

Trabalhos Científicos

Título: Prevalência De Complicações Associadas À Persistência Do Canal Arterial

Autores: GIOVANNA HERNANDES BATTAGELLO (CENTRO NEONATAL DO INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA FMUSP), LILIAN DOS S. RODRIGUES SADECK (CENTRO NEONATAL DO INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA FMUSP), VALDENISE M. L. TUMA CALIL (CENTRO NEONATAL DO INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA FMUSP), VERA L. J. KREBS (CENTRO NEONATAL DO INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA FMUSP), WERTHER BRUNOW DE CARVALHO (INSTITUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, DA FMUSP)

Resumo: [INTRODUÇÃO] - A persistência do canal arterial (PCA) está associada a morbimortalidade significativa em pré-termos. Várias abordagens terapêuticas têm sido estudadas para prevenir as complicações. [OBJETIVOS] - Determinar a prevalência das complicações associadas à PCA, como tempo de internação (TI), óbito até 28 dias e intrahospitalar, displasia broncopulmonar (DBP), enterocolite necrosante (ECN) e hemorragia periintra-ventricular (HPIV) e HPIV graus III/IV, nos últimos 5 anos, em recém-nascidos (RN) admitidos no serviço. [METODOLOGIA] - Estudo retrospectivo, com coleta de dados de prontuários dos RN admitidos no serviço, de janeiro/2018 a dezembro/2022. Critérios de Inclusão: RNPT com idade gestacional (IG) de 23 a 31 semanas e 6 dias, peso de nascimento (PN): 400g a 1499g. Critérios de Exclusão: RNPT que evoluíram a óbito ou foram transferidos com menos de 72 horas de vida, que não realizaram ecocardiograma, portadores de cardiopatia congênita, presença de cromossomopatias e infecções congênitas. Variáveis: abordagem terapêutica (tratamento conservador (TC), medicamentoso (TM) (Ibuprofeno e/ou paracetamol) e intervencionista e os desfechos clínicos: TI (tempo em dias do nascimento até a alta para casa), falha do fechamento do canal pós-tratamento medicamentoso, definida como persistência de PCA sintomática confirmada por ecocardiografia, mortalidade qualquer momento antes da alta da hospitalar, DBP36s (dependência de oxigênio com 36 semanas de IG corrigida), ECN (estágio 2 ou mais de Bell's, 1978), HPIV e HPIV graus III e IV diagnosticada por ultrassonografia realizada na primeira semana de vida (Papile, 1978). Análise estatística: variáveis contínuas apresentadas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência e percentagem. Análise dos desfechos utilizou-se o teste t de student para as variáveis contínuas e o teste qui-quadrado ou exato de Fischer para as categóricas. Significante $p < 0,05$. [RESULTADOS] - Foram admitidos 416 RN que preencheram os critérios de inclusão. Excluídos: 66 (15%). Dos 350, 175 (50%) com diagnóstico de PCA, 58 (33%) com TM, sendo 22 (37,9%) ibuprofeno, 12 (20,7%), paracetamol e 24 (41,4%) ibuprofeno e paracetamol. Dois casos (3,5%) falharam no TM e necessitaram de fechamento cirúrgico (céu aberto e percutâneo). Variáveis: TI (TC: 60,5 ± 40,2, TM: 58 ± 43,37, $p = 0,0031$), óbito neonatal (TC: 32,4%, TM: 6,8%, $p = 0,0002$), óbito intrahospitalar (TC: 39,8%, TM: 14%, $p = 0,0002$), DBP36s (TC: 25,9%, TM: 60,3%, $p < 0,0001$), ECN (TC: 9,2%, TM: 12,0%, $p = 0,59$), HPIV (TC: 45,4%, TM: 43,1%, $p = 0,87$), HPIV-III/IV (TC: 38,7%, TM: 28,0%, $p = 0,44$). Desfecho combinado DBP36s e/ou óbito intra-hospitalar (TC: 63,8%, TM: 72,4%, $p = 0,3$). [CONCLUSÃO] - Os RN com PCA, que necessitaram de tratamento medicamentoso, apresentaram menor tempo de internação, menor mortalidade intra-hospitalar e mais displasia broncopulmonar com 36 semanas de IGc. No desfecho combinado (DBP/óbito) não houve diferença estatisticamente significativa.