

RECEPÇÃO NA UTI NEONATAL DO PREMATURO EXTREMO

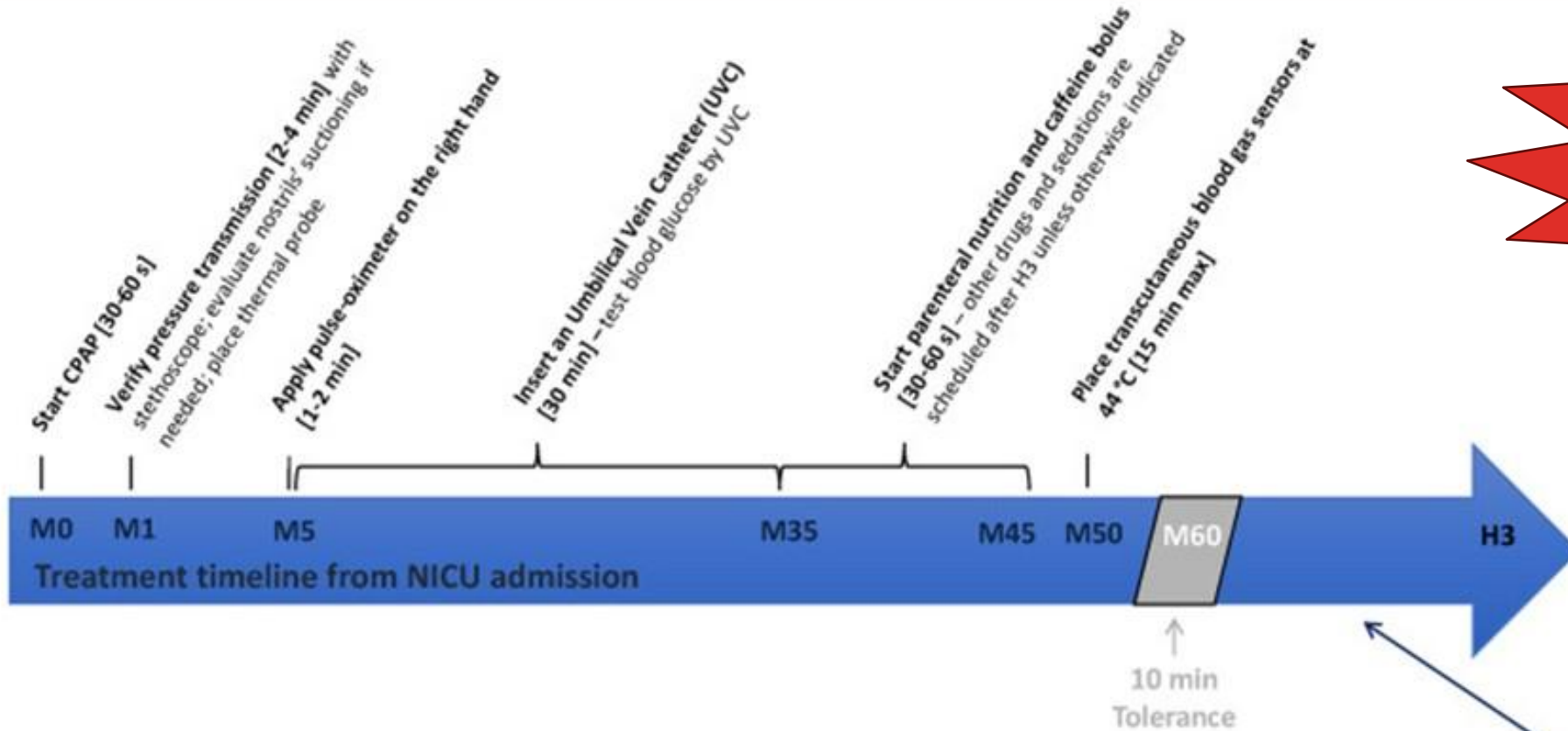
CARLOS MORENO ZACONETA

NEONATOLOGIA HMIB

www.paulomargotto.com.br

Brasília, 11 de agosto de 2025

First hour in NICU for ≤ 28 weekers "The Golden Hour"



Time (2h) available for lung ultrasound to decide if INSURE or not

- Atualmente, a melhor evidência disponível para dar ao RNPT, especialmente os menores de 28 semanas, a melhor chance de sobreviver livre da DBP é oferecer CPAP nasal imediatamente após o nascimento e manter o CPAP como terapêutica ventilatória preferencial.
- Quando há indicação de reposição de surfactante...
- A partir de qual idade gestacional posso fazer LISA?

EXISTE UMA IDADE GESTACIONAL MÍNIMA PARA LISA?

**LISA Eligibility and LISA Success in Extremely
Preterm Infants: A Single-Center Experience**

Neonatology. 2024;121(4):530-535.

- O serviço faz LISA desde 2004 e o protocolo deles é LISA a partir de 22 semanas.
- Fizeram um estudo retrospectivo de LISA no ano de 2018 em todos os < 28 semanas.
- 67 recém-nascidos prematuros com IG de 22 0/7 a 27 6/7 semanas nasceram e foram tratados ativamente em 2018. Destes, 65 (97%) receberam surfactante.

Neonatology. 2024;121(4):530-535.

- A taxa de elegibilidade para LISA foi de 73% às 22 semanas de gestação, 88% às 23 semanas de gestação e >90% em IGs superiores a 24 semanas de gestação.
- LISA foi bem-sucedido em 36/57 (63%) bebês.

Neonatology. 2024;121(4):530-535.

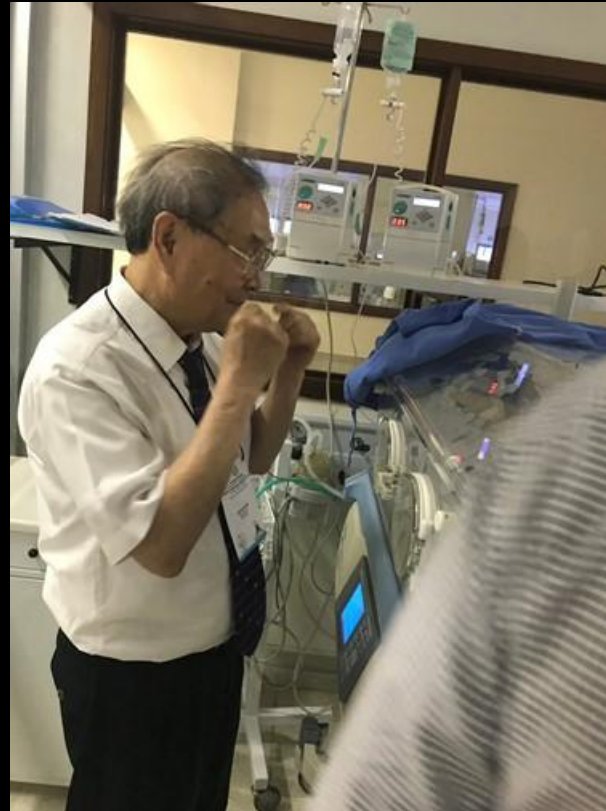
LISA NO PRETERMO EXTREMO

- A solução não é deixar de fazer LISA nos prematuros muito extremos porque são os que mais precisam não ser intubados.
- A solução é ter treinamento teórico prático de LISA, capacitar bem toda a equipe na técnica (neonatólogistas, fisioterapeutas, enfermeiras e técnicas de enfermagem).
- Os prematuros mais extremos devem ser submetidos a LISA pelas pessoas mais experientes e capacitadas na técnica.



CPAP NASAL

- Treinamento contínuo de todos os profissionais.
- Avaliação de resultados.
- Discussão em equipe antes de se colocar um prematuro de CPAP em VMC.



E SE PRECISAR DE VENTILAÇÃO MECÂNICA?

- Atualmente somente os prematuros extremos deveriam ser ventilados.
- Para que a criança receba os melhores cuidados, A COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS É FUNDAMENTAL.
- As metas da terapia ventilatória devem ser estabelecidas de comum acordo e conhecidas por todos.
- *As decisões críticas, como mudanças no modo de ventilação, ajustes dos parâmetros ventilatórios, definição dos limites dos alarmes, manipulação ou trocas de cânula traqueal, devem ser pactuadas , escritas e conhecidas por toda a equipe.*

E SE PRECISAR DE VENTILAÇÃO MECÂNICA?

- Recomenda-se como primeira opção na ventilação convencional o modo AC pelo menos nas primeiras duas semanas.
- Procurar ajustar os níveis de P_{insp} e T_{insp} de acordo com o VC desejado e as características da mecânica respiratória.
- Evidências crescentes demonstram vantagens da ventilação “volume-alvo” em relação à “pressão-alvo”, destacando-se o volume garantido (VG)
 - • AC + VG (preferencialmente).
 - • PEEP: 5 a 8cmH₂O;
 - • VC: 4 a 5mL/kg (Obs. em RNPT <800g: 6mL/kg);
 - • T_{insp} curto: 0,30 a 0,35s;
 - • FR alta: 40 a 60cpm;

E SE PRECISAR DE VENTILAÇÃO MECÂNICA?

- Considerar VAF se:
- $PI > 22-25 \text{ cm H}_2\text{O}$
- $ISO > 10$ ($ISO = MAP \times FiO_2 / SpO_2$ pré-ductal)
- $PaCO_2 > 70 \text{ mmHg}$:
- iniciar com $MAP \text{ } 2 \text{ cm H}_2\text{O}$ acima da convencional; FR 10 a 12Hz e amplitude para manter VC entre 1,5 e 2,0mL/kg;

CANGURU PRECOÇE



CANGURU PRECOÇE


**“NÃO É COLOCAR NO
PELE A PELE QUANDO
ESTIVER ESTÁVEL, É
COLOCAR
PRECOCEMENTE NO PELE
PARA FICAR ESTÁVEL”**

(NICOLE GIANINI)





MUITO OBRIGADO

- 
- Golden hour (desenho)
 - Hipotermia!
 - LISA sem limite
 - Ventilação inicial