



Trabalhos Científicos

Título: Pca Em Recém-nascidos De Extremo Baixo Peso: Qual A Melhor Conduta?

Autores: LILIAN SADECK (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO); CLEA LEONE (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO); REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN)

Resumo: Introdução: As condutas relativas ao manejo do canal arterial(PCA) em recém-nascidos prematuros(RNPT) têm sido muito variáveis na literatura, sendo motivo de vários estudos, especialmente nos com peso de nascimento(PN) menor do que 1000 gramas(g). Objetivo:analisar os desfechos: óbito, displasia broncopulmonar(DBP), hemorragia intraventricular grave (HIV III/IV),óbito/DBP e tempo de internação(TI), em RN com PN<1000g com PCA,da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais(RBPN), de acordo com o tratamento do CA: conservador, farmacológico ou cirúrgico. Métodos:estudo multicêntrico, de coorte, incluindo os RN admitidos nas 16 unidades neonatais(UN) da RBPN de 01/01/2010 a 31/12/2011, com PN de 400 a 999 gramas,idade gestacional(IG)< 33s e diagnóstico ecocardiográfico de PCA. Excluídos RN que morreram ou foram transferidos até o 3º dia de vida, com diagnóstico de infecções congênicas ou malformações. Grupos de estudo:abordagem terapêutica:G1–conservadora(sem intervenção medicamentosa ou cirúrgica), G2–farmacológica (indometacina ou ibuprofeno, sem ligadura cirúrgica) e G3–cirúrgico (independente de ter recebido medicamento prévio). Os RN com tratamento farmacológico e cirúrgico foram incluídos apenas no G3.Variáveis analisadas:maternas(esteróide antenatal(ANCE), parto cesárea), RN(PN, IG, Apgar5'<4,sexo masculino, SNAPPEII, Síndrome do Desconforto Respiratório(SDR), Sepsis tardia(SNNT-manifestações clínicas e hemocultura positiva), ventilação mecânica(VM), surfactante até 2 horas de vida(S),tempo de ventilação mecânica e os desfechos: tempo de internação(TI), óbito, dependência de oxigênio com 36semanas(DBP36s), HIV-III/IV, ROP(cirúrgica),óbito/DBP36s.Estatística: Teste t-Student ou Mann Whitney;Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher. Cálculo do risco: ODD Ratio -95%IC pelos Testes de Regressão Binária Logística e Regressão Múltipla StepwiseBackward.SoftwareMedCalc Versão 12:1.4.0.p< 0,05. Resultados: admitidos 1097 RN com PN 400 a 999g e IG<33semanas, sendo excluídos 220 (óbito ou transferência<3 dias, malformações e infecções congênicas). Incluídos 494 RN com diagnóstico de PCA, divididos: G1-187(37,8%), G2-205(41,5%) e G3-102(20,6%). Análise univariada:maior mortalidade no G1(51,3%;p<0,001), mais DBP36sno G3(70,6%;p<0,001) e no desfecho óbito/DBP36sno G2(58,0%p<0,01),estatisticamente significantes. Desfechos(OR):ÓBITO(p=0,003):ECNcir(5,6),HIV-III/IV(3,6),Protetor-PN(0,99). ÓBITO/DBP36s(p<0,001): masculino(3,2),SNNT(2,5); Protetor-tratamento farmacológico (0,29), conservador(0,34) e PN(0,99). TI(p<0,05):ligadura do CA aumentou em 7 dias o TI. Em relação aos demais desfechos o tipo de tratamento não teve influência. Conclusão:O tratamento conservador e farmacológico foram protetores para o desfecho óbito/DBP36s. A ligadura do CA relacionou-se a maiores TI. Esses resultados indicam a necessidade de novos estudos controlados e randomizados, que permitam selecionar a terapêutica mais indicada.