



24^o Congresso Brasileiro de
PERINATOLOGIA
de 26 a 29 de setembro de 2018
Natal • RN

Trabalhos Científicos

Título: Assistência Ventilatória Com Ajuste Neural (Nava) Em Prematuro Extremo Com Dificuldade De Extubação

Autores: PAULA ALVES GONÇALVES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), NATÁLIA VANIN, ANA CRISTINA ZANON YAGUI, CELSO MOURA REBELLO

Resumo: Introdução: O uso da monitorização da atividade elétrica diafragmática da modalidade Assistência Ventilatória com Ajuste Neural (NAVA) permite visualizar o esforço do RN e ajustar os parâmetros ventilatórios auxiliando reduzir o trabalho respiratório e otimizar a extubação. Objetivos: Demonstrar uso de NAVA em prematuro com dificuldade de extubação. Métodos: Relato de caso. Resultados: Prematuro de 28 2/7 semanas, 950g, mãe apresentou rotura prematura de membranas. Realizado corticóide e sulfato de magnésio antenatais, cesárea por trabalho de parto. Apgar 9/10, iniciou CPAP nasal precoce e necessitou de intubação orotraqueal por falha de CPAP. Administrado surfactante na primeira hora, iniciado NAVA e extubado com 14h de vida. Devido fadiga e hipóxia foi reintubado após 4h e administrada segunda dose de surfactante. Nova extubação com 26h de vida resultou em nova falha. A despeito de permitir redução de FiO₂, foi observada taquidispnéia tanto na modalidade SIMV-PS (ventilação assistida mandatória intermitente sincronizada com pressão de suporte) quanto em NAVA. No 4^o dia de vida, apresentava taquidispnéia moderada sendo notadas interrupções de fluxo inspiratório nas tentativas de maior insuflação do paciente devido limitação pressórica em 30cmH₂O do alarme do aparelho. Em SIMV-PS piorava a taquidispnéia e aumentava a atividade elétrica diafragmática máxima (AediMax), demonstrando que o suporte não estava suficiente, por isso foi aumentado o suporte ventilatório para Nível-NAVA=3,0cmH₂O/ e limite pressórico 40cmH₂O, permitindo pressões inspiratórias elevadas por poucos minutos e, logo após, queda da AediMax de 20 para 5-10, com consequente normalização da frequência respiratória, resolução da dispnéia e manutenção da saturação-alvo com FiO₂:21. Gasometria: pH:7,27/pCO₂:57,5mmHg/Bicarbonato:26,5. No 5^o dia foi extubado para ventilação não-invasiva com NAVA, FiO₂=21 CPAP=7cmH₂O e Nível NAVA=2,0cmH₂O, pH:7,37/pCO₂:52,5mmHg/Bicarbonato:29,8. Desta forma, o desmame foi progressivo para CPAP simples no 20^o dia, catéter de alto fluxo no 24^o dia e suspensão de oxigenioterapia com 35 semanas de idade corrigida, recebeu cafeína até 36 semanas de idade corrigida. Ultrassonografia de cérebro foi normal. Conclusão: Através de ajustes guiados pela atividade elétrica diafragmática que permitam manobras autônomas de insuflação alveolar assistidas pelo ventilador, o uso adequado de NAVA contribuiu para a redução do esforço respiratório, troca gasosa efetiva, desmame ventilatório e sucesso de extubação.