

NEONATAL E PEDIATRIA

ÍNDICE DE MORTALIDADE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Magalhaes WLR, Campanario AP, Martins MAB, Magalhaes AS, Rossi AP, Rezende LRC, Ferreira VAS, Carmo JA

Hospital São José do Avai

Fundamento: Os principais fatores que levam a mortalidade neonatal são ligados à saúde da mãe e a condição da assistência durante o pós-natal. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do atendimento prestado na UTI Neonatal(UTIN) em Itaperuna. **Delineamento:** estudo retrospectivo. **Amostra:** estudo dos óbitos ocorridos na UTIN no período de 03/08/2008 a 6/08/2010. **Métodos:** Através de uma revisão dos prontuários foi criado para os óbitos um banco de dados com as seguintes Variáveis: sexo, idade gestacional, peso na internação, tipo de parto e tempo de internação. **Análise estatística:** teste “t” se Student’s realizadas no software Epi-Info 3.04™. **Resultados:** Dos 333 RNs, 12% foram à óbito. Destes, 56,4% eram do sexo masculino e 43,6% feminino. Parto cesáreo foi realizado em 64,5% dos RNs e vaginal em 35,5%. A média do peso de internação foi de 1747 g, com mediana de 1400 g, mínimo de 415 g e máximo de 4665 g e desvio-padrão de ± 1108 . 75% RNs tinham menos de 2500 g, desses, 30% tinham baixo peso, 26,6% muito baixo peso e 43,4% extremo baixo peso. O tempo médio de internação foi de 12,4 dias, mediana de 5 dias, desvio-padrão de $\pm 18,8$ dias, um mínimo de 1 dia e máximo de 89 dias. A idade gestacional apresentou uma média de 31,8 semanas, mediana de 30,5 semanas, desvio-padrão de $\pm 5,7$, mínimo de 22 semanas e máximo de 40 semanas. 54,2% eram pequenos para a idade gestacional, 40% adequados para a idade gestacional e 5,8% grande para a idade gestacional. **Conclusão:** O peso de nascimento foi um fator determinante na mortalidade, sendo que 31,6% dos óbitos foram baixo peso e 43,6% extremo baixo peso. A causa do óbito não foi avaliada no estudo preliminar.

E-mail: wlrmagalhaes@oi.com.br

PNEUMOPATIA CRÔNICA E ENTUBAÇÃO TRAQUEAL: A NECESSIDADE DE PREVENÇÃO DA ESTENOSE SUBGLÓTICA

Versiani PV¹, Alvim CG²

¹Ac. de Medicina da FM/UFMG; ²Profa Adjunta Dpto Pediatria FM/UFMG

A realização da traqueostomia vem sendo preconizada em crianças de qualquer faixa etária com o objetivo de minimizar os danos causados pela entubação prolongada, dentre os quais está a estenose subglótica. O relato de caso a ser abordado mostra uma criança que aos 3 meses de idade foi internado devido a um quadro taquipnéia e hipoxemia importante. A hipótese diagnóstica foi pneumopatia intersticial crônica a esclarecer. Permaneceu internado por 8 meses, sendo que no terceiro mês de internação apresentou um quadro gripal seguido de piora, sendo necessária a entubação para a realização de ventilação mecânica. Ficou entubado por 3 semanas, sendo traqueostomizado após esse período devido ao desenvolvimento de estenose subglótica. O garoto permanece traqueostomizado há quase 2 anos e não apresenta previsão para a retirada da traqueostomia, pois apresenta dependência do uso de oxigênio devido a sua pneumopatia. Diante desse caso podemos questionar se a traqueostomia fosse realizada mais precocemente poderia ter evitado a estenose subglótica e conseqüentemente a necessidade da traqueostomia por tempo prolongado e a exposição a infecções, como traqueítes e pneumonias. Segundo a literatura, a indicação de realização de traqueostomia na criança depende de diversos fatores, dentre eles o tempo de entubação. Porém não há um consenso de qual o tempo ideal para a sua realização. Dessa forma é importante que pediatras e pneumologistas que atuam em CTI estejam atentos a esse risco e que maior número de pesquisas seja direcionado a tentar determinar um tempo ideal para a traqueostomização da população pediátrica.

E-mail: paulinhaversiani@yahoo.com.br

QUILOTÓRAX TRAUMÁTICO EM RECÉM NASCIDO

Magalhaes WLR, Campanario AP, Martins MAB, Magalhaes AS, Rossi AP, Rezende LRC, Ferreira VAS, Fernandes GT, Orioli MAM, Lacerda BB, Carneiro Jr R, Matta NR

Hospital São José do Avai

Fundamento: Quilotórax é o acúmulo de linfa no espaço pleural. Pode ser de causa congênita ou adquirida resultante de obstrução ou traumatismo. O quilotórax traumático ocorre geralmente após cirurgia torácica, inserção de dreno torácico, por obstrução da veia cava superior ou veia subclávia esquerda após introdução de cateter venoso central e, raramente, secundário a hiperextensão do pescoço ao nascimento. **Delineamento: relato do caso:** Recem-nascido (RN) pré-termo, 27 semanas, feminino, nascido de parto cesáreo, pesando 960g, conduzido à UTI Neonatal com diagnóstico de prematuridade e síndrome do desconforto respiratório grau I. No décimo quinto dia, foi instalado um cateter central na veia cava superior e após cinco dias de implantação o recém nascido evoluiu com derrame pleural de pequena quantidade, visualizado na radiografia de tórax e confirmado pela ultrassom (USG). Toracocentese: cinco ml de líquido amarelo citrino. No trigésimo segundo dia, devido a novo derrame pleural à direita, foi realizado toracocentese com saída de líquido de aspecto quiloso com confirmação laboratorial, permanecendo o dreno por 13 dias. Iniciada nutrição parenteral total (NPT) e suspensão da dieta enteral. Com 52 dias, o RN apresentou novo derrame pleural. Toracocentese com saída de líquido quiloso. Após quinze dias de tratamento, o dreno foi retirado apresentando boa evolução. **Conclusão:** O quilotórax traumático é uma complicação grave da instalação de cateter venoso na veia cava. Pode provocar desnutrição grave nos RN devido à drenagem de lipídeos na linfa e pela permanência em jejum que faz parte do tratamento. A infusão venosa de octreotida é fundamental nos casos refratários.

E-mail: wlrmagalhaes@oi.com.br

TÉCNICA DA AGULHA VERSUS TÉCNICA DA SONDA NA ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE EXÓGENO EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO

Ribeiro SNS, Assis DMN

Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG

Fundamento: A reposição de surfactante é eficaz e segura, atualmente, as rotinas de administração do surfactante pulmonar exógeno no recém-nascido pré-termo é uma rotina nas unidades de terapias intensivas. (Nicolau et al, 2010; Rebello et al, 2010). **Objetivo:** Comparar retrospectivamente, através de busca em prontuários, a utilização das técnicas da agulha (sistema fechado) e da sonda (sistema aberto) na administração de surfactante exógeno. **Delineamento:** Trata-se de um Estudo Observacional Retrospectivo. **Amostra:** 91 recém-nascidos pré termo com idade gestacional inferior a 34 semanas, peso menor que 1500 gramas (com Doença de Membrana Hialina, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Sofia Feldman), no período de 01/01/2010 a 31/07/2010, com reposição de surfactante (SURVANTA® – 25 mg/mL). **Métodos:** Foram incluídos recém-nascidos que receberam aleatoriamente surfactante exógeno por sistema aberto e fechado. **Análise estatística:** Através do software Microsoft® Office Excel 2007. **Variáveis:** idade gestacional, sexo, peso, apgar 1', apgar 5', uso de corticóide materno, queda de saturação de oxigênio, bradicardia e queda de saturação e bradicardia. **Resultados:** Não houve associações das variáveis entre as duas técnicas de administração de surfactante exógeno (sistema aberto e fechado) na população estudada. **Conclusões:** Existem duas maneiras de realizar a administração de surfactante e não houve diferenças entre elas em relação às intercorrências geradas no recém nascido.

E-mail: simonensribeiro@hotmail.com