

PE-077 - ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO PARA UM CASO COMPLEXO DE PARALISIA CEREBRAL

Andressa Pricila Portela¹, Gabriela Fleck Santos¹, Amanda Wagner Fiore¹, Davi Azevedo da Costa¹, Anna Carolina Santos da Silveira¹, Eduarda Pasini Dein¹, Eloize Feline Guarnieri¹, Larissa de Oliveira Silveira¹, Cristiano do Amaral de Leon¹

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Introdução: A paralisia cerebral (PC) é uma condição neuromotora crônica que afeta o controle motor e a postura, resultante de uma lesão cerebral durante o desenvolvimento fetal, perinatal ou nos primeiros anos de vida, é uma das principais causas de incapacidade na infância. **Relato de caso:** Paciente masculino, 13 anos, 77 kg, com PC, classificação II no Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) e diplegia espástica com Escala de Mobilidade Funcional (FMS) 5. Apresenta marcha Crouch e piora progressiva com contratação em flexo. Interna para procedimento de osteotomia extensora de fêmur distal e rebaixamento de patela bilateral. História médica progressiva desde parto cesáreo, Idade gestacional obstétrica (IGO) 39+3, aspiração de mecônio ao nascimento com necessidade de reanimação, hospitalização de 27 dias em Unidade de Tratamento intensivo (UTI), epilepsia de difícil controle, autismo em uso de medicações contínuas topiramato, ácido valproico, clobazam, aripiprazol, imipramina. Pós-operatório (PO) sem intercorrências transoperatórias, gesso bilateral, analgesia com dipirona e ceterolaco e uso de heparina profilática. Em 24 horas de PO apresentou-se hipocorado, taquicárdico, pulsos periféricos palpáveis, perfusão regular, pressão arterial estável, bom débito urinário e presença de manchas de sangue no gesso. Em coleta de exames laboratoriais(EL) apresentou-se com Hemoglobina(Hb): 7,4, hematócrito (Ht): 22 e Plaquetas(Pq) 21400, realizado administração de 500ml de Soro Fisiológico 0,9% e novo controle de EL com Hb:6,2, Ht: 19, Pq 15600, tempo de protrombina e tromboplastina parcial ativada normais, prescrito Concentrado de Hemácias Adulto (CHAD) 250 ml e encaminhado para UTI Pediátrica, permaneceu 24 horas com melhora do quadro e de EL, retorna para enfermaria. Alta hospitalar no 4º dia PO com orientações referentes aos cuidados com o gesso e sinais de alarme. **Discussão:** O relato de caso reforça a importância da atenção às complicações PO, devido a diversidade de manifestações clínicas que demandam estratégias individualizadas, para promover a segurança, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, garantindo resultados favoráveis para os pacientes. Conclui-se que é imperativo continuar a busca por novos conhecimentos e soluções que possam impactar positivamente a vida dos pacientes. Ressalta-se a necessidade de intervenções que visem não apenas a funcionalidade física, mas também promover melhorias tangíveis no cuidado e maximizar a qualidade de vida desses indivíduos.

PE-078 - LARINGITE COMO MANIFESTAÇÃO ATÍPICA POR INFECÇÃO COVID-19: UM RELATO DE CASO

Érica Caroline Strada¹, Joana Schnur Dallanora¹, Simone Reghelin Cadore¹, Fernanda Oliveira², Grazielle Salcher², Susimara Anesi², Aline Emanuele Poletto de Souza Frison², Gyovana Paula Albertoni², Munique Sachet Hannecker², Marco Antônio Nardi²

1. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 2. Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim.

Introdução: O vírus SARS-CoV-2 gerou uma pandemia que durou mais de 3 anos, possuindo diversas variantes em seu curso, sendo a Ômicron, responsável por sintomas das vias aéreas superiores (VAS), não observados nos quadros anteriores. O relato demonstra um quadro de laringite, causada por infecção do coronavírus, em uma criança de 8 meses. **Relato de caso:** L.R.B., feminina, 8 meses, queixa de tosse, esforço respiratório, chiado no peito, coriza e febre aferida de 39°C no dia anterior. Sem histórico de sibilância prévia. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, chorosa e febril. À ausculta pulmonar os murmúrios vesiculares estavam uniformemente distribuídos, estridor laríngeo e com sinais de desconforto respiratório: moderada tiragem subcostal e furcular, taquipneia (56 respirações por minuto (RPM)). Além disso, na oroscopia, ausência de vesículas e placas exsudativas, com hipertrofia de amígdalas, sem sinais de obstrução. Sinais vitais da chegada: temperatura 37,9 °C, 66 RPM, 175 batimentos por minuto, saturando 96% em ar ambiente. Exames de chegada: Leucócitos 16970 (sem desvio)/Hemoglobina 12/ Hematócrito 34,5/ Plaquetas 325.000/PCR 39,4/COVID reagente/VSR não reagente/ Influenza A e B não reagentes. Raio-X de tórax com infiltrado difuso e sinal da ponta de lápis em laringe. Realizado resgate com Adrenalina por nebulizador em fluxo de oxigênio, de 20 em 20 minutos por 1 hora, com melhora do desconforto respiratório. Mantida Adrenalina por nebulizador de 2 em 2 horas com retirada gradual, até a suspensão total, para não ocorrer efeitos de rebote. Administrado Prednisolona por via oral, na dose de 2 mg/kg. **Discussão:** A laringite aguda é uma inflamação das VAS: laringe e da zona subglótica, que causa a sua obstrução em grau variável. Na maioria dos casos, é causada por vírus, sendo o Parainfluenza o mais comum e devido a pandemia, a COVID-19. A variante Ômicron é responsável pelo surgimento de sintomas das VAS. No serviço descrito, não há disponibilidade de pesquisas de variantes da infecção por COVID. Quando os casos apresentam sinais de alarme deve-se suspeitar de estenose de VAS. Para isso, o uso de corticoides é necessário para combater a inflamação e a estenose. O caso relatado e as escassas publicações sobre a laringite por COVID trazem à tona a importância de um olhar multifocal em casos sintomáticos das VAS, devido às complicações atribuídas ao quadro clínico. Um tratamento bem executado é capaz de obter alívio sintomático e resultados livres de sequelas.