



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**Urgências e
Emergências
Pediátricas**
Brasília-DF

**25 A 27 DE
ABRIL DE 2024**



Trabalhos Científicos

Título: Diagnóstico Clínico Da Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal: Relato De Caso.

Autores: EMANUELA CARVALHO BRAGA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LETÍCIA PINHEIRO DE ALMEIDA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CAROLINA ERMIDA SPAGNOL DINIZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), BEATRIZ ANTUNES DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ÉRICA CAVALCANTE ANDRADE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JÚLIA DE JESUS CAETANO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ANA LUÍSA GUEDES DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ONOFRE PINTO DE ALMEIDA NETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MAIARA SILVA RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIA EDUARDA PRUDENTE KUNZLER ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), GABRIELA DE MELO SOUZA DA SILVA COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A hipertensão pulmonar persistente neonatal (HPPN) é consequente a falha na adaptação vascular pulmonar. Apesar das possibilidades terapêuticas, a prevalência ainda é elevada: 2 em cada 1.000 nascidos vivos. Trata-se de uma emergência no período neonatal, em que a suspeita clínica é feita pela hipoxemia persistente. "Trata-se de recém-nascido termo, do sexo feminino, sem pré-natal adequado, nascida de parto vaginal. Com 30 minutos de vida iniciou quadro de gemência e cianose central com piora progressiva. Após episódio de apneia, foi iniciado ventilação por pressão positiva com aumento gradual da FiO₂ até 100%. Manteve a taquidispneia moderada e após ventilação não invasiva, optado por intubação orotraqueal. Apresentou bradicardia e foi iniciado manobras de reanimação, com necessidade de uso de adrenalina. Encaminhado à UTIN, diagnosticado com pneumonia intrauterina, hemorragia pulmonar e realizada a suspeita clínica de hipertensão pulmonar. Recebeu milrinona, noradrenalina e prostaglandina, esta foi suspensa devido a piora do estado hemodinâmico. Evoluiu com manutenção de necessidade de alta FiO₂, saturando 32% em pré-ductal e 38% em pós-ductal. O óxido nítrico foi iniciado com 33 horas de vida, evoluindo com melhora progressiva da saturação. Realizado desmame gradual e iniciado sildenafil com 72 horas de vida. Apresentou melhora do quadro respiratório e estabilidade hemodinâmica, foi extubada no 7º dia de vida. O ecocardiograma transtorácico foi realizado com 11 dias de vida, com hipertrofia discreta do ventrículo direito. ""Nos neonatos, a maioria dos casos de HPPN são secundários a doenças respiratórias agudas. O principal achado é a hipoxemia persistente e através do teste da hiperóxia é possível diferenciar causas pulmonares das cardiopatias congênitas cianóticas. O padrão-ouro para o diagnóstico é o ecocardiograma, contudo os sinais clínicos são suficientes para indicar o início do tratamento, devido a elevada mortalidade da HPPN. A primeira opção terapêutica é o óxido nítrico, no entanto, em caso de indisponibilidade ou ausência de resposta o manejo inclui sildenafil, milrinona, prostaglandinas, suporte de oxigênio e hemodinâmico. O tratamento, se iniciado em tempo oportuno, é efetivo na maioria dos casos, ressaltando a necessidade da suspeita clínica e início precoce da terapêutica."O diagnóstico clínico, mesmo sem a confirmação do ecocardiograma, é determinante no prognóstico desta emergência neonatal que pode evoluir, inclusive, com sequelas neurológicas irreversíveis. Diante disso, reconhecer os sinais e sintomas da HPPN, para indicar a intervenção adequada precocemente, é imprescindível para reduzir a morbimortalidade desta patologia.