstico e tratamento

Como abordado anteriormente, a maioria dos diagnósticos efetuados não necessitaram de MCDTs, visto serem diagnósticos clínicos. Contudo, enquadrando a fase pandémica em que o estágio ocorreu, constata-se que 54% dos doentes fez pelo menos um MCDT (Tabela II) que na maioria das situações foi a pesquisa de infeção por SARS-CoV2 quer por *Polimerase Chain Reaction* (PCR) ou por Teste Rápido de Antigénio (Tabela II). O segundo exame complementar de diagnóstico mais utilizado foi a análise laboratorial da urina (n=10), seja por tira-teste urinária ou sumário de urina, em todos os doentes, até os 36 meses de idade, que se apresentaram com febre. Foram ainda realizadas 8 ecografias abdominais, em caso de dor abdominal, sobretudo para exclusão de patologia cirúrgica.

Tratamento

A maioria das situações observadas durante o período de estágio foram benignas, autolimitadas e apenas requeriam tratamento sintomático, tal como observado na análise da Tabela II. A maioria das medidas recomendadas passou pela prescrição de analgésicos/antipiréticos, como paracetamol ou ibuprofeno, hidratação oral e recomendação de elevação da cabeceira da cama e de lavagem nasal com soro fisiológico ou água do mar.

O uso da ATB em idade pediátrica é muitas vezes justificado pela presença de OMA e/ou amigdalite, sendo estas duas patologias as principais motivadoras da prescrição destes fármacos. Verifica-se que a maioria da ATB prescrita foi a amoxicilina (Tabela II), que como discutido anteriormente é a primeira linha no tratamento da OMA, um dos diagnósticos mais efetuados no SU. Em seguida, a associação de amoxicilina com ácido clavulânico, quando os doentes tinham realizado tratamento com amoxicilina nos 30 dias anteriores[9] ou em casos com suspeita de infeção do trato urinário a aguardar resultado de urocultura, nos quais este é o fármaco de primeira linha.

A terapêutica inalatória, maioritariamente com salbutamol, brometo de ipratrópio ou budesonida também foi aplicada sobretudo nos casos que se apresentaram com sibilância.

Os antieméticos, nomeadamente o ondansetron, foram também muito usados nos casos de GEA observados durante o período de estágio.

Orientação clínica

A maioria dos doentes observados (85%) teve alta para o domicílio, 6,48% dos doentes foram encaminhados para o SU de outra especialidade, sendo as mais comuns a cirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia e pedopsiquiatria. No caso de pedopsiquiatria, os doentes observados na UPP foram encaminhados para o CMIN, visto ser aí que funciona este atendimento.

Cerca de 1,85% dos doentes necessitaram de permanecer na OBS para estabilização antes da alta clínica.

Em 4,63% dos casos, após a alta clínica do SU, os doentes foram referenciados para consulta externa hospitalar, para posterior acompanhamento e orientação diagnóstica e terapêutica. As consultas externas para as quais houve encaminhamento foram pediatria geral, gastroenterologia, reumatologia, ortopedia e oftalmologia.

A análise dos dados permite concluir que a maioria dos doentes observados durante este período diz respeito a situações de doença benigna, contudo tem um elevado peso a nível social a justificar, muitas vezes, absentismo escolar e laboral para os cuidadores.

Conclusão

O estágio clínico decorreu de forma bastante positiva, não só pela organização das estruturas hospitalares, bem como pelo modo como fui recebida em todas as vezes que compareci na urgência.

Em termos organizacionais, à entrada do SU é necessário apresentar a identificação pessoal aos seguranças, o que confere uma maior segurança tanto aos profissionais de saúde, como aos doentes e acompanhantes. Existem espaços próprios para as reuniões das equipas de trabalho (médicos e enfermeiros), espaço para refeições e balneários. Todos os profissionais de saúde durante o período laboral vestem fardas da instituição que têm diferentes cores para cada classe profissional. Além da possibilidade de identificação de cada profissional, esta é também uma medida de higiene, que considero bastante importante. Em todas as equipas que integrei havia bom ambiente interpares, sendo que todos me acolheram muito bem, permitindo a minha participação ativa nas diferentes tarefas, além de estarem sempre disponíveis para a discussão dos casos. A presença de pelo menos 2 especialistas em todas as equipas é, do meu ponto de vista, fulcral para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, permitindo também aos médicos internos uma excelente oportunidade de aprendizagem, dando-lhes segurança e suporte na discussão e orientação dos doentes observados. A relação entre a equipa médica e de enfermagem mostrou ser baseada na comunicação e no respeito, permitindo um bom ambiente de trabalho.

No que concerne às condições de observação e avaliação dos doentes, considero que os consultórios conferem privacidade. Contudo, no CMIN na OBS respiratórios, há apenas cortinas como separação física dos doentes, o que pode constituir um fator menos positivo na privacidade e qualidade da observação médica. Para além disto, não há uma separação física entre a equipa médica e de enfermagem e os doentes, o que por vezes torna o ambiente de trabalho mais confuso e ruidoso. Apenas existem três computadores destinados à equipa médica, pelo que em fases de maior afluência, este número reduzido torna o processo de escrita do diário clínico, bem como a requisição de MCDTs ou prescrição de fármacos mais lento, acarretando um aumento do tempo da permanência dos doentes no SU. Como aspetos menos positivos na UPP, em termos de infraestruturas há apenas a reconhecer o pouco espaço que existe nas salas de espera em parte devido à reestruturação dos espaços pela pandemia, levando a que os cuidadores permaneçam muitas vezes em pé durante o tempo de espera.

De acordo com os dados recolhidos durante o período de estágio, verifica-se que a maioria dos casos observados, apesar de terem sido classificadas como situações urgentes pelo paedCTAS ou pela triagem de *Manchester,* revelaram ser casos de doença benigna, sem necessidade de

tratamento específico. Esta situação é, infelizmente, bastante comum e reflete a falta de literacia para a saúde da população portuguesa em geral. Outro fator que também pode explicar esta tendência de comportamento é a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários, agravados durante o período da pandemia. Tudo isto acaba por sobrecarregar o SU e os profissionais que lá trabalham o que, em última instância, pode levar ao comprometimento do atendimento atempado de situações verdadeiramente urgentes. Assim, torna-se crucial investir na literacia em saúde, para capacitar a população a reconhecer os seus problemas de saúde e a perceber como os deve gerir e quais os casos que devem implicar efetivamente observação médica. Esta educação deve iniciar-se em idades jovens e estender-se à população adulta e idosa e deve ser promovida a nível dos cuidados de saúde primários, mas também nas escolas, nas empresas e nos meios de comunicação social.

Em jeito de conclusão, termino com uma breve reflexão pessoal. A opção de realizar um estágio nesta unidade curricular foi-se tornando cada vez mais consolidada no decorrer do curso, sendo que as restrições impostas pela pandemia durante dois anos, que acabaram por prejudicar a minha prática clínica em diferentes unidades curriculares, reforçou a necessidade que senti em contactar com a realidade médica. A integração de equipas no SU foi também bastante rara durante o meu percurso académico, daí esta ter sido uma excelente oportunidade de vivenciar esta realidade que é tão distinta da abordagem do doente em consulta ou no internamento. Assim, ao longo do período do meu estágio, esta escolha revelou-se cada vez mais acertada e a que melhor se enquadrava nos meus objetivos pessoais. Com a realização deste estágio, consegui perceber a dinâmica e a exigência que é trabalhar num SU, a priorização das queixas e preocupações dos doentes, a trabalhar o raciocínio clínico para o que é mais prevalente e os sinais e complicações a que se deve estar atento nas diferentes patologias. Aprendi também sobre a importância de ajudar na gestão de stress e ansiedade dos cuidadores perante uma situação aguda que lhes causa preocupação. Além disso, a possibilidade de observar doentes de diferentes faixas etárias e com diferentes sintomas, permitiu-me a sistematização e uma melhor compreensão das doenças, bem como a sua abordagem. Quero também destacar a importância do trabalho em equipa que permite assegurar, sem dúvida, a melhor prestação de cuidados aos doentes. Foi, por isso, um privilégio poder integrar estas equipas que sempre mostraram trabalhar em prol dos doentes. Considero que este estágio foi uma oportunidade de enriquecimento pessoal em vários níveis: em termos académicos pelo que já descrevi, mas também em termos pessoais porque aprendi sobre a importância da relação médico-doente (e cuidador, neste caso em particular da pediatria) e do trabalho de equipa. Não tenho dúvidas de que todas estas aprendizagens serão fundamentais para o meu futuro profissional enquanto médica. Em retrospetiva daquilo que foi este período, sinto que

cumpri todos os objetivos de aprendizagem e conhecimento inicialmente propostos. Sem dúvida que para isto contribuiu a ótima recetividade que tive de todos os profissionais com quem me cruzei e que me deram oportunidade de os acompanhar nas diferentes tarefas do SU e participar de forma ativa na colheita da anamnese, na realização do exame objetivo e na discussão clínica dos casos.

Anexos (Tabelas)

Tabela I - Distribuição horária das atividades desenvolvidas durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrico (UPP - Urgência Pediátrica do Porto e AP – CMIN - Atendimento Pediátrico do Centro Materno-Infantil do Norte).

Data	Número de Horas	Local do Estágio
16/11/2021	12h	UPP
30/11/2021	6h	UPP
08/12/2021	12h	UPP
04/01/2022	6h	AP – CMIN
11/01/2022	6h	UPP
18/01/2022	6h	AP – CMIN
25/02/2022	5h	UPP
08/03/2022	6h	UPP
11/03/2022	5h	UPP
03/04/2022	8h	UPP
07/04/2022	10h	AP – CMIN
14/04/2022	5h	AP - CMIN
TOTAL	**87h**	

Tabela II – Caraterização dos doentes observados no estágio no Serviço de Urgência Pediátrico (Urgência Pediátrica do Porto e Atendimento Pediátrico do Centro Materno-Infantil do Norte), realizado de 16 de novembro de 2021 e 14 de abril de 2022.

	Média ± Desvio Padrão ou n (%)
Sexo Feminino	57 (53%)
Idade (anos)	6, 05 ± 5,29
0-28 dias	1 (0,93%)
29 dias – 12 meses	15 (13,89%)
13 – 24 meses	22 (20,37%)
2 – 5 anos	26 (24,07%)
6 – 12 anos	26 (24,07%)
13 – 18 anos	18 (16,67%)
Triagem	
Laranja	10 (9,26%)
Amarelo	61 (62,04%)
Verde	37 (34,26%)
Diagnostico final	
Nasofaringite aguda	27 (25%)
Gastroenterite aguda	13 (12,04%)
Bronquiolite aguda	10 (9,26%)
Otite média aguda	8 (7,41%)
Psiquiátrica	4 (3,70%)
Dor torácica	3 (2,78%)
Sinusite aguda	3 (2,78%)
Doença pé-mão-boca	3 (2,78%)
Ingestão de corpo estranho	2 (1,85%)
Adenite mesentérica	2 (1,85%)
Conjuntivite	2 (1,85%)
Celulite orbitária	2 (1,85%)
Infeção do trato urinário	2 (1,85%)
Obstipação	2 (1,85%)
Varicela	2 (1,85%)
Amigdalite aguda	1 (0,93%)
Cefaleia	1 (0,93%)
Escarlatina	1 (0,93%)
Intoxicação	1 (0,93%)
Meios complementares de diagnóstico (sim)	58 (54%)
Pesquisa COVID-19	24 (36,92%)
Análise laboratorial de urina	10 (15,38%)
Ecografia abdominal	8 (12,31%)
Estudo analítico	6 (9,23%)
Raio-X	6 (9,23%)
Teste de diagnóstico antigénio rápido de Streptococcus grupo B	4 (6,15%)
Tomografia computorizada	4 (6,15%)
Eletrocardiograma	3 (4,62%)

Tratamento		
	Medidas sintomáticas	69 (63,89%)
	Antibioterapia	19 (17,59%)
	Terapêutica inalatória	14 (12,96%)
	Antieméticos	6 (5,56%)
Classe de antibioterapia		
	Amoxicilina	10 (52,63%)
	Amoxilina + ácido clavulânico	5 (26,32%)
	Cefuroxima	2 (10,53%)
	Azitromicina	1 (5,26%)
	Flucloxacilina	1 (5,26%)
Orientação clínica		
	Alta clínica	94 (87,04%)
	Serviço de urgência de outras especialidades	7 (6,48%)
	Consulta externa	5 (4,63%)
	Observação	2 (1,85%)

Bibliografia

1. Norma da Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Lisboa; página eletrónica; Disponível em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx Consultado pela última vez a 2022/05/23.
2. ARS Norte, UPIP – Urg. Pediátrica do Porto; Porto; página eletrónica; Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Rede%20de%20Urg%C3%AAncias/UPIP%20-%20Urg%C3%AAncia%20Pedi%C3%A1trica Consultado pela última vez a 2022/05/23
3. Norma da Direção-Geral da Saúde, Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata; Lisboa; página eletrónica; Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf Consultado pela última vez a 2022/05/16
4. Yates, M. T., Ishikawa, T., Schneeberg, A., & Brussoni, M. (2016). Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (PaedsCTAS) as a measure of injury severity. *International journal of environmental research and public health*, *13*(7), 659.
5. Matthew P. Kronman, Claudia S. Crowell, and Surabhi B. Vora. INFECTIOUS DISEASES. Nelson essentials of pediatrics. Eighth edition. Philadelphia, PA : Elsevier, [2019].
6. Afonso, Alberto Caldas. Saúde Infantil e Juvenil, Manual Prático. 1ª Edição. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2017.
7. Guerrero-FernándezJ. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2018.
8. Norma da Direção-Geral da Saúde, Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica; Lisboa; página eletrónica; Disponível em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_016_2012_ACTUALIZADA_02.2015.pdf Consultado pela última vez a 2022/05/19
9. Norma da Direção-Geral da Saúde, Diagnóstico e Tratamento da Otite Média Aguda na Idade Pediátrica; Lisboa; página eletrónica; Disponível em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_007_2012_ACTUALIZADA10.2014.pdf Consultado pela última vez a 2022/05/21
10. Glenn, C., & Nock, M. K. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. *Depression*, *43*, 44.
11. Glenn, C., & Nock, M. K. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Clinical features and proposed diagnostic criteria.

INSTITUTO DE **CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**