

# Assistência ao Prematuro Extremo na Sala de Parto

## Adriana Kawaguchi

[www.paulomargotto.com.br](http://www.paulomargotto.com.br) – Brasília, 11 de agosto de 2025

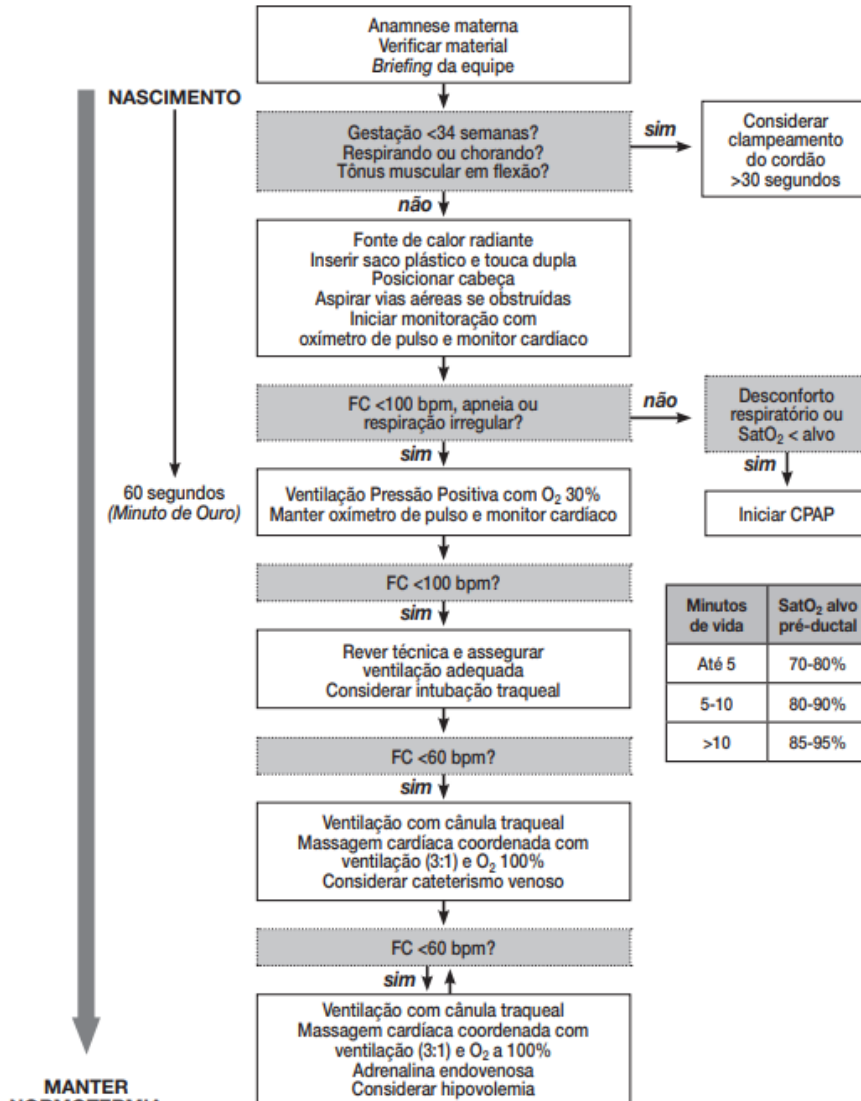


# Programa de Reanimação Neonatal SBP

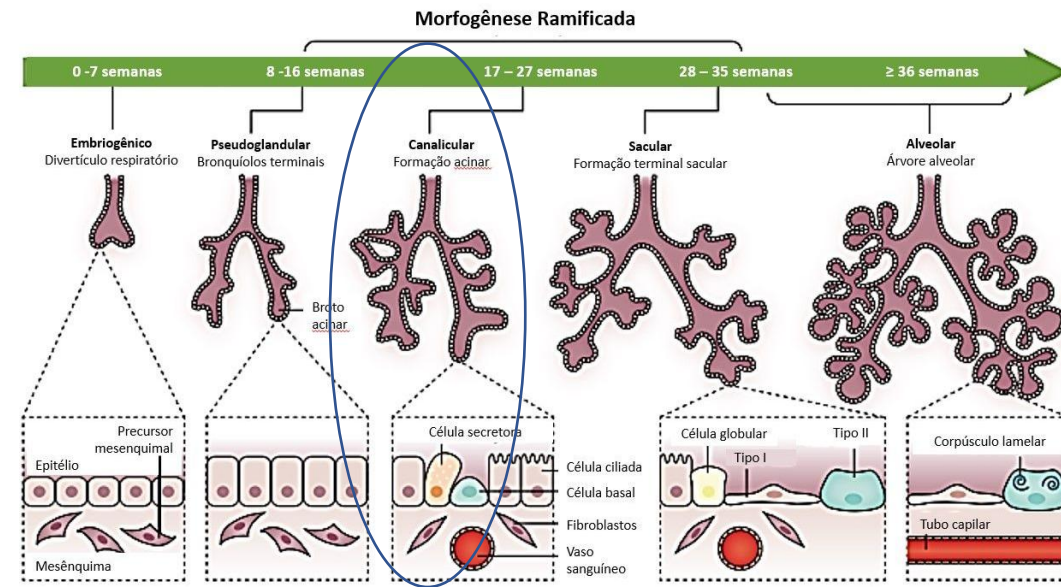
- O Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) tem como objetivo disseminar conhecimentos sobre os cuidados com o recém-nascido ao nascer, visando reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal.
- A Atualização das Diretrizes em Reanimação Neonatal vem sendo realizada a cada cinco anos desde 2006, com base nas recomendações do *ILCOR Neonatal Life Support Taskforce*.
- O curso de reanimação do prematuro (<34 sem) na sala de parto iniciou-se em 2012.



**Anexo 1: Fluxograma da Reanimação Neonatal do RN <34 semanas**  
**Programa de Reanimação Neonatal**  
**Sociedade Brasileira de Pediatria - 2022**



- A maioria dos RNPT precisa de ajuda para iniciar a transição cardiorrespiratória, fundamental para a adequada adaptação à vida extrauterina.
- Dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, mostram que, de 2014 a 2020, bebês com IG entre 23 e 31 semanas, 69% foram ventilados com máscara facial ou cânula traqueal e 6% receberam reanimação avançada.
- Estudo da NICHD Neonatal Research Network, com dados referentes a RN com IG entre 22 e 28 semanas, nascidos entre 2013-18, mostra que **64% receberam VPP por cânula traqueal na sala de parto.**
- No Canadá, dentre 2.068 RN <29 semanas, nascidos em 2010 e 2011 em 28 unidades neonatais, 9% precisaram de massagem cardíaca por mais de 30 segundos, acompanhada ou não de administração de adrenalina.
- Os bebês < 26 semanas estão na fase canalicular do desenvolvimento pulmonar, além disto, a vasculatura pulmonar destes bebês é menos sensível ao O<sub>2</sub> e a hipóxia pode contribuir potencialmente para depressão respiratória e **maior necessidade de suporte ventilatório invasivo.**



# Viabilidade Fetal

## Limite de Viabilidade a partir de 2024

### RN $\geq$ 24 semanas de gestação

Reanimar sempre  
Com cuidado ativo e participação da Obstetrícia

### RN entre 23 - 23 semanas 6 dias (Zona Cinzenta)

Cuidado Ativo considerando:

Sexo ao nascer

Nascimento único

Peso ao nascer

Condições ao nascer

Uso de esteróide pré-natal/ sulfato de magnésio

Cesariana

Desejo dos pais



### RN < 23 semanas

Muito imaturos para ter razoável chance de sobrevivência ainda sem déficit graves

Não são reanimados

Manter cuidados de conforto

Manuseio essencial

Monitorização gentil

Manutenção da temperatura

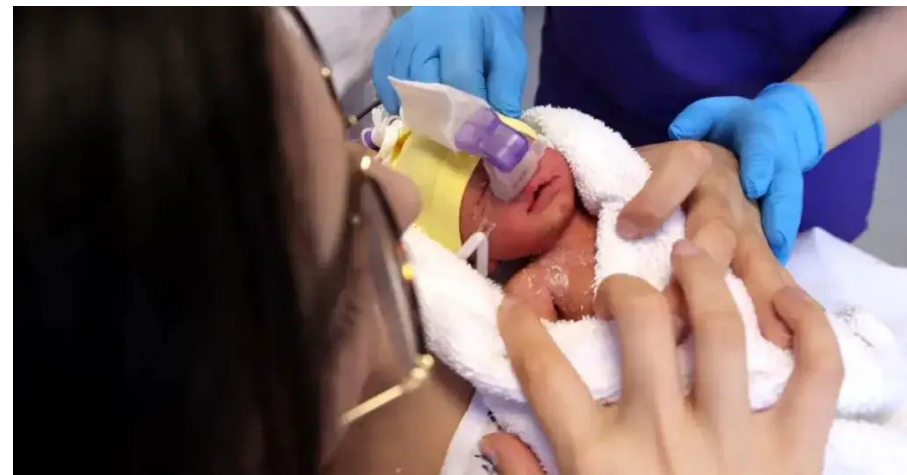
Alimentação

Tratamento da dor



# Assistência ao Prematuro Extremo

- Briefing
- Clampeamento do Cordão Umbilical
- Medidas para manter normotermia
- Ventilação
- FiO<sub>2</sub>



# Clampeamento do Cordão Umbilical

## DIRETRIZ

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e  
Federação Brasileira de Associações de Ginecologia  
e Obstetrícia (FEBRASGO) - 2022



17 de Março de 2022

### RECOMENDAÇÕES SOBRE O CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

#### Programa de Reanimação Neonatal da SBP

Coordenação Geral: Maria Fernanda Branco de Almeida, Ruth Guinsburg

#### Comissão de Perinatologia da FEBRASGO

Presidente: Rita de Cássia Sanches Oliveira

Participantes da Reunião de Consenso de 15 e 16 de dezembro de 2021\*

#### Reladoras: Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo

Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

#### Lêni Marcia Anchieta

Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

#### Rita de Cássia Sanches Oliveira

Presidente da Comissão de Perinatologia da FEBRASGO

-- Clampamento oportuno (30 segundos ou mais) no RN <34 semanas com boa vitalidade.

-- No RN que não respira ou está hipotônico ao nascer, sugere-se, antes do clampamento imediato do cordão, fazer estímulo no dorso, de modo delicado e no máximo duas vezes, e a seguir levar o RN ao berço de reanimação.

-- O clampamento tardio está associado a menor mortalidade durante a internação hospitalar, diminuição de hemorragia periintraventricular de qualquer grau, melhor estabilização da pressão arterial e menor necessidade de transfusões de sangue no período neonatal (Cochrane, 2019).

-- A ordenha do cordão associou-se com o aumento de hemorragia cerebral grave em prematuros (<28 sem).

# Manutenção da Temperatura Corporal

## A hipotermia está associada a um aumento da morbi-mortalidade:

(Adaptação tardia à circulação do recém-nascido, Hipoglicemia, Acidose metabólica, Coagulopatia, Dependência de oxigênio, Hemorragia intraventricular, Resultados neurológicos desfavoráveis e Morte)

- Pré-aquecimento da mesa de reanimação
- Pré-aquecimento e umidificação da incubadora
- Manutenção da temperatura da sala de parto entre 23-25°C
- Uso de gases respiratórios aquecidos e umidificados para reanimação
- Uso de envoltório de polietileno ou saco plástico
- Uso de touca térmica (touca dupla)
- Colchões aquecidos exotérmicos (monitorar atentamente a hipertermia associada)
- Evitar correntes de ar ao redor da área de reanimação (evitar abrir ou fechar portas, saídas de ar, etc.)



# Ventilação

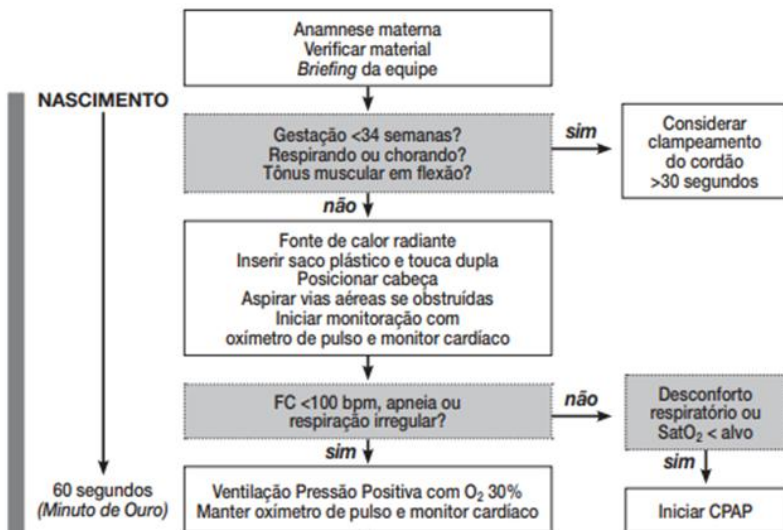


Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto:  
Diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria

Texto disponível em [www.sbp.com.br/reanimacao](http://www.sbp.com.br/reanimacao) - Direitos Autorais SBP



## Anexo 1: Fluxograma da Reanimação Neonatal do RN <34 semanas Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria - 2022



- Usar um dispositivo tipo peça em T em vez de bolsa e máscara.
- Usar um misturador de oxigênio. **Ajuste a FiO2 guiada por oximetria de pulso, visando SpO2 de 80% ou mais aos 5 minutos de idade.**
- Estabilizar recém-nascidos prematuros com respiração espontânea com CPAP. Se apneicos, iniciar a VPP com máscara.
- **Para recém-nascidos prematuros com respiração espontânea, o início da CPAP, em vez da intubação, reduzirá a lesão pulmonar e a DBP.**
- A interface entre o dispositivo CPAP e o bebê também pode ser importante. A aplicação da máscara facial, por si só, pode ser suficiente para induzir apneia por meio do reflexo trigêmeo-cardíaco em recém-nascidos com respiração espontânea.
- A intubação deve ser reservada para bebês que não respondem à ventilação com pressão positiva via máscara facial.
- Se um bebê prematuro com <30 semanas de gestação precisar de intubação para estabilização, ele deve receber surfactante (A2).

# Material adequado

> Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016 Jul;101(4):F294-8. doi: 10.1136/archdischild-2014-307350. Epub 2015 Apr 10.

## Measurements from preterm infants to guide face mask size

Joyce E O'Shea<sup>1</sup>, Marta Thio<sup>2</sup>, Louise S Owen<sup>3</sup>, Connie Wong<sup>4</sup>, Jennifer A Dawson<sup>3</sup>, Peter G Davis<sup>3</sup>

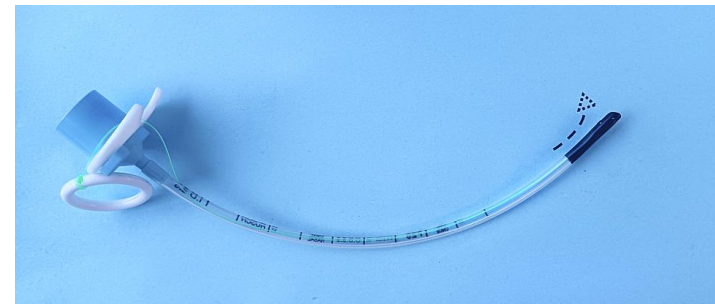
### Abstract

**Objective** International guidelines recommend that an appropriately sized face mask for providing positive pressure ventilation should cover the mouth and nose but not the eyes and should not overlap the chin. This study aimed to measure the dimensions of preterm infants' faces and compare these with the size of the most commonly available face masks (external diameter 50 mm) and the smallest masks available (external diameters 35 and 42 mm).

**Methods** Infants 24–33 weeks' postmenstrual age (PMA) were photographed in a standardised manner. Images were analysed using ImageJ software (National Institute of Health, USA) to calculate the distance from the nasofrontal groove to the mental protuberance. This facial measurement corresponds to the external diameter of an optimally fitting mask.

**Results** A cohort of 107 infants between 24 and 33 weeks' gestational age, including at least 10 infants per week of gestation, was photographed within 72 h after birth and weekly until 33 weeks' PMA. 347 photographs were analysed. Infants of 24, 26, 28, 30 and 32 weeks' PMA had mean (SD) facial measurements of 32 (2), 36 (3), 38 (4), 41 (2) and 43 (4) mm, respectively. There were no significant differences when examined by gender or when small for gestational age infants were excluded.

**Conclusions** The smallest size of some brands of mask is too large for many preterm infants. Masks of 35 mm diameter are suitable for infants <29 weeks' PMA or 1000 g. Masks of 42 mm diameter are suitable for infants 27–33 weeks' PMA or 750–2500 g.

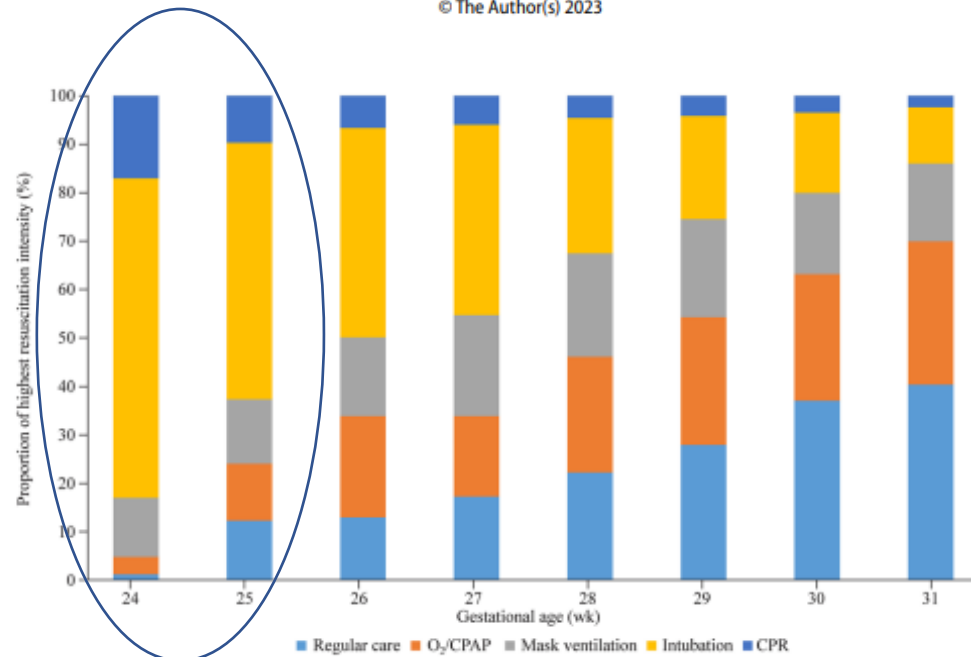




## Delivery room resuscitation intensity and associated neonatal outcomes of 24<sup>+0</sup>–31<sup>+6</sup> weeks' preterm infants in China: a retrospective cross-sectional study

Si-Lu Wang<sup>1</sup> · Chun Chen<sup>2</sup> · Xin-Yue Gu<sup>3</sup> · Zhao-Qing Yin<sup>4</sup> · Le Su<sup>4</sup> · Si-Yuan Jiang<sup>3,5</sup> · Yun Cao<sup>3,5</sup> · Li-Zhong Du<sup>6</sup> · Jian-Hua Sun<sup>7</sup> · Jiang-Qin Liu<sup>1</sup> · Chuan-Zhong Yang<sup>2</sup> on behalf of Chinese Neonatal Network Investigators

Received: 2 November 2022 / Accepted: 1 June 2023 / Published online: 30 June 2023  
© The Author(s) 2023



**Fig. 2** Variation in delivery room resuscitation intensity in China by gestational age of very preterm infants. The X-axis represents gestational age, and the Y-axis represents the proportion of each intensity of resuscitation. Different colors represent different resuscitation intensities. CPAP continuous positive airway pressure, CPR cardiopulmonary resuscitation

### Abstract

**Background** The aim of this study was to review current delivery room (DR) resuscitation intensity in Chinese tertiary neonatal intensive care units and to investigate the association between DR resuscitation intensity and short-term outcomes in preterm infants born at 24<sup>+0</sup>–31<sup>+6</sup> weeks' gestation age (GA).

**Methods** This was a retrospective cross-sectional study. The source population was infants born at 24<sup>+0</sup>–31<sup>+6</sup> weeks' GA who were enrolled in the Chinese Neonatal Network 2019 cohort. Eligible infants were categorized into five groups: (1) regular care; (2) oxygen supplementation and/or continuous positive airway pressure (O<sub>2</sub>/CPAP); (3) mask ventilation; (4) endotracheal intubation; and (5) cardiopulmonary resuscitation (CPR). The association between DR resuscitation and short-term outcomes was evaluated by inverse propensity score-weighted logistic regression.

**Results** Of 7939 infants included in this cohort, 2419 (30.5%) received regular care, 1994 (25.1%) received O<sub>2</sub>/CPAP, 1436 (18.1%) received mask ventilation, 1769 (22.3%) received endotracheal intubation, and 321 (4.0%) received CPR in the DR. Advanced maternal age and maternal hypertension correlated with a higher need for resuscitation, and antenatal steroid use tended to be associated with a lower need for resuscitation ( $P < 0.001$ ). Severe brain impairment increased significantly with increasing amounts of resuscitation in DR after adjusting for perinatal factors. Resuscitation strategies vary widely between centers, with over 50% of preterm infants in eight centers requiring higher intensity resuscitation.

**Conclusions** Increased intensity of DR interventions was associated with increased mortality and morbidities in very preterm infants in China. There is wide variation in resuscitative approaches across delivery centers, and ongoing quality improvement to standardize resuscitation practices is needed.

# São as pequenas coisas. Uma estrutura e orientação para programas de cuidados para bebês de 22 a 23 semanas de idade gestacional

It's the little things. A framework and guidance for programs to care for infants 22-23 weeks' gestational age.

Bernardini LB, Healy H, Battarbee AN, Brennick E, Church P, Pavlek LR, Tagliaferro T, Travers C, Vier K, Walsh J, Rysavy MA; Tiny Baby Collaborative Steering Committee. J Perinatol. 2025 Mar 10. doi: 10.1038/s41372-025-02252-x. Online ahead of print. PMID: 40065032 Review.

- **Bebês nascidos com 22–23 semanas de IG são, de muitas maneiras, diferentes em termos de desenvolvimento de bebês EP e ELBW mais maduros. Essas diferenças afetam o manejo clínico.**
- **O termo “hora de ouro” se refere à primeira hora pós-parto e se concentra em cuidados padronizados baseados em evidências que sejam orientados para a equipe, eficientes e gentis para essa população de pacientes particularmente vulnerável**

-- **Preparação pré-parto** → listas de verificação de equipamentos, atribuição de funções e compreensão das preferências da família antes do parto.

-- **Sala de Parto:**

→ Clampeamento tardio do cordão umbilical

→ Temperatura ambiente e uso de filme plástico → evitar hipotermia

→ Cerca de metade dos bebês com um peso corporal inicial de <750 g (mais comumente aqueles <550 g) podem necessitar de intubação com um tubo endotraqueal 2,0 mm. Atenção às ferramentas comumente usadas para estimar a profundidade do ETT podem superestimar a profundidade do TOT. **Uma profundidade de ~5,5 cm no lábio é frequentemente padronizada para bebês de 22 e 23 semanas** em muitos serviços de referência.

→ **Além disso, as recomendações atuais para uma FiO<sub>2</sub> inicial de 21–30% podem não se aplicar a bebês pequenos;** é controverso, inclusive entre os serviços de referência, se a breve exposição a FiO<sub>2</sub> mais alta durante a ressuscitação pode facilitar a transição.



# Oxigênio – FiO<sub>2</sub>

- A exposição a altas concentrações de oxigênio durante a ressuscitação de recém-nascidos pode causar danos celulares irreversíveis. Isso resulta em estresse oxidativo severo, aumentando o risco de várias complicações de saúde (DPC, retinopatia, lesões cerebrais, morte neonatal). Os prematuros são especialmente vulneráveis devido à imaturidade pulmonar e à falta de defesas antioxidantes.
  - Resultados recentes levantaram preocupações sobre o uso de concentrações mais baixas de FiO<sub>2</sub> em recém-nascidos prematuros. Estudos indicam que a redução da FiO<sub>2</sub> pode estar associada a um aumento na mortalidade e lesões neurológicas. A Canadian Neonatal Network relatou um aumento de 36% na mortalidade ou lesões neurológicas severas após a redução da FiO<sub>2</sub> de 100% para 21-40%.
- A hiperóxia resulta em um aumento nos radicais livres de oxigênio e diminui o fluxo sanguíneo cerebral, enquanto a saturação de oxigênio de <80% em 5 min foi associada ao aumento da mortalidade ou deficiências no neurodesenvolvimento.



## ARTICLE OPEN



# Association between 5-minute oxygen saturation and neonatal death and intraventricular hemorrhage among extremely preterm infants

Siyuan Jiang<sup>1,2</sup>, Xin Cui<sup>3,4</sup>, Anup Katheria<sup>1,5</sup>, Neil N. Finer<sup>1,5</sup>, Mihoko V. Bennett<sup>1,3,4</sup>, Jochen Profit<sup>1,3,4</sup> and Henry C. Lee<sup>1,2</sup>

© The Author(s) 2024

→ **Objetivo:** Avaliar se a saturação de oxigênio no 5º minuto de vida em prematuros extremos ( $\leq 28$  semanas) está associada a óbito neonatal e/ou hemorragia intracraniana grave (IVH grau  $\geq$  III).

→ **População:** Recém-nascidos com idade gestacional  $\leq 28$  semanas que nasceram nas nove unidades participantes entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2022. Os critérios de exclusão foram óbitos na sala de parto, anomalias congênitas graves e aqueles com dados de SpO<sub>2</sub> de 5 minutos ausentes. N: 390 bebês.

**Table 2.** Baseline characteristics by 5-min SpO<sub>2</sub>.

	5-min SpO <sub>2</sub> < 80%	5-min SpO <sub>2</sub> 80–100%	P value
<b>Number of infants</b>	184	206	
<b>Infant characteristics</b>			
Gestational age, median (interquartile range), weeks	25.5 (24.0-27.0)	26.0 (25.0-27.0)	<b>0.002</b>
≤25 weeks, n (%)	92 (50.0)	74 (35.9)	<b>0.022</b>
26 weeks, n (%)	30 (16.3)	33 (16.0)	
27 weeks, n (%)	28 (15.2)	49 (23.8)	
28 weeks, n (%)	34 (18.5)	50 (24.3)	
Birth weight, median (interquartile range), grams	815.5 (643.0-1000.0)	879.0 (705.0-1095.0)	<b>0.005</b>
Small for gestational age, n (%)	16 (8.7)	21 (10.2)	0.614
Male, n (%)	106 (57.6)	103 (50.0)	0.133
Multiple births, n (%)	35 (19.0)	37 (18.0)	0.788
<b>Maternal characteristics</b>			
Prenatal care, n (%)	177 (96.2)	197 (95.6)	0.779
Maternal hypertensive disorders, n (%)	43 (23.4)	56 (27.2)	0.388
Maternal diabetes, n (%)	23 (12.5)	30 (14.6)	0.553
Non-reassuring fetal status, n (%)	61 (33.2)	58 (28.2)	0.285
Antenatal steroids, n (%) <sup>a</sup>	150 (94.9)	182 (93.3)	0.527
Antenatal MgSO <sub>4</sub> , n (%)	157 (85.3)	168 (81.6)	0.318
Cesarean delivery, n (%)	128 (69.6)	152 (73.8)	0.355
<b>Delivery room resuscitation</b>			
Delayed cord clamping, n (%)	86 (46.7)	114 (55.3)	0.090
No, n (%)	98 (53.3)	92 (44.7)	0.194
30–60 s, n (%)	67 (36.4)	93 (45.1)	
61–120 s, n (%)	19 (10.3)	21 (10.2)	
Cord milking, n (%)	14 (7.6)	<sup>b</sup>	0.259
Nasal continuous positive airway pressure, n (%)	107 (58.2)	168 (81.6)	<b>&lt;0.001</b>
PPV via mask and / or noninvasive ventilation, n (%)	158 (85.9)	148 (71.8)	<b>0.001</b>
Endotracheal tube ventilation, n (%)	109 (59.2)	63 (30.6)	<b>&lt;0.001</b>
Chest compression and / or epinephrine, n (%)	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	0.262
5-min FiO <sub>2</sub> , median (interquartile range)	80.0 (40.0-100.0)	40.0 (30.0-60.0)	<b>&lt;0.001</b>
0.21-0.30, n (%)	31 (16.8)	71 (34.5)	<b>&lt;0.001</b>
0.31-0.60, n (%)	50 (27.2)	84 (40.8)	
0.61-1.0, n (%)	102 (55.4)	51 (24.8)	
1-min Apgar score, median (interquartile range)	3.0 (2.0-5.0)	5.0 (3.0-7.0)	<b>&lt;0.001</b>
0-3, n (%)	94 (51.1)	56 (27.2)	<b>&lt;0.001</b>
4-6, n (%)	64 (34.8)	86 (41.7)	
7-10, n (%)	25 (13.6)	64 (31.1)	
5-min Apgar score, median (interquartile range)	6.0 (4.0-8.0)	8.0 (7.0-8.0)	<b>&lt;0.001</b>
0-3, n (%)	33 (17.9)	<sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
4-6, n (%)	62 (33.7)	<sup>b</sup>	
7-10, n (%)	89 (48.4)	165 (80.1)	

The bold values indicate  $P < 0.05$ , signifying statistical significance.

<sup>a</sup>Data on antenatal steroids missing for  $n = 37$  infants; % calculated based on non-missing value.

<sup>b</sup>Cell counts <12 were suppressed in order to protect subject privacy. Data may not add up to 100% due to missing data.

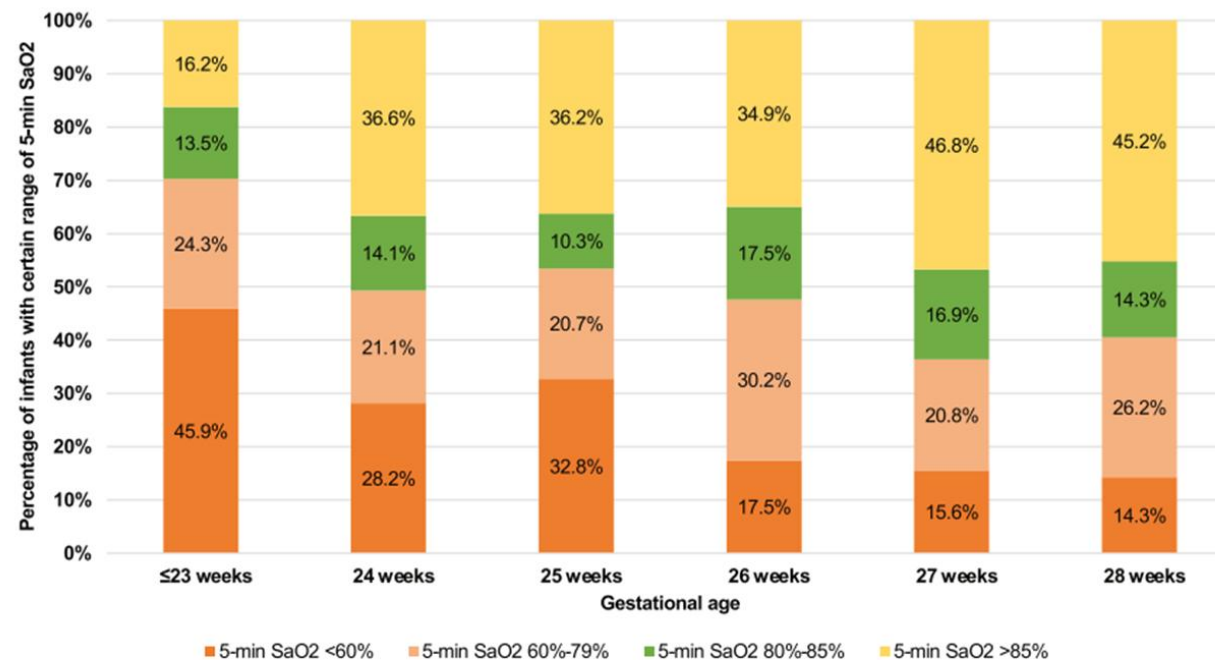


Fig. 1 Distribution of 5-min SpO<sub>2</sub> by gestational age among extremely preterm infants.

Table 3. Association between 5-min SpO<sub>2</sub> and neonatal outcomes.

	5-min SpO <sub>2</sub> < 80% n = 184	5-min SpO <sub>2</sub> 80–100% n = 206	Crude RR (95% CI)	Model 1 adjusted RR <sup>a</sup> (95% CI)	Model 2 adjusted RR <sup>b</sup> (95% CI)	Model 3 adjusted RR <sup>c</sup> (95% CI)
Death and / or severe intraventricular hemorrhage, n (%)	43 (23.4)	24 (11.7)	<b>2.01 (1.27, 3.18)</b>	<b>1.65 (1.03, 2.63)</b>	<b>1.65 (1.03, 2.63)</b>	1.48 (0.92, 2.38)
Death, n (%)	28 (15.2)	15 (7.3)	<b>2.09 (1.15, 3.80)</b>	1.60 (0.84, 3.06)	1.61 (0.85, 3.04)	1.46 (0.76, 2.79)
Death ≤7 days of life, n (%)	<sup>d</sup>	<sup>d</sup>	<b>4.03 (1.52, 10.67)</b>	<b>3.08 (1.02, 9.32)</b>	<b>3.05 (1.07, 8.71)</b>	<b>2.86 (1.11, 7.38)</b>
Death >7 days of life, n (%)	<sup>d</sup>	<sup>d</sup>	1.12 (0.48, 2.64)	0.81 (0.31, 2.11)	0.83 (0.33, 2.11)	0.83 (0.30, 2.33)
Severe intraventricular hemorrhage, n (%)	23 (12.5)	12 (5.8)	<b>2.26 (1.16, 4.41)</b>	<b>2.32 (1.07, 4.99)</b>	<b>2.10 (1.00, 4.43)</b>	2.07 (0.98, 4.37)
Severe retinopathy of prematurity, n (%)	17 (9.2)	13 (6.3)	1.66 (0.83, 3.30)	1.12 (0.54, 2.31)	0.97 (0.46, 2.02)	1.12 (0.53, 2.35)
Bronchopulmonary dysplasia, n (%)	84 (45.7)	90 (43.7)	1.21 (0.98, 1.48)	1.07 (0.87, 1.32)	1.02 (0.83, 1.25)	1.06 (0.86, 1.30)

RR risk ratio, CI confidence interval.

<sup>a</sup>Adjusted for gestational age, 1-min Apgar score, and site.

<sup>b</sup>Adjusted for gestational age, 1-min Apgar score, site and 5-min FIO<sub>2</sub>.

<sup>c</sup>Adjusted for gestational age, 1-min Apgar score, site, small for gestational age, congenital malformation, multiple gestation, gender, prenatal care, and delivery by cesarean section.

<sup>d</sup>Cell counts <12 were suppressed in order to protect subject privacy.

ARTICLE OPEN



# Association between 5-minute oxygen saturation and neonatal death and intraventricular hemorrhage among extremely preterm infants

Siyuan Jiang<sup>1,2</sup>, Xin Cui<sup>3,4</sup>, Anup Katheria<sup>1,5</sup>, Neil N. Finer<sup>1,5</sup>, Mihoko V. Bennett<sup>3,4</sup>, Jochen Profit<sup>3,4</sup> and Henry C. Lee<sup>1,2</sup>

© The Author(s) 2024

## -- Conclusão:

Este estudo corrobora a recomendação atual de uma meta de SpO<sub>2</sub> de 5 minutos  $\geq 80\%$  para bebês extremamente prematuros, visto que não atingir esse limite está associado a riscos significativamente maiores de morte precoce e hemorragia intracraniana grave.

Esses achados reforçam a importância de otimizar o manejo precoce do oxigênio, ao mesmo tempo em que destacam a necessidade de mais pesquisas intervencionistas para refinar e individualizar as metas de SpO<sub>2</sub> para essa população vulnerável.

Case Reports > [Front Pediatr.](#) 2019 Dec 12;7:504. doi: 10.3389/fped.2019.00504.  
eCollection 2019.

## The Effect of Initial High vs. Low FiO<sub>2</sub> on Breathing Effort in Preterm Infants at Birth: A Randomized Controlled Trial

Janneke Dekker<sup>1</sup>, Tessa Martherus<sup>1</sup>, Enrico Lopriore<sup>1</sup>, Martin Giera<sup>2</sup>, Erin V McGillick<sup>3 4</sup>,  
Jeroen Hutten<sup>5</sup>, Ruud W van Leuteren<sup>5</sup>, Anton H van Kaam<sup>5</sup>, Stuart B Hooper<sup>3 4</sup>,  
Arjan B Te Pas<sup>1</sup>

- O início da estabilização de recém-nascidos prematuros ao nascer com 100% de O<sub>2</sub> levou a um melhor esforço respiratório, melhor oxigenação e menor duração da ventilação por máscara em comparação com 30% de O<sub>2</sub>, sem aumentar o risco de hiperóxia ou estresse oxidativo.



# Oxigênio – FiO2



Meta de SpO2 de 5 minutos  $\geq 80\%$  para bebês extremamente prematuros

Alguns estudos estão em andamento: TORPIDO 30-60 e Hilo 30-60

A "**Hora de Ouro**" em neonatologia, especialmente para bebês extremamente prematuros, refere-se à crucial primeira hora após o nascimento. É um período de intensa estabilização, focado na prevenção de complicações como hipotermia, desconforto respiratório e hipoglicemia. Isso envolve intervenções baseadas em evidências para apoiar a transição do bebê para a vida extrauterina e minimizar a morbidade a longo prazo.

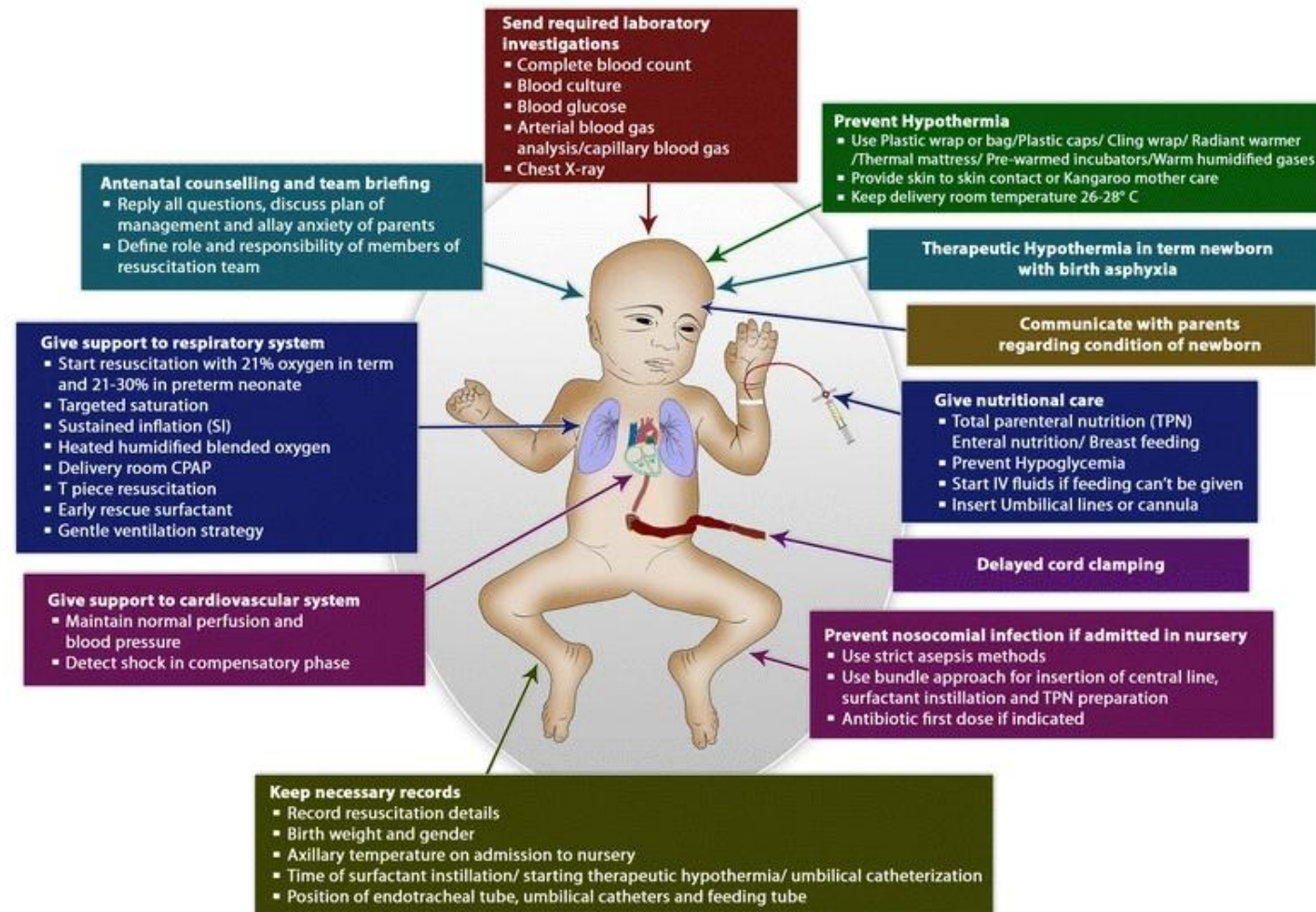


Figure showing golden hour interventions to be done at the time of preterm and term newborn birth (Figure copyright Dr Deepak Sharma)

