22º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PERINATOLOGIA
IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL
de Medicina Fetal da SGOB

CENTRO DE CONVENÇÕES
ULISSES GUIMARÃES . BRASÍLIA . DF
19 A 22 DE NOVEMBRO DE 2014

Trabalhos Científicos

Título: Evolução Neonatal De Recém- Nascidos De Muito Baixo Peso (rnmbp) Com Diferentes Abordagens De Terapia Respiratória A Partir Da Sala De Parto

Autores: MARTA MARIA GALLI BOZZO MATALOUN (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP); LUIZA FORTUNATO VISCONTI (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP); LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP); RENATA A.M.YOSHIDA (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP); VERA JORNADA KREBS (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP); WERTHER BRUNOW DE CARVALHO (INSTITUTO DA CRIANÇA - HOSPITAL DAS CLINICAS - FMUSP)

Resumo: Introdução: A abordagem ventilatória menos agressiva, em RNMBP (PN<1500 g) a partir da sala de parto pode reduzir a necessidade de entubação e morbi-mortalidade. Objetivo:Descrever a evolução de RNMBP que necessitaram de suporte ventilatório desde a sala de parto, de acordo com a abordagem ventilatória: Grupo I – ventilação mecânica (VM) e Grupo II – Pressão positiva contínua nasal (CPAP). Métodos:Estudo retrospectivo longitudinal, em RNMBP com idade gestacional (IG) < 34 semanas, 01/01/2011 a 31/12/2013. Excluídos RN com mal-formação congênita grave, óbito nas primeiras 6 horas de vida, e os que não necessitaram de suporte ventilatório. Desfechos primários: dependência de oxigênio aos 28 dias, com 36 semanas de IG corrigida e mortalidade intrahospitalar. Considerou-se significante p<0,05.Resultados: Foram admitidos 331 RN, e excluídos 97. Analisados: GI(107) e GII (85). Os grupos não diferiram em relação ao sexo (p=0,8); pequenos para idade gestacional(GI–32%;GII–45%, p= 0,07); corioamnionite (p=0,12). O GI apresentou menores PN (GI = 887g ±290; GII=1085g±233;p=0,00), IG (GI=27,5 ±2,4;GII=30±4,5;p=0,00); corticoide antenatal (ANCE) (GI=24,3%; GII=38%; p=0,04),maior incidência de asfixia(Apgar5'<5)(GI= 33%;GII=1,1%;p=0,03), SNAPPE ? 60(GI-6%; GII-0; p=0,04),maior uso de surfactante (GI=86%;GII=25%; p< 0,05). O GII teve 33,7% falha de CPAP (necessitaram de VM nas primeiras 48 h, após início CPAP). Não houve diferenças entre os grupos em relação à sepse precoce e tardia, HIC III-IV, ROP, ECN, PTX. Em relação aos desfechos primários encontrou-se: menor mortalidade (GI=22%;GII=2,5%;p=0,01) e dependência de O2 com 28 d(GI=75%;GII=35%;p=0,0005) e com 36 s (GI=50%;GII=26%;p=0,002) no GII. Entre os RN do GII que falharam em CPAP, a principal causa foi menor IG. Conclusão: A asfixia perinatal foi um fator importante para a abordagem ventilatória. Observou-se menor dependência O2 aos 28 d e com 36s ; e menor mortalidade no GII. Apenas 33% dos RN do GII necessitaram de VM , sendo os com menores IG. Portanto, CPAP na sala de parto é uma abordagem que pode evitar VM, sem piorar o prognóstico, em RNMBP sem asfixia e cujas mães receberam ANCE.