

## PE-207 - REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTE POLINEUROPATA CRÍTICO PEDIÁTRICO OBESO: RELATO DE CASO

Guilherme Hoff Affeldt<sup>1</sup>, Diogo Romário Bezerra Guerin<sup>1</sup>, Giovana Morin Cassasola<sup>1</sup>, Caroline Jacoby Schmidt<sup>1</sup>, Cristina Miller<sup>1</sup>, Natalia Santos Schmitt<sup>1</sup>, Bruna Ziegler<sup>1</sup>, Camila Wohlgemuth Schaan<sup>1</sup>, Debora Sana Moraes<sup>1</sup>, Leticia Alvarenga<sup>1</sup>

1 - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA.

**Introdução:** A polineuropatia do doente crítico (PPC) é uma desordem relativamente comum em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente nos que apresentam complicações como choque séptico e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. Em decorrência da PPC, os pacientes apresentam fraqueza muscular generalizada. Uma abordagem multidisciplinar, em especial da fisioterapia, é de extrema importância para a reabilitação funcional destes pacientes. **Relato de caso:** R.G.R., sexo masculino, 12 anos, com diagnósticos prévios de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e obesidade grave, (IMC 41,8), funcionalmente ativo na comunidade. Chega na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em março de 2021 devido a um episódio de Cetoacidose Diabética, já intubado. Na admissão o paciente apresentava alteração moderada da funcionalidade, conforme a escala Functional Status Scale (FSS) Pediátrica (Escore 19). Permaneceu em Ventilação Mecânica por 12 dias consecutivos, desenvolveu Insuficiência Renal Aguda, rbdomiólise e PCC. Após 29 dias na UTIP o paciente tem alta para a unidade de internação (UI), ainda com alteração de funcionalidade moderada, mantendo fraqueza muscular importante e imobilidade no leito. Realizou acompanhamento fisioterapêutico diário, com mobilização precoce e, conforme progressão, treinos de transferências e deambulação. Devido à obesidade e a fraqueza muscular, associada a dores articulares em Msls, recursos como elevador de transferência elétrico e guincho para deambulação foram utilizados para estimular a saída do leito e deambulação precoce. Após 77 dias internado, o paciente teve alta hospitalar deambulando de forma independente, com ganho importante de força muscular, redução do seu IMC (35,5) e uma funcionalidade considerada adequada conforme a FSS totalizando um escore 6. **Conclusão:** O atendimento fisioterapêutico é de extrema importância em pacientes com PPC, devendo ser iniciado o mais precocemente possível, visando a melhora da funcionalidade e a redução do tempo de hospitalização.

## PE-208 - SÍNDROME DA ROLHA MECONIAL EM PREMATURO EXTREMO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA ENTEROCOLITE NECROSANTE: RELATO DE CASO

Anna Carolina Aurélio Peres<sup>1</sup>, Marilene Aparecida de Oliveira Campagnolo<sup>1</sup>

1 - Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete.

**Introdução:** A síndrome da rolha meconial é observada em prematuros (PMT) ou enfermos e naqueles com imaturidade funcional do intestino com cólon esquerdo pequeno, como recém-nascidos (RN) de mães diabéticas ou naqueles com doença de Hirschprung. **Descrição do caso clínico:** Paciente M.J.V.L., feminino, PMT de 25 semanas e 5 dias. Mãe com 36 anos, primigesta, 4 consultas de pré-natal com sorologias negativas. Submetida a cesariana por pré-eclâmpsia, peso 520 g, Apgar 5/7. Apresentou primeira evacuação com aproximadamente 24 horas, introduzida dieta enteral com 5 dias de vida, com boa tolerância. Com cerca de 20 dias iniciou com distensão abdominal e vômitos, radiografia (RX) de abdome com distensão de alças sem sinais de pneumatose ou pneumoperitônio. Iniciado antibioticoterapia sem melhora do padrão abdominal, porém mantendo bom estado geral. Prosseguida investigação com RX contrastado de esôfago/estômago, evidenciando rolha meconial. Feito estímulo evacuatório com supositório glicerinado, eliminou grande quantidade de mecônio com posterior melhora da distensão. Manteve boa evolução nos dias subsequentes. Teste de triagem neonatal para fibrose cística e demais sem alterações. **Discussão:** A obstrução intestinal funcional é a principal causa de obstrução vista na UTI neonatal. Os mecanismos incluem imaturidade de motilidade intestinal, íleo paralítico, íleo séptico, íleo meconial, rolha meconial, e distúrbios endócrinos. O tratamento consiste em uso de supositório de glicerina, enemas de solução salina morna e estimulação retal com cateter de borracha macio. Se falha, um clister opaco com contraste hiperosmolar pode ser diagnóstico e terapêutico. **Conclusão:** A obstrução intestinal por rolha meconial deve incluir a lista de diagnósticos diferenciais para enterocolite necrosante em PMT com distensão abdominal e vômitos, em especial no paciente com bom estado geral e sem alterações significativas em avaliações laboratoriais e radiográficas iniciais.