



26º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PERINATOLOGIA
Florianópolis-SC

#NeoJuntos
11 A 14
DE OUTUBRO
CentroSul Florianópolis
Av. Gov. Gustavo Richard, 850 - Centro, Florianópolis - SC



Trabalhos Científicos

Título: O Microprematuro. Desafios No Caso Do Menor Prematuro Do Brasil A Receber Alta Hospitalar Em Hospital De Parceria Público-Privada

Autores: MARIA RENATA CHOPARD (HMOVSC), RODRIGO DE JESUS FIGUEREDO (HMOVSC), NAILU LOPES (HMOVSC), MARINA PERES (HMOVSC), RAFAEL COMPARINE (HMOVSC), MARINA NASCIMENTO (HIAE), ARYANE LOSI (HMOVSC), CARLA TONI SILVA (HMOVSC), MARY YADA (HMOVSC), JULIANA LETRA (HMOVSC), MARIA EDUARDA SANTOS (HMOVSC), JULIA ROSA (HMOVSC), NATHALIA COSTA (HMOVSC), GABRIELA SANCHEZ (HMOVSC), JOICE MENEGUEL (HMOVSC), MILA CASAROLI (HMOVSC), GABRIELA CASTRO (HMOVSC), FERNANDA ARAUJO (HMOVSC), ROMY ZACHARIAS (HIAE), LUISA BRAZ (HMOVSC)

Resumo: [INTRODUÇÃO] - Nas últimas décadas, o avanço nos cuidados dos recém-nascidos (RN) prematuros extremos desde o uso de corticoide (CTE) ante natal, surfactante, estratégias e tecnologias ventilatórias vêm propiciando um melhor resultado na sobrevivência destes pacientes. Novos desafios são encontrados nos pacientes com peso inferior a 500 g. [OBJETIVOS] - Gestante internada na obstetria por pré-eclâmpsia e restrição do crescimento intrauterino, evoluiu com piora da vitalidade fetal, sendo indicada a resolução da gestação, com idade gestacional de 26 2/7 semanas e peso estimado de 400g. Recebeu CTE e MgSO₄. Família acompanhada pelo grupo de cuidados paliativos com definição pelos cuidados paliativos proporcionais. RN do sexo feminino, com respiração irregular e indicação de intubação. Apgar 4/8 e peso de nascimento de 335g. Realizado protocolo de manipulação mínima por 7 dias e minimizados os procedimentos dolorosos como coleta de exames. Na parte nutricional, recebeu nutrição parenteral desde a primeira hora de vida. Evoluiu com dismotilidade gastrointestinal com necessidade de medicamentos pro-cinéticos permanecendo em jejum por tempo prolongado. Atingiu a dieta enteral plena aos 2 meses. Na parte respiratória, recebeu uma dose de surfactante e necessitou de mínimo suporte ventilatório. Devido à ausência de interface adequada para ventilação não-invasiva pelo peso extremamente baixo, não foi possível a extubação precoce. Evoluiu com displasia broncopulmonar com necessidade de ventilação a volume e posteriormente modo NAVA. Foi extubada para NIVNAVA com 2 meses e 22 dias. Recebeu alta com oxigênio domiciliar sob cateter nasal simples em baixas concentrações. Cardiovascular: Fez ecocardiograma com diagnóstico de PCA sem necessidade de tratamento e não utilizou drogas vasoativas na internação. Infecioso: Recebeu antibióticos nos primeiros 14 dias de vida. Apresentou sepse tardia com suspeita de enterocolite e um episódio mais tardio de sepse, ambas sem agente isolado. Apresentou pneumonite por citomegalovirus adquirido com necessidade de tratamento. Neurológico: realizado USG seriado com diagnóstico de HPIV Grau I. Avaliação oftalmológica: sem retinopatia. [METODOLOGIA] - [RESULTADOS] - relato de caso [CONCLUSÃO] - Muitos são os desafios para conseguirmos melhorar a morbi-mortalidade destes pacientes. A melhor compreensão fisiológica e uma conscientização do mínimo manuseio destes pacientes é primordial para o sucesso. O fato de termos instituído como objetivo de cuidado a atenção mista, com cuidados de suporte paliativos teve um impacto considerável na equipe médica e multidisciplinar, permitindo um menor manuseio e maior limitação no controle de exames e procedimentos, tendo como base o conhecimento fisiopatológico e avaliação clínica. Este caso é um bom exemplo da parceria entre as equipes intensivistas e equipe de paliativo pediátrico/neonatal. Com a descrição deste relato gostaríamos de divulgar esse caso de sucesso baseado num plano terapêutico individualizado e que reflete uma boa parceria público-privada.