Jornal Paranaense de Pediatria

EDITOR RESPONSÁVEL

Sérgio Antônio Antoniuk
Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz
Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf
Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná; Mestre em Pediatria e Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Paraná; Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria; Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Gilberto Pascolat
Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

José Eduardo Carreiro
Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuko Moriya
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Regina P. G. Vieira Cavalcante Silva
Professora Substituta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Walid Salomão Mousfi
Professor Responsável pela Disciplina de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

CONSELHO EDITORIAL

Alfredo Löhr
Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Carlos A. Riedi
Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

César Sabbaga
Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Daltro Zunino
Professor Colaborador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Nefrologia Pediátrica.

Eduardo de Almeida Rego Filho
Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

Evanguelia Athanasio Shwetz
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Isac Bruck
Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Ismar Strachmann
Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Terapia Intensiva.

José Carlos Amador
Mestre em Pediatria

Leide P. Marinoni
Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

Lucia Helena Coutinho dos Santos
Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria

Luiz Antônio Munhoz da Cunha
Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

Luiz de Lacerda Filho
Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica

Mara Albonei Pianovski
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria

Margarida Fatima Fernandes Carvalho
Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo

Marina Hideko Asshiyde
Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

Mário Vieira
Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Milton Elias de Oliveira
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel

Mitsuru Miyaki
Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Nelson Augusto Rosário Filho
Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

Nelson Itiro Miyague
Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

Diretoria SPP - Triênio 2007-2009

Presidente: *Aristides Schier da Cruz (Curitiba)*
Presidente de Honra: *Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)*
1º Vice-Presidente: *Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba)*
2º Vice-Presidente: *Milton Macedo de Jesus (Londrina)*
3º Vice-Presidente: *Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)*
4º Vice-Presidente: *José Carlos Amador (Maringá)*

Secretária Geral: *Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva (Curitiba)*
1º Secretário: *Tony Tannous Tahan (Curitiba)*
2º Secretário: *Renato Tamehiro (Cascavel)*

Tesouraria
1º Tesoureiro: *Gilberto Pascolat (Curitiba)*
2º Tesoureiro: *Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)*

Conselho Fiscal: *Diether H. Garbers (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), José Carlos Michels Oliveira (Curitiba), Gilberto Saciloto (Guarapuava)*

Comissão de Sindicância: *João Gilberto Sprotte Mira (Curitiba), Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (Curitiba), Claudete Teixeira Krause Closs (Curitiba), Osório Ogasawara (Paranavaí), Lúcio Esteves Junior (Maringá)*

Conselho Consultivo: *Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Curitiba), Kerstin Tanigushi Abagge (Curitiba), Alléssio Fiori Sandri Junior (Umuarama), Rosangela de Fatima I. Garbers (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa)*

Diretoria de Patrimônio: *Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)*

Diretoria de Informática: *Eduardo Adratt (Curitiba), Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)*

Diretoria de Eventos Científicos: *Cristina Rodrigues da Cruz (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba), Marion Burger (Curitiba)*

Departamentos Científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria
Departamento de Adolescência
Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez
Departamento de Aleitamento Materno
Claudete Teixeira Krause Closs
Departamento de Alergia - Imunologia
Tsukiyo Obu Kamoi
Departamento de Cardiologia
Nelson Itiro Miyague
Departamento de Defesa Profissional
Álvaro Luiz de Oliveira
Departamento de Dermatologia
Kerstin Taniguchi Abagge
Departamento de Endocrinologia
Geraldo Miranda Graça Filho
Departamento de Gastroenterologia
Sandra Lúcia Schuler
Departamento de Infectologia
Cristina Rodrigues da Cruz
Departamento de Nefrologia
Lucimary de Castro Sylvestre
Departamento de Neonatologia
Gislayne Castro e Souza de Nieto
Departamento de Neurologia Pediátrica
Alfredo Lohr Junior
Departamento de Pneumologia
Carlos Roberto Lebar Benchon Massignan
Departamento de Saúde Mental
Maria Lúcia Maranhão Bezerra
Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente
Luci Yara Pfeiffer
Departamento de Suporte Nutricional
Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso
Departamento de Terapia Intensiva
Sandra Lange Zaponi Melek

Referência em Genética
Salmo Raskin
Referência em Hemato-Oncologia
Leniza Costa Lima
Referência em Oftalmologia
Ana Tereza Moreira
Referência em Ortopedia
Edilson Forlin
Referência em Otorrinolaringologia
João Gilberto Sprote Mira
Referência em Reumatologia
Margarida de Fátima Fernandes Carvalho

Jornal Paranaense de Pediatria - Ano 09, número 04.
O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.
Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR
Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des.Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR
Http://www.spp.org.br e-mail: sppediatria@hotmail.com
Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Tel/fax: 41 3335-0199 www.fidellize.com.br Curitiba-PR

II Simpósio Internacional de Neonatologia e Neuroneonatologia

Curitiba - PR - 27 a 29 de Novembro de 2008

LOCAL: Universidade Positivo - Amfiteatro Bloco Azul

EDITORIAL

Os constantes e progressivos avanços tecnológicos nos diversos campos da medicina tem possibilitado um diagnóstico mais acurado e um atendimento mais adequado e preciso aos pacientes que deles se beneficiam. Na neonatologia, tais inovações tem contribuído de forma expressiva no cuidado aos recém-nascidos de alto risco e aos prematuros. Isto tem permitido de sobremaneira reduzir a morbi-mortalidade dos recém-natos que estão nascendo cada vez mais precocemente. No entanto, ao lado de toda esta tecnologia disponível aos neonatos, não menos importante é a formação e o constante aperfeiçoamento da equipe médica que lida com esta população de pequeninos tão vulneráveis. Este II Simpósio Internacional de Neonatologia e Neuro-neotalologia foi elaborado com o propósito de trazer especialistas de renome internacional, nacional e também colegas locais de alto nível acadêmico, que com o seu conhecimento e experiência certamente muito contribuirão para o enriquecimento e a troca de experiências aos participantes desse evento científico. Entre os diversos temas a serem abordados neste evento destacam-se: o manuseio e uso do oxigênio nos recém nascidos e prematuros, crises convulsivas e doenças neurometabólicas do período neonatal, a humanização no atendimento de recém-nascidos, neuroimagem e atendimento neurocirúrgico, diagnóstico, tratamento e nutrição dos recém-nascidos e prematuros, encefalopatia anóxico isquêmica. Portanto, convidamos a todos a tomarem parte deste evento e que possam desta forma somar novos conhecimentos e intercambiar suas experiências.

A todos desejamos as boas vindas.

Alfredo Löhr Jr
Presidente do Simpósio

Comissão Organizadora

Dr. Alfredo Löhr Jr. *Dra. Gislayne Souza Nieto* *Dr. Sérgio Antoniuk*

Realização

Sociedade Paranaense de Pediatria - Curitiba, 1934

Hospital Pequeno Príncipe - Serviço de Neuropediatria

CENEP - Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas

Apoio

Nestlé Nutrition
CETAC
Novartis
Genzyme
Farmalab Chiesi
Farmoterápica
Abbott
Livraria do Isidoro

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Quinta Feira – 27/11/2008

13:30 - 16:00 CURSO PRÉ SIMPÓSIO
AVALIAÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS DE IDADE
Coordenação: ***Márcia Regina M. Santos Valiati***

PARTE I

13:30 **Abertura**
Dr. Sérgio Antoniuk

13:50 **Prevenção e atenção precoce**
Dra. Maria Augusta Bolsanello

14:10 **Experiência: Mãe Curitibana**
Dra. Mara Lucia Ferreira Santos

14:30 **Experiência Centro de Neuropediatria do HC-UFPR**
Dr. Isac Bruck

14:50 **Perguntas**

15:20 - 15:40 **Intervalo**

PARTE II **O papel da Equipe Interdisciplinar na Intervenção Precoce**

15:40 **Terapeuta Ocupacional**
Márcia Regina M. Santos Valiati

16:00 **Fisioterapeuta**
Isamar V. de Carvalho

16:20 **Fonoaudióloga**
Aline M. Miron de Souza

16:40 **Neuropsicóloga**
Tatiane J.S. Riechi

17:00 **Práticas Educativas e Funcionamento Familiar**
Maria de Fátima Minetto

17:20 **Perguntas**

18:00 **Encerramento**

SIMPÓSIO

16:00 - 20:00 **Inscrições**

20:00 - 20:15 **Abertura**
Dr. Aristides Schier da Cruz
Dr. Alfredo Lohr Jr
Dra. Gislayne de Nieto

20:15 - 21:00 **Repercursões das Práticas Cínicas na UTI-Neonatal**
Dr. Paulo Margotto (Brasilia)

21:00 - 22:00 **Enfermidades Neurometabólicas do Recém-nascido**
Dr. Jaume Campistol (Espanha)
Coordenador: Dr. Sérgio Antoniuk

28/11/2008 – Sexta-feira

08:00 - 08:30 **Crises Convulsivas no Período Neonatal – Diagnóstico e Condutas**
Dr. Jaume Campistol (Espanha)
Coordenadora: Dra. Joseli do Rocio Maito de Lima

08:30 - 09:00 Debatedor 1: *Dr. Isac Bruck (Curitiba)*
Debatedor 2: *Dr. Mitsuro Miyaki (Curitiba)*

09:00 - 09:30 **Conduta nas Hemorragias Intracranianas**
Dr. Paulo Margotto (Brasilia)
Coordenadora: Dra. Rosangela Garbers

09:30 - 10:00 Debatedor 1: *Dr. Sergio Tadeu Martins Marba (Campinas)*
Debatedor 2: *Dra. Regina Vieira Cavalcanti Silva (Curitiba)*

10:00 - 10:20 **Intervalo**

10:20 - 10:50 **Conduta nas Malformações do Sistema Nervoso Central Intraútero**
Dr. Rafael Bruns (Curitiba)
Coordenador: Dr. Antonio Carlos de Farias

10:50 - 11:10 Debatedor 1: *Dr. Rui Pilotto (Curitiba)*
Debatedor 2: *Dr. Paulo Margotto (Brasilia)*

11:10 - 12:00 **Humanização no atendimento do RN**
Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba (Campinas)
Coordenador: Dr. Carlos Oldenburg Neto

12:00 - 13:30 **Intervalo**

13:30 - 14:20 **Avanços na Hipertensão Pulmonar**
Dr. Amed Solis (USA)
Coordenador: Dr. Antonio Carlos Bagatin

14:20 - 15:20 **Mesa Redonda – Diagnóstico e Conduta**
- **RN Hipotônico** – *Dr. Alfredo Löhr Jr (Curitiba)*
- **Casos Clínicos de RN Hipotônico que cursam com enfermidades Neurometabólicas** – *Dr. Mara Lucia S.Ferreira Santos(Curitiba)*
- **Coma no Período Neonatal** – *Dr. Antonio Carlos de Farias(Curitiba)*

Coordenadora: Dra. Lucia Helena Coutinho dos Santos

15:20 - 15:40 **Intervalo**

15:40 - 16:30 **Conferência – Impacto do Oxigênio nos Primeiros Minutos**
Dr. Amed Solis (USA)
Coordenador: Dr. Marcos Parolin Ceccatto

16:30 - 17:30 **Crises Convulsivas Refratárias em Período Neonatal e Lactentes**
Dr. Jaume Campistol (Espanha)
Coordenadora: Dra. Mara Lucia Ferreira Santos

17:30 - 18:30 **Apresentação de Posters**
Coordenador: Dr. Paulo Liberalesso

18:30 - 19:10 **Síndrome Hipóxico Isquêmico – Neuroproteção**
Dra. Izilda Rodrigues Machado Rosa (Campinas)
Coordenadora: Dra. Eliana K. Branco

19:10 - 19:50 **Conferência - O Bebê Enigmático mais que Sepsis**
Dr. Amed Solis (USA)
Coordenadora: Dra. Evanguelia A. Shwetz

29/11/2008 – Sábado

08:30 - 09:10 **Conferência - Neurocirurgia Neonatal**
Dr. Luiz Otavio Maddalozzo (Curitiba)
Coordenador: Dr. Alfredo Löhr Jr

09:10 - 10:10 **Mesa Redonda – Neonatologia**
- **Novos empregos do Surfactante** – *Dr. Milton H. Miyoshi (São Paulo)*
- **Broncodisplasia** – *Dr. Mitsuro Miyaki (Curitiba)*
- **Oxigenação Ótima no período Neonatal** – *Dr. Milton H. Miyoshi (São Paulo)*

Coordenadora: Dra. Gislayne de Souza Nieto

10:10 - 10:30 **Intervalo**

10:30 - 11:10 **Crises convulsivas neonatais e do Lactente – uso de novas drogas**
Dr. Sérgio Antoniuk (Curitiba)
Coordenador: Dr. Isac Bruck

11:10 - 11:50 **Mesa Redonda – Neuro Imagem**
- **RMN – Intraútero** – *Dra. Tatiana Fazecas (Rio de Janeiro)*
- **TAC – Neonatal** – *Dra. Dolores Bustelo (Curitiba)*
- ***Ecografia Neonatal*** – *Dra. Ângela Bertoldi (Curitiba)*

Coordenador: Dr. Guilherme Augusto Bertoldi

11:50 - 12:50 **Mesa Redonda – Condutas no Recém-nascido Prematuro**
- **Ventilação no Prematuro** – *Dr. Paulo Margotto (Brasilia)*
- **Infecção no Prematuro** – *Dr. Fabio de Araujo Motta (Curitiba)*
- **Nutrição do Prematuro** – *Dra. Vanessa W. Liberalesso (Curitiba)*

Coordenador: Dr. Wilmar Guimarães

13:30 - 13:50 **Novas Fronteiras nos Cuidados do RN**
Dr. Amed Solis (USA)
Coordenador: Dr. Sérgio Antoniuk

13:50 **Encerramento**

Po 01 - A importância do programa de triagem neonatal e do aconselhamento genético para as equipes de enfermagem

Joslaine Flávia de Lima, Silviane de Souza Galvan, Adriana Zilly

A preocupação com a Triagem Neonatal (TN) começou na década de 20, mas no Brasil essa prevenção de doenças congênitas ganhou importância na década de 70. Sendo a equipe de enfermagem que mais está em contato com os pacientes, nota-se que há uma responsabilidade maior destes para o repasse de informação à família e a correta realização da técnica de coleta junto ao recém-nascido. Em 2001, o Ministério da Saúde implantou leis e normas que regem a TN, como também implantou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), tornando-se então um procedimento gratuito e obrigatório. Estabeleceram-se ainda as doenças que seriam triadas e o nível de atendimento que os estados do país deveriam oferecer para a população. O Aconselhamento Genético (AG) também é uma atividade a ser valorizada e enfatizada pelos enfermeiros, pois, se fosse realizado um rastreamento genético mais apurado, os números de incidência de doenças congênitas diminuiria. O objetivo principal foi avaliar e analisar o nível de conhecimento das equipes de enfermagem sobre a TN, além de verificar o nível de informação que o enfermeiro tem sobre o AG. Essa avaliação foi realizada, por meio de um questionário de múltipla escolha, com todas as equipes de enfermagem das Unidades de Saúde da Família (totalizando 62 profissionais, sendo que 25 recusaram-se a participar) do município de Foz do Iguaçu, no período de abril a outubro de 2008. O questionário foi formulado de acordo com as recomendações do Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN do Ministério da Saúde, 2002. Os resultados, em sua maioria, foram positivos para a metodologia de coleta (87% de acertos), porém houve algumas questões, onde os entrevistados demonstraram dúvidas, por exemplo, definir qual a melhor ação a ser realizada quando há escassez de sangue. Quanto às perguntas direcionadas ao AG e prevenção de malformações congênitas, as dificuldades foram maiores por parte dos enfermeiros entrevistados, embora o índice de acertos tenha sido de 70% para a maior parte das questões. Pode-se notar que, a maioria das respostas assinaladas de forma errônea foram provenientes dos enfermeiros, quando comparadas às respostas dos outros profissionais envolvidos. O que demonstra claramente que é o auxiliar e o técnico em enfermagem que realizam periodicamente a coleta para o teste do pezinho, não tendo o enfermeiro uma boa prática dessa técnica. Os participantes admitem não ter um preparo adequado para informar as famílias quanto ao teste do pezinho e no fornecimento de orientações gerais de AG, comprometendo assim o diagnóstico de doenças genéticas graves e o devido acompanhamento que deveria ser oferecido às famílias do neonato.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Foz do Iguaçu - PR.

Po 02 - Adaptação e validação das escalas NFCS e NIPS para avaliação da percepção de dor em bebês prematuros sob efeito de sedo-analgesia

Petter Ricardo de Oliveira (1), Rosana Maria Tristão (2), Jacob Arie Laros (3)

Introdução

Prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são submetidos a um grande número de procedimentos dolorosos diariamente ficando sob controle de medidas analgésicas e sedativas para o controle da dor. A estimulação repetitiva nas fases mais precoces do cérebro em desenvolvimento pode causar alterações morfológicas e funcionais no processamento, armazenamento e modulação da nocicepção em nível neuronal a curto, médio e longo prazo.

Objetivos

O presente estudo objetivou testar a validade de escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos de avaliação de dor neonatal em bebês prematuros com e sem sedo-analgesia; e comparar a avaliação feita pelas escalas e pelos profissionais da UTIN.

Método

Participaram deste estudo 28 bebês prematuros filmados durante os procedimentos invasivos de punção arterial e venosa periférica. Dos 66 procedimentos realizados, em 17 os bebês estavam sob efeito de sedo-analgesia. Para avaliar as respostas de dor foi utilizado o Sistema de Codificação Facial Neonatal (NFCS) a Escala de Dor Neonatal (NIPS) e a Escala Visual Analógica (VAS) antes, durante e depois dos procedimentos de punção venosa e arterial periférica, além da Freqüência Cardíaca (FC) e Saturação de Oxigênio ($SatO_2$) como indicadores fisiológicos.

Resultados

Os valores de alfa de Cronbach das escalas foram todos acima de 0,80 em todos os procedimentos realizados e nos grupos com e sem sedo-analgesia. Na análise fatorial, a média das cargas fatoriais foi: NFCS = 0,80 e NIPS = 0,74. Foram encontradas correlações fortes entre NFCS e NIPS para os três períodos ($r = 0,82$; 0,73 e 0,73, $p < 0,01$) e entre estas e a escala VAS ($r = 0,71$ e 0,74, $p < 0,01$). A freqüência cardíaca e a saturação de oxigênio apresentaram o mesmo padrão de respostas em ambos os grupos com e sem sedo-analgesia, através do aumento da FC e redução da $SatO_2$ no período "durante" do procedimento.

Conclusão

O presente trabalho indica a utilidade das escalas comportamentais NFCS e NIPS adaptadas para os bebês prematuros e dos indicadores fisiológicos FC e $SatO_2$ para avaliação da dor em neonatos pré-termo internados em UTIN mesmo estando sob efeito de sedo-analgesia.

1. Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília (UnB), DF. 2. Faculdade de Medicina, Área de Medicina da Criança e do Adolescente, Universidade de Brasília (UnB), 3. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB).

Po 03 - Adiponecrose Neonatal

Éden Sartor Camargo, Fernando Krobel Filho, José Alfonso Monestel Montoya, ***Larissa Alessandra Mehl****, Vanessa Priscilla Wiesner*

Introdução

A Adiponecrose Neonatal é uma doença benigna do tecido celular subcutâneo, rara, que ocorre nas primeiras semanas de vida e pode estar associada com complicações no parto ou doenças graves. As manifestações clínicas são típicas, com resolução espontânea das lesões, geralmente sem seqüelas.

Objetivo

Relatar um caso de Adiponecrose Neonatal por ser uma enfermidade rara.

Relato de caso

RN a termo, 25 dias, sexo feminino, hígida, encaminhada ao PS do Hospital Infantil Pequeno Anjo – Itajaí (SC), aos 15 dias de vida por apresentar placas eritematosas, de consistência lenhosa, limites nítidos, sem flutuação ou drenagem de substância, com discreto choro à palpação das lesões, localizadas em dorso e braços. A mãe relata ser esta a 4ª gestação com pré-natal normal, sem intercorrências. Anti – HIV: negativo. I.G.: 39 semanas e 4 dias, trabalho de parto espontâneo, parto normal, sem complicações, sem uso de fórceps. Foram realizados exames: hemograma com discreta linfocitose; cálcio sérico na 4ª e 16ª semanas normais; 1,25 dihidroxi vitamina D: 88,1 pg/ml (20-76 pg/ml); estudo radiológico de membros superiores normal. Realizada biópsia de pele (braço direito), com anátomo-patológico mostrando: tecido adiposo subcutâneo sitiado por processo inflamatório granulomatoso e presença de macrófagos multinucleados, muitos com inclusão de cristais com disposição radiada, confirmando o diagnóstico de Adiponecrose Neonatal. Foi prescrito antiinflamatório (diclofenaco potássico) e orientados os pais quanto à benignidade da doença, controle de temperatura e observação das lesões. Com 10 dias de acompanhamento e uso de diclofenaco, ocorreu regressão parcial das lesões. Houve regressão total na 16ª semana de vida, porém mais lenta que com o uso de diclofenaco. Paciente sem outras ocorrências, com crescimento e desenvolvimento normais para a faixa etária.

Conclusão

A adiponecrose neonatal apresenta lesões de pele típicas, como as apresentadas no caso em questão, confirmando-se o diagnóstico através do anátomo-patológico. A hipercalcemia é uma de suas complicações, devendo ser investigada até a 16ª semana de vida. Apesar da resolução espontânea, a paciente do caso apresentou regressão mais rápida com o uso de diclofenaco potássico.

Fig. 1. Placas eritematosas, de consistência lenhosa, limites nítidos, sem flutuação ou drenagem de substância, localizadas em dorso e braços.

Po 04 - Administração enteral de insulina na tolerância alimentar em recém-nascidos prematuros

Fabiano Steil da Silva*, Mitsuru Miyaki, Regina Guimarães Vieira Cavalcanti da Silva*

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas - UFPR. Curitiba - PR

Introdução

A alimentação do prematuro é um tópico importante na neonatologia, devido às questões relacionadas à imaturidade do sistema gastrintestinal. Episódios de intolerância alimentar são freqüentes e limitam muitas vezes a progressão da dieta, necessitando de nutrição parenteral prolongada, com maiores riscos de infecção e colestase. Estudos em modelos animais têm demonstrado que o leite materno contém inúmeros fatores que podem auxiliar no desenvolvimento do trato gastrintestinal imaturo, e dentre estes, a insulina parece ter importante papel.

Objetivos

A) determinar se a administração enteral de insulina a prematuros com peso de nascimento = 1.500 g, auxilia no desenvolvimento do trato gastrintestinal e reduz a intolerância alimentar, propiciando atingir a alimentação enteral plena mais precoce, com melhor curva ponderal e menor incidência de sepse nosocomial, quando comparados ao grupo placebo. B) avaliar se a administração enteral de insulina a prematuros de muito baixo peso é segura e não interfe na concentração de glicose sérica.

Métodos

O estudo foi prospectivo, longitudinal, tipo caso-controle, randomizado simples e duplo-cego, desenvolvido na UTI Neonatal do HC-UFPR, no período de 01 de dezembro de 2006 até 31 de agosto de 2007. Constituiu a amostra 50 recém-nascidos (RN), com média de idade gestacional de 30,3 ± 2,1 semanas e de peso de nascimento de 1151,5 ± 219,9 g. Destes, 25 (50,0%) eram do sexo masculino. Os RN foram divididos, de forma aleatória e sob duplo-cego, em grupo placebo, constituído por 27 RN (54,0%), e grupo insulina, constituído por 23 RN (46,0%) que recebeu 1 U/kg de Insulina Regular Humana, por via enteral, a cada 6 horas. Os grupos foram semelhantes quanto às caracte-

rísticas maternas, antecedentes perinatais, idade gestacional e dados antropométricos ao nascimento, doenças e intercorrências clínicas durante o internamento.

Conclusão

Quando comparadas as progressões alimentares, o grupo insulina não apresentou melhora da progressão da dieta e não atingiu a alimentação enteral plena mais precoce. Da mesma maneira, não foram observadas diferenças em relação à intolerância alimentar (resíduo gástrico significativo, distensão abdominal ou vômitos) e necessidade de interrupção da dieta entre os grupos. Tanto o tempo de nutrição parenteral, ocorrência de colestase e hiperlipidemia, quanto as incidências de sepse nosocomial e de enterocolite necrosante, não foram modificadas pela administração enteral de insulina. Não foram observadas diferenças nas medidas antropométricas durante o internamento e alta, e na curva ponderal. Não foi observada diferença significativa nas glicemias entre os grupos e nenhum RN prematuro que recebeu insulina enteral apresentou hipoglicemia.

Po 05 - As equipes de enfermagem frente às malformações congênitas

***Silviane de Souza Galvan**, Joslaine Flávia de Lima, Adriana Zilly*

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Foz do Iguaçu

A informação genética é cada vez mais importante no cuidado em saúde, independente do nível de atenção. Os profissionais de enfermagem, por manterem contato freqüente com o paciente, passam a ter uma grande responsabilidade no cuidado e assistência à população, tornando-se necessário incluir conhecimentos genéticos na assistência prestada. Estando bem preparados para identificar as deformidades congênitas, é possível conduzir eficientemente a investigação inicial e estabelecer a implantação de ações preventivas reconhecendo os fatores de riscos genéticos. O objetivo foi traçar o perfil de atendimento das equipes de enfermagem, nas Unidades de Saúde da Família, identificando o nível de conhecimento e percepção nas malformações genéticas e os exames utilizados para este tipo de diagnóstico. O estudo foi realizado por abordagem quantitativa, no município de Foz do Iguaçu/PR, no período de abril a outubro de 2008. A amostra foi composta de 62 funcionários, sendo que 15 não participaram. Cada questionário tinha 10 questões de múltipla-escolha, sobre as definições de termos e exames para malformações genéticas, construído a partir de dados de 2005, Foz do Iguaçu - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. A maioria destes profissionais (93%) assinalou não possuir noções sobre a consulta de genética. Ao relacionar corretamente os problemas de malformações do Aparelho Osteomuscular, Aparelho Circulatório, Sistema Nervoso e Deformidade dos Membros, houve 63% de acertos. Ficando evidente que os acertos são relativos aos problemas de maior incidência. Avaliou-se também a finalidade dos exames comumente solicitados nos casos em que há suspeita de malformações genéticas e se os mesmos eram invasivos. Os exames, que as equipes tinham mais claramente definidos, foram Cariograma, Cordocentese e Aminiocentese. O participante deveria ainda reconhecer dentre os exames Ultra-som Morfológico, Ecocardiografia Fetal, Doppler colorido, Cariograma, Cordocentese e Amniocentese, quais eram invasivos e poderiam provocar aborto. Apenas 33% dos profissionais acertaram essa questão. Analisando-se isoladamente os enfermeiros, 60% destes acertaram a questão. O nível de conhecimento, das equipes de enfermagem entrevistadas, referentes às malformações genéticas não foi complemente satisfatório, pois questões básicas do cotidiano da consulta de enfermagem não foram corretamente respondidas. Os princípios do aconselhamento genético também não estão sendo oferecidos da melhor forma possível, pois houve deficiência na definição de algumas malformações e também na indicação da finalidade dos principais exames relacionados ao diagnóstico de problemas genéticos, mesmo considerando que só o enfermeiro, dentre a equipe entrevistada, é o profissional apto para realizar a consulta genética.

Po 06 - Atendimento pré-natal às mães com diagnóstico de malformação fetal congênita - Proposta de atendimento multidisciplinar

Letícia Corrêa da Silva

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR)

Introdução

Com o avanço da medicina fetal há um crescente número de diagnóstico pré-natal de malformação fetal (MF). As MF congênitas mais frequentes são cardíacas, do sistema nervoso e da parede abdominal. Após um diagnóstico de MF congênita há uma necessidade de encaminhar a gestante para um serviço de atendimento terciário especializado que visa fornecer acolhimento e informação, fazer o planejamento da via de parto mais adequada, programar intervenção cirúrgica e organizar o atendimento da equipe pediátrica da unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal.

Objetivo

Descrever o perfil das mães e avaliar o atendimento do pré-natal multidisciplinar realizado no HC- UFPR às mães com diagnóstico de MF do período de abril 2007 a junho de 2008.

Método

Após aprovação pelo comitê de ética foi realizado estudo retrospectivo utilizando entrevista individual com questionário com as gestantes do ambulatório MF.

Resultados

84 mães frequentaram o ambulatório de MF e 37 foram entrevistadas. Quanto ao perfil das mães observou-se que a idade média foi de 25,8 anos, e variou de 16 a 42 anos. O número de filhos vivos variou de 1 a 6. Cinco das mães já haviam tido problemas em outra gestação e 16 apresentavam doença durante a última gestação. Na avaliação do atendimento no ambulatório de MF das 37 entrevistadas, 17 referem ter entendido o diagnóstico fetal, 11 tiveram algum entendimento, 5 entenderam bem e 4 não entenderam. Durante o atendimento os sentimentos vivenciados pelas mães (37) foram: tristeza (33), esperança (27), ansiedade (20), medo (11), culpa (10), desespero (6) e nenhuma mãe sentiu raiva. Das 20 mães que visitaram a UTI neonatal durante o pré-natal 9 ficaram mais tranquilas, 9 ficaram mais preocupadas e para 2 não influenciou. Das 37 mães 32 sentiram que teriam apoio da equipe de saúde durante o

internamento. Os sentimentos apos internação das mães (37) foram: esperança (22), depressão (8), tranquilidade e bem-estar (6), ansiedade e medo (4), tristeza (4), arrependimento (1), aceitação (1), felicidade (1). As principais sugestões das mães foram: presença do pediatra e do cirurgião no atendimento pré-natal para informação e familiarização, ilustrações das MF, apoio psicológico por toda a equipe e encaminhamento mais precoce para o centro terciário.

Conclusão

O atendimento multidisciplinar com obstetra, pediatra, cirurgião pediátrico e psicólogo no pré-natal das mães com diagnóstico de MF congênita se mostrou efetivo no acolhimento, no fornecimento de informação e apoio psicológico dado pela equipe de saúde.

Po 07 - Atresias jejuno-ileais múltiplas

Éden Sartor Camargo, Fernando Krobel Filho, José Alfonso Monestel Montoya, ***Larissa Alessandra Mehl****, Vanessa Priscilla Wiesner*

Introdução

A atresia de jejuno proximal é uma causa comum de obstrução intestinal em recém-nascidos, mas a associação com múltiplas atresias é rara. A demora diagnóstica devido à ausência de clínica específica ocasiona maior morbi-mortalidade. A técnica cirúrgica de múltiplas anastomoses parece ser a mais apropriada em obstruções intestinais múltiplas.

Objetivo

Relatar um caso de atresias jejuno-ileais múltiplas.

Relato de caso

Recém-nascido, segundo dia de vida, encaminhado ao Hospital Infantil Pequeno Anjo – Itajaí (SC), apresentando vômitos biliares, recusa ao leite materno e ausência de eliminação de mecônio. Gestação sem intercorrências, a termo, com história de polidrâmnio e aspiração de grande quantidade de secreção gástrica (SIC). No 1º dia de internação, mesmo após uso de antiemético, manteve vômitos. No 3º dia, apresentou piora do estado geral, desidratação e distensão abdominal, ainda sem eliminação de mecônio. Ao raio-X simples de abdome, presença de "tripla bolha" e ausência de ar em intestino grosso e reto, com o diagnóstico de atresia de jejuno proximal. Encaminhado à cirurgia, onde se visualizou dilatação de jejuno proximal e 7 atresias jejuno-ileais, a primeira à 8 cm do ângulo de Treitz. Foram realizadas ressecção e anastomoses término-terminais. Na primeira, modelagem da alça pela técnica de De'loremier, devido a dilatação do jejuno proximal. O diagnóstico pós-operatório foi atresia jejuno-ileal múltipla. No 12º dia pós-operatório houve deiscência de sutura em duas anastomoses, necessitando de reintervenção cirúrgica. Teve alta hospitalar após 14 dias com melhora clínica.

Discussão

Os sintomas mais comuns descritos na literatura foram também os do paciente. O diagnóstico precoce é importante para intervenção cirúrgica precoce. O raio-X simples de abdome é um método rápido e simples, utilizado para a confirmação diagnóstica deste caso, com o sinal da "tripla-bolha". Apesar do uso de múltiplas anastomoses, método de correção cirúrgica utilizada, apresentar maior chance de deiscência, é de fundamental importância para evitar a síndrome do intestino curto, comum quando realizada ressecção total e anastomose.

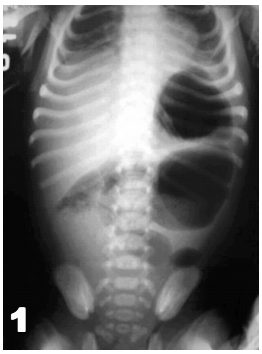

Fig. 1. Presença de "tripla bolha" e ausência de ar em intestino grosso e reto.
Fig. 2. Dilatação de jejuno proximal e 7 atresias jejuno-ileais, sendo a primeira localizada a 8 cm do ângulo de Treitz.

Po 08 - Diagnóstico pré-natal da Síndrome de Gorlin-Goltz, por Translucência Nucal Aumentada, na ausência de história familial

Tammy Vernalha Rocha*, Ingrid Herta Rotstein, Alfred Krawiec, Salmo Raskin, Rafael Frederico Bruns*
IDEPI - Diagnósticos por Imagem – Curitiba PR
Genetika - Centro de Aconselhamento e Laboratório de Genética – Curitiba PR
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Palavras-chave: Síndrome de Gorlin-Goltz, Translucência Nucal, Ultra-Sonografia

Introdução

Relato do primeiro caso de diagnóstico da Síndrome de Gorlin-Goltz (SGG) identificada por meio de translucência nucal (TN) aumentada. A SGG é uma condição hereditária autossômica dominante com prevalência estimada de 1:60.000 habitantes. A tríade clássica que caracteriza o diagnóstico consiste em múltiplos carcinomas de células basais, queratocistos odontogênicos e alterações ósseas. Descrição do caso: Primigesta de 22 anos com 13 semanas e 1 dia foi encaminhada para unidade de medicina fetal para realização de biópsia de vilosidades coriônicas devido ao achado de TN aumentada (7,1 mm). Ambos pais eram saudáveis e não apresentavam estigmas de doenças genéticas. O estudo citogenético evidenciou uma deleção intersticial do cromossomo 9q22–q32, compatível com o diagnóstico da SGG. Exames ultra-sonográficos seqüenciais demonstraram: (1) espessamento da prega nucal (7,0 mm), (2) presença de foco hiperecogênico em ventrículo esquerdo (Golf-Ball), (3) micrognatia, (4) defeito vertebral em região cérvico-torácica, (5) hipotelorismo e (6) hipoplasia do osso nasal. Houve perda de

seguimento do caso por volta da 23ª semana de gestação. Discussão: Apesar da existência na literatura de cerca de 6 casos de diagnóstico pré-natal da SGG, este é o primeiro a ser diagnosticado no primeiro trimestre com base em TN aumentada. Os casos anteriormente descritos na literatura foram diagnosticados devido à história familial da síndrome associada a alterações estruturais morfológicas de segundo trimestre.

Conclusão

A importância deste relato reside no achado de que uma alteração ultra-sonográfica precoce, como a TN aumentada, pode ser um marcador para esta síndrome, mesmo nas famílias onde não existe histórico de afetados. Além disso, discute-se a inclusão da SGG na gama de diagnósticos diferenciais relacionados à TN alterada.

Po 09 - Diagnóstico pré-natal da Síndrome de Noonan por análise de DNA

*Rafael Frederico Bruns, **Ingrid Herta Rotstein**, Tammy Vernalha Rocha Almeida, Salmo Raskin, Tuleski RNSB*
Instituto de Diagnósticos por Imagem (IDEPI) - Curitiba/PR
Centro de Aconselhamento e Laboratório de Genética (Genetika) - Curitiba/PR
Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba/PR

Palavras-chave: Síndrome de Noonan, Translucência Nucal, Ultra-Sonografia

Introdução

Síndrome de Noonan (SN) é uma desordem genética decorrente de mutações esporádicas ou de herança autossômica dominante. Em aproximadamente 50% dos casos o gene alterado é o PTPN11. Sua prevalência é estimada entre 1:1000 e 1:2000 nascidos vivos, podendo acometer ambos os sexos. O diagnóstico pré-natal é considerado difícil devido a seus achados inespecíficos e variáveis ao ultra-som.

Objetivo

Estabelecer a SN como diagnóstico diferencial em feto com cariótipo normal e higroma cístico visto ao ultra-som. Descrição do caso: Gestante de 30 anos encaminhada para realização de biópsia de vilosidades coriônicas devido à presença de translucência nucal aumentada (12mm, com aspecto de higroma cístico). A análise cromossômica revelou um cariótipo feminino normal (46, XX). Um novo estudo ultra-sonográfico realizado com 15 semanas revelou a presença de importante edema de subcutâneo, medindo a prega nucal 19 mm, e ainda importante derrame pleural bilateral e ascite. A sorologia para infecções fetais e a pesquisa de anticorpos irregulares eram negativas. Um estudo ecocardiográfico fetal com 20 semanas não identificou alterações anatômicas do coração, permanecendo, entretanto, o quadro de hidropsia. Neste momento foi realizada uma amniocentese para coleta de material para análise de DNA que foi positiva para mutação do gene PTPN11. Na 25ª semana de gestação ocorreu o óbito fetal, sendo então induzido o parto.

Conclusão

Apesar do teste para SN não ser rotina para fetos hidrópicos, ele deve ser oferecido para pacientes em que sinais da síndrome são evidenciados. Em nosso caso consideramos a presença de higroma cístico com cariótipo normal e derrame pleural massivo de origem extra-cardíaca, sugestivo de linfangectasia, um importante sinal de SN.

Po 10 - Fatores de risco para sepse precoce em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em hospital terciário

*Antônio Carlos Bagatin, Carlos Baltar, **Franciele Frassini**, Marco Antônio Gaspar Costa, Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva.*
Hospital de Clínicas Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Paraná

Introdução

As maiores causas de parto prematuro nas maternidades são a ruptura prematura de membranas amnióticas e o trabalho de parto prematuro sem causa, sendo estes os principais fatores de risco para sepse neonatal precoce. A sepse é uma das principais causas de óbito em prematuros, principalmente aqueles com extremo baixo peso (peso de nascimento abaixo de 1000g), esse grupo freqüentemente recebe antibioticoterapia empírica logo após o nascimento. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC – UFPR) diferencia-se das demais maternidades por ser responsável pelas gestações de alto risco do estado do Paraná, tendo como mais da metade das indicações de interrupção prematura de gestação sofrimento fetal ou indicação materna.

Objetivos

Avaliar os fatores de risco de sepse precoce e a necessidade do uso rotineiro de antibioticoterapia empírica em recém-nascidos de extremo baixo peso (RNEBP) nascidos na UTI-Neonatal do HC – UFPR.

Métodos

estudo retrospectivo longitudinal pela análise dos prontuários maternos e dos recém-nascidos prematuros com extremo baixo peso nascidos no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2007. Foram incluídos no estudo 97 recém-nascidos que foram divididos em grupos de alto e baixo risco para sepse precoce.

Resultados

No grupo de baixo risco ficaram 53 RNEBP e 44 no grupo de alto risco para sepse precoce. As causas mais freqüentes de indicação de parto prematuro foram: parto devido causas maternas não infecciosas ou fetais corresponderam a 62,8% dos partos prematuros. Ruptura prematura de membranas ou trabalho de parto prematuro foram responsáveis por 29,9% dos partos prematuros. Os fatores de risco encontrados foram: idade materna menor de 25 anos ($p < 0,01$), ruptura prematura de membranas, realização de pré-natal ($p < 0, 001$), menor idade gestacional ($p < 0, 001$), acidose metabólicas nas primeiras 72 horas após o nascimento ($p=0,036$). No grupo de alto risco,

68,18% dos RNEBP apresentaram sepse clínica e 52,27% foram a óbito. No grupo de baixo risco, 50,94% apresentaram sepse clínica e 18,87% foram a óbito.

Conclusão

Devido à dificuldade no diagnóstico de sepse em RNRBP e da elevada taxa de óbitos mesmo no grupo de baixo risco, a não utilização de antibioticoterapia empírica de rotina neste grupo de pacientes tem pouco respaldo em evidências científicas. Estudos com desenho mais apropriado poderão ajudar a identificar dados que permitam afastar sepse precoce, neste grupo de pacientes, reduzindo o uso de antibióticos e as suas complicações.

Po 11 - Implantação do Método Mãe Canguru

***Catia Rejane S. Soares**, Beatriz Alban, Daniel Turik Chazan, Sílvia Raquel M. Magdaleno, Maristela França.*
Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS

Introdução

O Método Mãe Canguru é um projeto social no qual estão inseridas as ações de "Humanização na Assistência aos Recém Nascidos de Risco". O lançamento da norma "Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (RNBP) – Método Mãe Canguru", do Ministério da Saúde, assim como o processo de capacitação de instrutores e organizadores, são metas do Hospital da Criança Conceição, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, legitimando-o como centro de referência e fortalecendo as propostas de humanização na área neonatal.

Objetivo

Mudança de atitude no cuidado do RNBP com necessidade de hospitalização, de sua família, não sendo substitutivo das Unidades de Terapia Intensiva, nem objetiva economizar recursos humanos ou técnicos, mas aprimorar a atenção perinatal. Realização de treinamento para capacitar toda a equipe da UTI Neonatal na realização do Método Mãe Canguru.

Método

Realização em 2008 de capacitação sobre o Método Mãe Canguru através de abordagem teórica e prática, em duas etapas: treinamento para um grupo inicial representando 25% dos profissionais da unidade e, após, para o restante do grupo da UTI Neonatal.

Resultados

O Serviço de Neonatologia do Hospital da Criança Conceição conta com Unidade de Tratamento Intensivo com 30 leitos e Unidade de Cuidados Intermediários com 22 leitos. Seis leitos são reservados para o Método Canguru. A equipe é formada de 150 profissionais da área médica, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, além da residência média e residência integrada em saúde. Quarenta profissionais do Hospital da Criança Conceição realizaram o curso de Capacitação do Método Mãe Canguru, num total de 24 horas, visando capacitação de toda a equipe e implantação do Método Mãe Canguru. Após, o curso foi apresentado por participantes da capacitação a toda equipe de profissionais da UTI Neonatal abordando a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso.

Conclusão

A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente a uma mudança de atitude no manuseio do recém nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização e da atitude de sua família. O método descrito não é um substitutivo das unidades de Terapia Intensiva, nem da utilização de incubadoras, já que essas situações têm suas indicações bem estabelecidas. O Método Mãe Canguru, definido como assistência humanizada ao recém nascido de baixo peso, estimula o contato pele a pele entre a mãe e o seu bebê, permite uma maior participação dos pais, aumenta o índice de aleitamento materno e ganho de peso, reduz o tempo de hospitalização, diminui o índice de infecção e melhora o desenvolvimento social.

Po 12 - MORBI - Mortalidade em recém-nascidos de extremo baixo peso - Análise dos RN ≤ 1.000g admitidos na UTI Neonatal do HC-UFPR (2205 e 2006)

***Camila Brighente Bertholdo**, Regina Cavalcante da Silva , Mitsuro Miyaki*
Universidade Federal do Paraná

Palavras chave: Recém-nascido prematuro de extremo baixo peso, mortalidade, morbidade, HPIV, ROP, DBP.

Introdução

A Perinatologia mudou drasticamente no decorrer dos últimos 40 anos, avanços na tecnologia e no conhecimento médico trouxeram grandes benefícios nos cuidados desta população. Contudo, foi somente na década de 90, que se observou um grande impacto no que diz respeito ao aumento da sobrevida e na redução dos limites de viabilidade [1]. Inúmeros estudos evidenciaram uma importante redução da mortalidade de RN prematuros de extremo baixo peso e os meios de comunicação têm destacado a sobrevivência cada vez mais freqüente de recém nascidos com peso inferior a 1000 g, e até mesmo 500 g. Contudo há ainda muitas duvidas quanto ao limite de viabilidade no período neonatal e a possibilidade de seqüelas. Com o intuito de responder a esses questionamentos na UTI Neonatal do Hospital de Clínicas da UFPR foram analisados os casos dos RN de extremo baixo peso entre os anos de 2005 e 2006.

Objetivo

Comparar dados relativos à morbi-mortalidade dos recém-nascidos prematuros extremos atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas (HC)- UFPR, nos anos de 2005 a 2006 (Período II) com os encontrados nos anos de 2000 a 2002 (Período I).

Métodos

Estudo retrospectivo, cuja população teve como critérios de

inclusão nascidos vivos com peso de nascimento inferior ou igual a 1000 gramas. Constituíram critérios de exclusão para análise da morbi-mortalidade malformações graves, incompatíveis com a vida (anencefalia, hipoplasia pulmonar e síndromes genéticas (Síndrome de Edwards) ;óbito nas primeiras 24h de vida; e os transferidos para outros Serviços.As variáveis estudadas foram: freqüência e número de consultas de pré-natal, causa da prematuridade, uso de corticóide antenatal, tipo de parto, reanimação na sala de parto, evolução durante internação na UTI (uso de surfactante, tipo de suporte ventilatório, freqüência de sepse, de persistência do canal arterial com indicação de tratamento, de hemorragia peri-intraventricular -graus III e IV, de retinopatia da prematuridade com necessidade de cirurgia e de displasia broncopulmonar) e mortalidade.

Resultados

No Período I foram estudados 40 pacientes e no Período II, 76 recém-nascidos. Observou-se no Período II, quando comparado ao Período I, uma média menor da idade gestacional (26,9 $\pm$ 2,4 versus 27,9 +); uma maior freqüência de uso de corticóide antenatal (86,7% versus 62,5%); uma maior frequência de intubação traqueal (27,5% versus 50,7%) e de massagem cardíaca (7,5 % versus 33,3%) na sala de parto; uma menor freqüência de óbitos precoces (50% versus 13,9%) e uma tendência à redução da mortalidade hospitalar (43,0% versus 50,0%, p = 0,06). Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à freqüência de sepse, de persistência do canal arterial com indicação de tratamento, de hemorragia peri-intraventricular graus III e IV e de retinopatia da prematuridade com indicação de cirurgia.

Conclusão

Os avanços na perinatologia têm possibilitado uma redução significativa na mortalidade dos recém-nascidos de extremo baixo peso. Contudo, as taxas de mortalidade apresentam grande variabilidade quando comparados diferentes serviços, locais e países. No HC/UFPR foi constatado uma sobrevida maior, quando o peso de nascimento foi acima de 770 g e a idade gestacional maior do que 25 semanas. Apesar do aparente maior investimento e de condutas mais agressivas por ocasião do nascimento de um prematuro extremo, os benefícios desta prática são relativamente discretos, quando se analisam os resultados no momento da alta hospitalar.

Po 13 - O papel do fonoaudiólogo na amamentação de bebês pré-termos: o restabelecimento da ruptura da relação do vínculo mãe-bebê

Christiane de Bastos Delfrate

O aleitamento materno é um tema muito discutido atualmente, principalmente quando se refere a casos de bebês prematuros. Estes encontram inúmeras dificuldades não somente na hora da sucção, mas, infinitos obstáculos para simplesmente sobreviver. Devemos então entender o papel da amamentação não somente como transmissão de nutrientes, mas, como promoção da saúde e prevenção de doenças.

O papel do fonoaudiólogo na UTI neonatal, junto a recém-nascidos pré-termo ainda é recente. Porém, muito relevante quando se percebe que este atua não apenas no aspecto nutricional, mas também no aspecto emocional e psicológico como um todo.

A presente pesquisa que tem como posto de observação uma abordagem discursiva de linguagem, analisa o processo de aleitamento materno, tendo como foco principal a relação mãe-bebê como constitutiva da amamentação e o papel da Fonoaudióloga, neste processo. Para isso, foram realizadas entrevistas abertas com cinco mães que estavam junto a seus bebês, na UTI neonatal. Como resultado da pesquisa pode-se concluir que o parto prematuro causa uma quebra abrupta no vínculo mãe-bebê, e, a Fonoaudióloga na UTI neonatal, para estas mães e para a maioria que encontramos na prática hospitalar, tem um papel não apenas de terapeuta nutricional, mas de reapresentar este bebê a sua genitora e dessa forma fortalecer o vínculo, a relação da unidade mãe-bebê que foi interrompida devido ao parto precoce.

Fonoaudióloga – CRFa 8959. Mestre em Distúrbios da Comunicação - UTP. Doutoranda em lingüística - UFPR.

Po 14 - O processo de aleitamento materno em um grupo de neonatos pré-termo e o fonoaudiólogo

Christiane de Bastos Delfrate

Tendo em vista que apesar de a situação do fonoaudiólogo em UTI neonatal ainda ser restrita, é importante a atuação fonoaudiológica junto a esses bebês quando se observa que este trabalho pode auxiliar no desenvolvimento motor oral, psicológico e global. Esta pesquisa, que teve um caráter qualitativo, procura entender esse processo levando em conta a estória do bebê, as orientações dadas a mãe, a concepção da mãe em relação ao bebê, amamentação e fonoaudiologia. A presente pesquisa foi realizada em uma UTI neonatal com um grupo de mães de cinco bebês pré-termo. Foi então realizada uma análise qualitativa das entrevistas, tendo como metodologia de análise uma abordagem discursiva de linguagem. Como resultado da pesquisa pudemos observar que o fonoaudiólogo não tem apenas o papel de terapeuta no aspecto nutricional e assim promover o aleitamento materno, mas representa um papel simbólico na reconstrução da unidade mãe-bebê que nesse caso, está comprometida. As mães referem em seus discursos culpa, medo, e deixam evidentes que a prematuridade implica um corte abrupto nessa relação. Verificou-se que o fonoaudiólogo, nesse contexto, não tem apenas o papel do terapeuta no aspecto nutricional, com relação ao aleitamento materno, mas também possui um papel simbólico na reconstituição da unidade mãe-bebê que nestes casos, está comprometida. Com isso, conclui-se que a mãe de um bebê pré-termo vê a fonoaudióloga não apenas como auxiliadora na hora de se alimentar, mas como um apoio, uma segurança na reconstituição da unidade esperada mãe-bebê e perdida, simbolicamente, através do parto prematuro.

Fonoaudióloga – CRFa 8959 PR. Mestre em Distúrbios da Comunicação - UTP. Doutoranda em lingüística – UFPR.

Po 15 - Perfil da mortalidade em UTI neonatal terciária da Região Sul

Catia Rejane S. Soares, *Denise Senna, Daniel Turik Chazan, Sílvia Raquel M. Magdaleno, .*
Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS

Introdução

A assistência inadequada no pré-natal ainda é um dos principais fatores relacionados à mortalidade neonatal. A Linha de Cuidado Mãe–Bebê, dentro dos princípios da humanização e integralidade do atendimento, oferece desde o acompanhamento da gestante no pré-natal, assistência ao parto, Alojamento Conjunto, até seguimento ambulatorial após alta hospitalar nas unidades de saúde mais próximas. A análise dos óbitos faz parte da estratégia de melhoria do atendimento da população neonatal.

Objetivo

Relatar os dados de mortalidade da UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao Ministério da Saúde.

Método

Revisão dos casos de óbitos ocorridos durante o ano de 2007.

Resultados

Entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2007, ocorreram 9957 internações no Hospital da Criança Conceição (HCC), com 132 óbitos, correspondendo a 1,32% do total de pacientes internados, incluindo a mortalidade neonatal e infantil. A mortalidade neonatal representa 55,3% da mortalidade ocorrida no HCC, com 9,84% do total de óbitos em recém-nascidos com menos de 24 horas de vida. Os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) representam uma parcela significativa deste coeficiente e seu acompanhamento tem sido feito com a participação da UTI Neonatal do HCC na Rede Gaúcha de Neonatologia, pertencente à Sociedade de Pediatria do Rio Grande de Sul, que faz a vigilância epidemiológica destes pacientes, do nascimento a alta hospitalar ou óbito. Além disso, possuímos o título de Hospital Amigo da Criança, com incentivo continuado ao aleitamento materno, o Projeto Mãe- Canguru encontra-se em fase de implantação. O Ambulatório Desenvolver faz acompanhamento dos pacientes egressos da UTI Neonatal, com avaliações periódicas de uma equipe multidisciplinar. A mortalidade da UTIN foi 97 óbitos/ 5455 nascimentos correspondendo a 1,78%. Das 630 internações correspondeu a 15,3%. Em RNMBP ocorreram 194 internações: 194 RNMBP/630 internações = 30,79%; 81 óbitos/194 RNMBP = 41,8%. De acordo com o peso ao nascer (PN): PN até 749g = 37 óbitos/41; RN com PN<749g = 90,2%; PN 750 – 999g = 18 óbitos/ 32 RN com peso entre 750 e 999g = 56,3%;PN 1000 – 1500g = 26/ 121 RN com peso entre 1000 e 1500g = 21,5%

Conclusão

São apresentados os dados de mortalidade de um hospital terciário de Porto Alegre, com volumoso número de atendimentos de sala de parto e referência para a Grande Porto Alegre e cidades do interior do Rio Grande do Sul. A análise rigorosa dos óbitos da instituição permite a busca de um melhor atendimento à população assistida.

Po 16 - Prevalência de Retinopatia da Prematuridade em recém-nascidos de extremo baixo peso

Danielle Karine Cavalheiro Mendes(1), *Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva(2)*

Esta pesquisa objetivou determinar a prevalência de retinopatia da prematuridade (ROP) em recém-nascidos (RN) de extremo baixo peso da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC - UFPR) e compará-la com a literatura nacional e internacional. O trabalho constituiu-se de um estudo transversal retrospectivo utilizando-se de prontuários. Foram selecionados documentos dos RN com peso igual ou inferior a 1000 gramas internados na UTIN do HC – UFPR no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. No total, estudaram-se 87 prontuários, sendo que 39 foram excluídos por óbito neonatal e 1 por transferência do recém-nato para outro hospital, resultando em 47 prontuários analisados (n=47). A prevalência de ROP na UTIN do HC – UFPR foi de 31,9% (n=15). Em comparação com a literatura nacional, a prevalência foi menor do que as encontradas em Porto Alegre (50% em menores de 1000 gramas) e São Paulo (78,5% em menores de 1000 gramas). Em comparação com a literatura mundial, obteve-se resultados próximos aos encontrados na Itália (26,6% em menores de 1000 gramas), Canadá (43% em menores de 1500 gramas) e China (28,4% em menores de 2000 gramas). Conclui-se por este estudo que a incidência de ROP na UTIN do HC – UFPR está entre a média mundial e abaixo da média nacional. Deve-se considerar para a análise crítica dos dados a experiência dos profissionais que realizam a fundoscopia e a alta mortalidade encontrada entre a população estudada, dado que muitos RN de extremo baixo peso não chegam a viver até a idade de realização da triagem para ROP. Ressaltando-se o fato de que a sobrevivência de prematuros cada vez mais extremos está se tornando rotina nas UTIN's, o risco de ROP acompanha esse acréscimo. Considerando-se a possibilidade de seqüelas como estrabismo, miopia, diplopia, ambliopia, glaucoma, catarata e até a amaurose, a fundoscopia deverá ser realizada em toda UTIN como forma de prevenção e diagnóstico precoce de ROP. E acima de tudo, programas de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal devem ser otimizados como forma de prevenção à prematuridade.

1. Doutoranda do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR); 2. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria – Hospital de Clínicas - UFPR.

Po 17 - Primeiro ano da Triagem Auditiva Neonatal Universal em grupo hospitalar 100% SUS

Maristela C Tamborindeguy França, ***Catia Rejane S. Soares****, Letícia Wollf Garcez, Cristina D.Krimberg, Luciane Paullete*

Hospital da Criança Conceição - Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre/RS

Introdução

A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é uma realidade que está solidificando-se no Brasil por meio de Leis Estaduais e Municipais. Em Porto Alegre-RS, antes mesmo da obrigatoriedade do teste, o Grupo Hospitalar Conceição, que compreende um complexo de 4 hospitais vinculados ao Ministério da Saúde, iniciou em 2006 a TANU, especificamente, nos Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital da Criança Conceição. Nesses hospitais nascem cerca de 4500 crianças/ano.

Objetivo

Avaliar a implantação da TANU desde a fase preliminar e apresentar os resultados obtidos entre os RNs que foram triados e acompanhados durante oo primeiro ano.

Metodologia

Desenhou-se um estudo transversal, observacional e contemporâneo sobre a TAN em crianças nascidas no Hospitalar Nossa Senhora da Conceição.

Resultados

No período de 18/09/06 à 30/09/07, 4462 bebês foram notificados para a TANU, destes 3422 fizeram o primeiro exame conforme protocolo estabelecido pela Instituição, sendo que 2698 passaram no teste da orelhinha; dos que seguiram nas fases de reteste, ao final do primeiro ano, 20 já estavam protetizados e permanecem em acompanhamento.

Conclusão

Observamos entre as dificuldades enfrentadas o esclarecimento do fator de risco, a novidade de um exame ainda desconhecido pela população, as faltas no seguimento e no diagnóstico. Entretanto, a importância da TAN como instrumento de avaliação de todos as crianças é indiscutível no meio pediátrico.

P o 18 - Relato de caso: Teratoma Sacrococcígeo

Mariana Digiovanni Pechebea*, Evanguelia Athanasio Shwetz, Marcelo Ribas, Ricardo Miyazaki, Rubens Kliemann*

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Introdução

Os teratomas são neoplasias embrionárias que contém células germinativas primordiais, tem origem na falha da migração das células pluripotenciais que se originam no nódulo de Hensen. A região sacrococcígea é a região mais comum do teratoma sejam eles benignos ou malignos.

Relato do caso

GIII/PI/CI, foi evidenciado no ultra-son obstétrico teratoma sacrococcígeo gigante. Iniciou trabalho de parto e foi optado por cesárea. Feminino, Apgar 7/8, 5350g, 37 semanas, massa volumosa em região sacrococcígea. Realizado tomografia com presença de extenso processo expansivo, com tecidos de densidade de partes moles, adiposos e calcificações grosseiras no interior, a lesão encontrava-se na região póstero-inferior do sacro-cóccix medindo 17,3 x 9,7 cm, com articulações preservadas. A alfa-fetoproteína no primeiro dia: 23.272 ng/mL. Realizada ressecção da massa tumoral com o cóccix, a peça pesou 1.100g. Anátomo-patológico confirmou teratoma maduro com ausência de malignidade. Iniciou dieta no terceiro dia de pós-operatório, pela localização no períneo apresentou infecção na sutura com deiscência de pele. Recebeu alta com 29 dias. Outros exames realizados sem alterações. Alfa-fetoproteína com 4 meses e 26 dias: 34,40 ng/mL.

Discussão

Apesar de raro, o teratoma sacrococcígeo é o tumor congênito mais comum no recém-nato (1/35.000 - 1/40.000), proporção feminina:masculina 4:1. Conforme o caso descrito, a maioria é assintomática com diagnóstico por ultra-sonografia obstétrica de rotina. O parto cesáreo é indicado em tumores de grandes dimensões, a fim de evitar distócia, hemorragia tumoral e avulsão do tumor. Possui três tipos de classificação do teratoma sacrococcígeo: ordem de freqüência e localização do tumor, classificação histológica e quanto tamanho do tumor. Fatores associados à lesão benigna estão presentes no caso e incluem: apresentação neonatal, feminino, localização externa, composição cística e áreas de calcificações ou ossificações. Já os fatores associados à lesão maligna são: apresentação além da infância, masculino, composição sólida com necrose e hemorragia, falta de calcificação e localização com predomínio pré-sacral. Para detecção e avaliação do teratoma sacrococcígeo o ultrason é o método de escolha, por ser de baixo custo, não invasivo e demonstra detalhes morfológicos do feto sem muitos artefatos. Abordagem inicial inclui extensa avaliação por exames de imagem e de marcadores séricos para malignidade. A cirurgia deve ser breve, consiste na ressecção tumoral completa com a exérese do cóccix, possibilita cura em 95% dos casos benignos. A alfa-fetoproteína sérica não é reportado com significado prognóstico, no entanto, após ressecção do teratoma primário associado à retirada do cóccix, pode ser usada para avaliar recorrência da doença e metástase. Meticuloso exame físico é essencial a cada três a seis meses nos três primeiros anos pós-operatórios para detectar recorrência.

Po 19 - Seguimento de recém-nascidos de mães diabéticas: importância do controle glicêmico materno na prevenção de malformações

*Kátia Aceti Oliver, **Eduardo Borges de Medeiros**, Mauren Janine Schlindwein Bodanese, Ana Claudia de Souza Rodrigues, Marcos Paulo Ceccatto, Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Sérgio Antônio Antoniuk, Isac Bruck.*

Universidade Federal do Paraná. Departamento de Pediatria. Centro de Neuropediatria.Curitiba – PR.

Introdução

O Diabetes pode se apresentar sob 3 formas: tipos I, II e Gestacional. Caracteriza-se por um estado de hiperglicemia e segundo a literatura, quando ocorre durante a gestação propicia malformações intra-útero. OBJETIVO: verificar a incidência de malformações fetais – defeito de fechamento do tubo neural e síndrome da regressão caudal – de acordo com o tipo de diabetes, nos pacientes atendidos em ambulatório de neuropuericultura.

Método

Estudo retrospectivo mediante análise de prontuários referente aos anos de 1991 a 2007 do ambulatório de neuropuericultura desta instituição.

Resultado

Foram levantados 55 prontuários de crianças cujas mães eram diabéticas. O número total das malformações citadas foi 23. Proporcionalmente, as malformações foram encontradas em maior número na descendência das mães portadoras de Diabetes mellitus dos tipos I e II (50 e 57,1% respectivamente), apesar de serem encontradas em grande porcentagem em Diabetes Gestacional (35,3%). Os filhos de mães portadoras de Diabetes mellitus dos tipos I e II também apresentavam maior porcentagem de malformações associadas. As mães das crianças que apresentaram defeitos do tubo neural e Síndrome de Regressão Caudal iniciaram as consultas de pré-natal após o período de embriogênese e mostraram dificuldade em manter suas glicemias em níveis normais após o início do pré-natal.

Conclusões

A hiperglicemia nas primeiras semanas de gestação (3ª a 8ª) é o principal fator relacionado ao aparecimento de malformações no feto. Fato que mostra a importância de que o pré-natal se inicie logo após a concepção e que a mãe tenha seus níveis glicêmicos controlados, antes mesmo de que ocorra a gestação, especialmente nas mulheres que já têm ciência de que são portadoras da doença.

Po 20 - Seguimiento de recién nacidos con asfixia perinatal

***Weinberger,M**; Delucchi,G; Del Campo,S; Burgueño,M; Filgueira,L; Giró,N; Grajales,M; Juncal,A; Kessler,P; Lanwagen,M; Mancuello,K; Marichal,V; Vargas,L; Yanes,M; Bengoa,S; Delfino,C; Scavone,C*

Unidad de Seguimiento Recién Nacidos de Riesgo (SERENAR) Dpto de Neuropediatría Facultad de Medicina UDELAR Montevideo Uruguay . MSP

Objetivo

Estudiar el valor predictivo del examen clínico precoz y el perfil evolutivo, en el neurodesarrollo, de recién nacidos de término con asfixia perinatal.

Población y Método

Se captaron 123 niños nacidos de término en maternidad de Hospital Pereira Rossell de Montevideo, con algún factor de riesgo biológico, en el período enero 2006 a diciembre 2007. De este grupo se realizó estudio longitudinal prospectivo de 24 recién nacidos de término,(37 a 41 semanas de edad gestacional) de bajos recursos, que sufrieron asfixia perinatal. Un grupo de 16 fueron adecuados a la edad gestacional(AEG), y 8 fueron pequeños para la edad gestacional(PEG). Se incluyeron los que tenían por lo menos un criterio definido previamente como marcador de asfixia. Se realizó seguimiento con equipo interdisciplinario. Se realizó examen clínico entre las 40 y 44 semanas de edad gestacional, y a los 3, 6, 9, 12 y a los 18 meses. Se consideraron según el examen neurológico por criterios de Amiel Tison, recién nacidos con alteraciones leves, moderadas y severas. El mismo criterio se utilizó para todos los controles, catalogándolos según el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria para su edad entre los 12 y 18 meses, en normales, alteraciones leves, moderadas y severas. Se realizó evaluación de visión y audición. Se realizó antropometría en todos los controles, con medidas de peso talla y perímetro craneal, comparando con tablas de referencia de OMS. Se realizó evaluación motora y psicomotriz cualitativa. Evaluación cognitiva con test de Bayley y evaluación del lenguaje con prueba de MacArthur. En todos los recién nacidos se realizó intervención con fisioterapia y psicomotriz.

Resultados

En el examen neurológico inicial se encontró predominio de alteraciones leves 62%, 21%moderadas, con 17% de alteraciones severas. En el grupo de AEG se encontró 19% de alteraciones severas, y en el grupo de PEG las alteraciones severas constituyeron el 12.5% en el examen inicial.

Entre los 12 y 18 meses, el examen es normal en el 58% y el 25% presenta lesiones severas. En el grupo de AEG, el 69% están normales entre los 12 y 18 meses, y el 12% presenta alteraciones severas. En el grupo de recién nacidos PEG se observa un aumento de lesiones severas que constituyen el 50% en el examen entre los 12 y 18 meses.

Conclusiones

Se observa que el examen neurológico precoz, puede ser orientador pronóstico, cuando la alteración es leve y se presenta un perfil evolutivo dinámico, obteniéndose examen normal en estos recién nacidos entre los 12 y 18 meses.

Cuando el examen inicial presenta alteraciones moderadas, según lo encontrado, no es predictor , sobretodo en el grupo de recién nacidos PEG, en el que hallamos un aumento en las alteraciones severas en el examen entre los 12 y 18 meses, con respecto al examen inicial. Los recién nacidos con alteraciones severas en el examen al nacer, y perfil evolutivo estático, mantienen lesiones severas a los 18meses, sin significación estadística en nuestra muestra. Si bien la población es pequeña, hay datos del examen evolutivo que demuestran la necesidad de seguimiento a largo plazo, e intervención precoz, de los recién nacidos con asfixia perinatal.

Po 21 - Síndrome da morte súbita do lactente

*Bruna Bozelli Leopoldino, Cristine Secco Rosário, Fernanda Barkema, **Fernanda Gasparin Palermo**, Ricardo Parolin Schnekenberg, Carlos Frederico Oldenburg Neto*

Universidade Positivo – Curitiba – PR

Introdução

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida como a morte inesperada de crianças menores de um ano sem sinais aparentes de doença grave e que permaneça inexplicada após investigação incluindo história clínica, necropsia completa e revisão do local do óbito. Não existe uma rotina para a necropsia nos casos suspeitos de SMSL, nem sinais patognomônicos requeridos para o seu diagnóstico. A SMSL é uma doença complexa, de origem multifatorial, cujas causas ainda não estão totalmente esclarecidas, mas vários mecanismos fisiopatológicos tem sido sugeridos. Muito se sabe sobre os fatores de risco e evidências comprovam a importância da relação entre fatores ambientais e genéticos, o que é fundamental na ocorrência de SMSL. Estudos internacionais sugerem diversos fatores de risco, modificáveis ou não, que podem ser divididos em fatores maternos, do recém-nascido e socioeconômicos. Nos países desenvolvidos a SMSL é a principal causa de mortalidade em lactentes, sendo responsável por 25% das mortes entre 1 mês e 1 ano de vida. Não existem muitos estudos sobre a SMSL em nosso meio; entretanto, segundo estudo feito por Geib e Nunes, em Porto Alegre, entre 1997 e 1998, a prevalência dos óbitos relacionados a essa síndrome foi estimada como sendo de 6,3% de todas as mortes entre 28 e 365 dias de vida, com um coeficiente de mortalidade específico de 4,5 óbitos para 10.000 nascidos vivos. O tratamento é simples, e deve ser baseado na prevenção e modificação dos fatores de risco. Diversos países desenvolvidos realizaram campanhas para reduzir o risco de SMSL, com enfoque na mudança da posição de dormir de prona para supina ("back to sleep"). Essa intervenção em um dos fatores de risco modificáveis obteve uma redução de mortalidade de aproximadamente 50%.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é alertar a população médica da elevada prevalência da Síndrome da Morte Súbita do Lactente e das possíveis estratégias de prevenção. Além disso, é importante saber identificar os neonatos em risco e orientar seus pais para evitar situações predisponentes. MÉTODO: Foi feita uma revisão das principais referência nacionais e internacionais, a fim de evidenciar a epidemiologia, os fatores de risco, os possíveis mecanismos fisiopatológicos e as medidas preventivas da SMSL.

Conclusão

Ao se analisar os fatores de risco para a SMSL fica evidente que a maioria deles está presente em grande parte da nossa população. Isso leva a crer que essa síndrome ocorra em nosso meio em índices muito maiores do que os encontrados por Geib e Nunes. Porém, por ser subdiagnosticada e não entrar em estatísticas oficiais, não é considerada um problema de saúde pública e campanhas de prevenção, principalmente baseadas em fatores de risco modificáveis, simples e eficazes, não são realizadas, e a população em risco permanece desinformada. Prevenção da gravidez na adolescência, envolvimento precoce e continuado das gestantes no cuidado pré-natal, controle do fumo durante a gravidez, incentivo ao aleitamento materno, orientações quanto a hábitos de sono saudáveis para o bebê e utilização de chupetas são importantes não apenas para evitar a SMSL, mas também para melhorar a saúde geral dos recém-nascidos.

Po 22 - A importância das Pontas Positivas no eletrencefalograma neonatal como valor prognóstico neurológico tardio

***Márcia de Oliveira Nicolini Nosralla**, Délrio Façanha Silva, Ricardo Vieira Botelho*

Hospital e Maternidade Cruz Azul de São Paulo – São Paulo – S.P.

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – IAMSPE- São Paulo – S.P. - Brasil

Objetivo

Estudar a importância da presença das Pontas Positivas (Pp), juntamente com a atividade de fundo (a.f.) no Eletrencefalograma Neonatal (EEGN) como prognóstico neurológico tardio.

Método

54 recém-nascidos (RN) formaram o objeto do estudo.

Resultado

19 RN apresentaram Pp no EEGN e 35 RN não mostraram Pp no EEGN. Dos 19 RN com Pp, 2 tiveram EEGN com a.f. normal, 2 levemente alterado e 15 marcadamente anormal. Dos 15 RN que apresentaram EEGN marcadamente anormal, todos evoluíram com mau prognóstico neurológico. Dos 35 RN sem Pp no EEGN, 23 tiveram EEGN com a.f. normal, 5 levemente alterado e 7 marcadamente anormal; dos 23 RN sem Pp que apresentaram EEGN normal, 18, evoluíram com exame neurológico normal aos 2 anos de idade.

Conclusão

As Pp, raramente determinam bom prognóstico aos dois anos de idade quando associadas a a.f. marcadamente anormal e a ausência das Pp determina um melhor prognóstico.

Po 23 - Cisto Porencefálico - uma evolução pouco benigna

Tânia Saad, *Rafael Rodrigues Barra, Flávia Miguelote, Carlos Villegas*

Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - Neurologia Infantil / Ambulatório de Neurodesenvolvimento – Rio de Janeiro (RJ)

Objetivo

Através do relato de caso de prematuro com cisto porencefálico de evolução atípica discutir a necessidade do acompanhamento neuropediátrico concomitante de neonatos com potencial para desenvolver morbidade residual sobre o sistema nervoso (SN).

Relato de caso

D S, parto cesáreo, 27 semanas, 950 g, evoluiu com crises convulsivas desde o segundo dia de vida devido a hemorragia intracraniana grau IV. Recebeu alta no 33º dia de vida, em uso de Fenobarbital. Iniciou seguimento pela Neonatologia, sendo submetido a tomografia computadorizada de crânio (TCC) aos 3 meses, observando-se cisto porencefálico em contigüidade com o corno anterior do ventrículo lateral direito e desvio das estruturas da linha média. Admitiu ganhos no desenvolvimento neuropsicomotor até o sexto mês quando passou a apresentar regressão dos marcos já adquiridos e "sustos" freqüentes. Encaminhado ao ambulatório de Neuropediatria aos 7 meses constatou-se a ocorrência de espasmos em flexão em lactente com opsoclônus, alheio ao meio, irritado, hemiplégico à esquerda,com reflexos universalmente exaltados e sinal de Babinski bilateral. O EEG evidenciou traçado hipsarritmico assimétrico no hemisfério direito e ondas lentas de baixa voltagem no hemisfério esquerdo, sugerindo sofrimento deste. Nova TCC observou hidrocefalia supratentorial com maior desvio de estruturas da linha média e atrofia cortical e subcortical à direita, indicando-se abordagem neurocirúrgica do cisto, medicações anticonvulsivantes e intervenções transdisciplinares. Atualmente, aos 23 meses, DS está sem crises convulsivas, iniciando marcha com apoio a partir do tratamento com fisioterapia e terapia ocupacional.

Resultados

Definidas as situações consideradas de risco para o desenvolvimento de morbidades residuais do SN em recém-natos prematuros ou não, sugeriu-se o acompanhamento concomitante dos elegíveis pelos ambulatórios de Neonatologia e Neuropediatria, a fim de serem prevenidas / descritas precocemente as alterações do neurodesenvolvimento, buscando-se intervenções interdisciplinares pertinentes e melhoria do prognóstico de vida destas crianças e suas famílias.

Discussão

Tal discussão, mais do que nunca, mostra-se oportuna e a partir desta propôs-se a normatização do fluxo de seguimento concomitante pela Neonatologia e Neurologia de prematuros cada vez mais jovens e de mais baixo peso, submetidos a intervenções terapêuticas potencialmente iatrogênicas, mas necessárias, que, contudo, podem determinar morbidades residuais, em um centro de referência.

Po 24 - Cranioestenose e suas repercuções

Marino Domingos Braun Berardi, *Ana Paula Minguetti, Patrícia Albizu Piaskowy, Rafaella Fadel Friedlaender*

Orientadores: Cristina Terumy Okamoto

Universidade Positivo – Curitiba PR

O termo cranioestenose ou craniossinostose é um termo introduzido em 1851 por Virchow para designar a fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas. As deformidades variam de acordo com o tipo, intensidade, extensão, tempo cronológico e agente etiológico. Além disso, dependem da sensibilidade individual e do envolvimento da zona central de crescimento. A sua incidência é estimada em 1 por 2000 crianças, a prevalência em 14,1 por 10.000 nascidos vivos e com predomínio de ocorrência nos meninos numa proporção de 2:1. A doença produz uma mudança no formato do crânio obedecendo à regra de que o impedimento do crescimento normal no sentido perpendicular à sutura determinará crescimento compensatório em sentido paralelo à sutura fechada. Pode ocorrer, paralelamente, alterações nos ossos da base e da porção média do crânio, resultando em hipotelorismo, fossa anterior pequena, órbitas rasas, deslocamento do osso petroso e diminuição do espaço nasofaríngeo. A cranioestenose pode ser classificada em primária, quando depende de um defeito da própria sutura, ou secundária como conseqüência da microcefalia, prematuridade, hipofosfatemia, hipercalcemia, hipotireoidismo, anemias e outras. As primárias podem ser classificadas ainda em sindrômicas (15%), normalmente autossômica dominante e multi-sutural como nas Síndromes de Apert e Crouzon; e não sindrômicas (85%) sendo destas 75% a 85% isoladas e 20% a 25% múltiplas. As cranioestenoses primárias sindrômicas podem ser oxicefálicas, sendo 40% a 50 % a sutura lambdóide e coronal bilateral afetadas; braquicefalia com 30% a 40% coronal bilateral; e 20% apresentam fusão de múltiplas suturas não sendo, portanto, classificadas. Já as formas não sindrômicas são: escafocefalia sendo acometida 60% da sutura sagital; trigonocefalia com 18% da sutura metópica; plagiocefalia com 20% da sutura coronal e 5% da sutura lambdóide lesadas. Uma causa de cranioestenose primária não sindrômica é o efeito teratogênico produzido por algumas drogas como valproato de sódio, ácido retinóico e fenitoína. O diagnóstico da cranioestenose deve incluir uma avaliação radiológica para caracterizar a deformidade e guiar o procedimento cirúrgico. A radiografia simples de crânio pode mostrar com clareza a esclerose óssea no local da sutura enquanto a TC com reconstrução tridimensional avalia melhor o grau de envolvimento sutural e anormalidades faciais assim como a presença de palato aberto, obstrução orofaríngea ou compressão do tronco encefálico. A RM encefálica pode ser útil na investigação das possíveis alterações na migração neuronal, holoprosencefalia e atraso na mielinização.

Po 25 - Crise Convulsiva do 5° dia

Éden Sartor Camargo, Fernando Krobel Filho, José Alfonso Monestel Montoya, ***Larissa Alessandra Mehl****, Vanessa Priscilla Wiesner*

Introdução

As convulsões neonatais representam uma emergência neurológica que pode refletir significante lesão no cérebro imaturo. Ocorrem numa freqüência de 2,5/1.000 recém-nascidos vivos. No período neonatal geralmente são de difícil identificação e classificação. As convulsões do 5º dia geralmente ocorrem em recém-nascidos de termo e aparentam ser fulminantes. Iniciam-se na primeira semana de vida e podem ocorrem de 15 a 20 episódios por dia. Podem cursar com apnéia e cianose. As crises geralmente são clônicas, alternando os lados direito e esquerdo. A etiologia ainda é desconhecida, mas parece estar ligada à deficiência de zinco. A resposta aos anticonvulsivantes ainda é incerta.

Objetivo

Relatar um caso de crise convulsiva no 5º dia de vida.

Relato de caso

RN de termo, 5 dias de vida, sexo masculino, previamente hígido, encaminhado ao PS do Hospital Infantil Pequeno Anjo – Itajaí (SC), por apresentar 3 episódios prévios de crise convulsiva clônica focal, com duração aproximada de 1 minuto. Apresentava hipotonia após os quadros, com boa recuperação posteriormente. Gestação sem intercorrências, parto normal, I.G.: 38 semanas e 5 dias, apgar 8/9, peso ao nascer: 3520g; PC: 35 cm, E: 49 cm, trabalho de parto espontâneo, sem complicações e sem uso de fórceps. Aceitando bem o leite materno. Sem histórico familiar de crises convulsivas. Internado para investigação. Foram realizados exames: hemograma, eletrólitos e glicose normais. Líquor normal. Zinco sérico: 110 mcg/dl (VR: até 170 mcg/dl). Apresentou outras 3 crises convulsivas durante a internação, cedendo com fenobarbital. Realizado US de crânio e EEG intercrítico, ambos normais. Feito diagnóstico de crise convulsiva do 5º dia. Recebeu alta no 7º dia de internação e segue em acompanhamento ambulatorial com neurologista pediátrico.

Conclusão

A crise convulsiva do 5º dia é uma entidade benigna caracterizada por crises epilépticas que podem ser do tipo clônica e/ou apnéica de rápida duração. O EEG intercrítico pode ser normal, focal ou multifocal. O EEG ictal registra ondas agudas ou ondas lentas, rítmicas, com predomínio em áreas centro-temporais. A história familiar é rara e há predomínio do sexo masculino. O prognóstico é bom. Salienta-se a importância de esclarecer a etiologia das convulsões neste grupo etário. Na maioria das vezes é encontrada uma causa específica que permite um tratamento dirigido, com vista ao controle dos episódios convulsivos e à interrupção do mecanismo de lesão cerebral subjacente.

Po 26 - Dificuldade no diagnóstico de morte encefálica em neonatologia. Relato de caso no Hospital Universitário de Brasília

Priscila Dias Alves*, Larissa de Araújo Lobato, Fabiana Ariston Filgueira.*
Hospital Universitário de Brasília (HUB) – DF

Introdução

A morte encefálica é um diagnóstico delicado sendo necessário seguir um protocolo que associa diagnóstico clínico e exames subsidiários.

Objetivo

Relatar um caso de morte encefálica em RN, suas dificuldades diagnósticas e complicações. Metodologia: acompanhamento e revisão detalhada do prontuário. Resultados: RNT, GIG(3.900g), feminino, nascida dia 01/09/2008, em Jaciará (GO), sem assistência médica. APGAR ignorado, porém relato de transferência constando líquido meconial e apnéia ao nascer. Foi transferida do HRPI onde teve quadro convulsivo ao HUB pelo SAMU, 02/09/2008 às 16:30, chegando grave, cianótica com Sat02 30%. Não houve extubação durante o trajeto. RN estava grave, chocada, desidratada, temp 38ºC e FC >180. Evoluiu com equivalentes convulsivos (gasping e assincronia com a ventilação mecânica) e choque, sendo feitas as seguintes condutas: expansor 10ml/kg em 30min e aumentadas as doses de dopamina para 7,5 e dobutamina para 12, fentanil para 1mg e midazolam para 2mg. Persistiu com o quadro e foi feito mais 10mg/kg de fenobarbital. Apresentava por ocasião da admissão: MV rude sem RA em assincronia com VM, fígado à 4 cm do rebordo costal direito, tempo de enchimento capilar 3-4s e gasometria arterial com acidose de padrão misto. Feitos cateterismos umbilicais arterial e venoso, sedoanalgesia, drogas vasoativas, iniciado ampi+genta, passada sondas orogástrica e vesical de demora, feito raio-x de tórax demonstrando infiltrado em base direita. As 20h teve episódio de assistolia, feitas ventilação com pressão positiva com ambu, massagem e 2 doses de adrenalina. Retornou com 150bpm em menos de 5 min. Aumentadas dopamina e dobutamina. Paciente evoluiu arreativa e com progressiva perda de reflexos primitivos. 5/09 suspenso midazolam. 7/09 hipótese de morte encefálica e sugerido aplicar o protocolo. Suspensos Fentanil e fenobarbital. Foram feitos TC de crânio (com evidência de evento hipóxico-isquêmico difuso), e EEG com padrão de ondas lentas, paciente apresentou movimentos respiratórios espontâneos no trajeto. Em decorrência destes foi suspensa a investigação de morte encefálica temporariamente. 29/09 Reiniciada investigação de morte encefálica com 2 EEGs isoelétricos com 24h de intervalo entre eles, mas o teste da apnéia foi negativo. Houve dificuldade em contactar a equipe de captação de órgãos e a neuropediatria, havendo demora para o laudo oficial dos EEGs. Mais tardiamente evoluiu com ITU tratada com cefalexina e infecção no sítio de cateter subclávio e introduzido cefepime. Paciente evoluiu com choque séptico culminando em óbito no dia 26/10/2008. Conclusão: o RN em questão é um exemplo das dificuldades diagnósticas e de uma das causas de morte mais comuns em RNs com morte encefálica.

Po 27 - Epilepsia do Lobo Temporal com espasmo infantil. estudo com Vídeo-EEG, RNM de crânio e PET

Márcia de Oliveira Nicolini Nosralla, *Délrio Façanha da Silva*

Setor de Eletroencefalografia – Departamento de Neurologia e Neurocirurgia – Hospital Estadual dos Servidores do Estado São Paulo e Centro De Investigações e Tratamento em Epilepsias (CITE) do Hospital Beneficiência Portuguesa de São Paulo - São Paulo – S.P. - Brasil.

Introdução

Os espasmos epilépticos são definidos como crises epilépticas caracterizadas por breves contrações axiais em flexão, extensão ou mista, simétricas ou assimétricas, durando de fração de segundos até 1 a 2 segundos, aparecem em surtos e são idades – dependentes. Estão associados a um padrão eletrencefalográfico (EEG) denominado de hipsarritmia (padrão desorganizado, constituído de ondas lentas, ondas agudas e pontas multifocais, com disposição anárquica e difusa, com predomínio posterior), que constitue a base para a Síndrome de West. A questão é quando a criança apresenta o espasmo epiléptico sem hipsarritmia e com o EEG interictal com descarga epileptiforme focal.

Relatório do caso

Lactente, do sexo feminino, com 4 meses de idade, que têm história de crise epiléptica de difícil controle medicamentoso desde os 40 dias de vida, caracterizada por movimentos clônicos de hemicorpo direito, que evoluiu com espasmos em flexão. O Vídeo – EEG mostrou descargas epileptiformes em região têmporo - parietal direita e crises do tipo espasmos em flexão. A Ressonância Nuclear Magnética de crânio (RNM de crânio) evidenciou calcificação e hemorragia petequial com distribuição córtico-subcortical no giro frontal médio direito de natureza incerta e o Positron Emission Tomography (PET) foi normal. Discussão: A Epilepsia Focal Temporal em adultos, adolescentes e crianças maiores de seis anos de idade têm sido bem descrita e classificada, tanto em relação à semiologia da crise epiléptica, como em sua patologia. Existem poucos trabalhos publicados com crianças menores de seis anos de idade, pois nessa faixa etária, o quadro clínico é variado (crise convulsiva do tipo espasmos epilépticos ou crise tônica generalizada) e a etiologia, por vezes, difere dos outros grupos etários e as mais observadas são: displasias corticais, erro de migração neuronal, hamartomas, tumores de baixo crescimento (gangliogliomas), astrocitomas, porencefalia, infecções neonatais e esclerose tuberosa. Com isso, o interesse no estudo dessas crianças têm crescido, principalmente, quando analisadas pelo Vídeo - EEG, RNM de crânio e pelo PET.

Po 28 - Hidrocefalia Neonatal Pós-hemorrágica – Experiência de nove casos

Janaina Braun Torresani(1), *Sérgio Antoniuk(2), Mitsuru Miyaki(3)*

Introdução

A grande incidência de hemorragia peri-intraventricular neste grupo de recém-nascidos, até 40%, trouxe desafios no tratamento e manejo das suas complicações, tais como a hidrocefalia pós-hemorrágica.

Objetivos

Identificar e analisar os casos de hidrocefalia neonatal pós-hemorrágica ocorridos no Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná, no período de janeiro de 2001 a março de 2008, avaliando suas características e comparando-as com a literatura. Métodos. Estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de hidrocefalia. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFPR. Resultados

Nove casos de hidrocefalia neonatal pós-hemorrágica foram encontrados no período de sete anos analisados, correspondendo a 0,21% dos pacientes admitidos na UTI neonatal. Oito casos eram prematuros e um de termo. Somente quatro gestantes não apresentaram patologias, sendo a doença hipertensiva específica da gestação a mais comum entre as demais. Quatro necessitaram reanimação em sala de parto com intubação oro-traqueal.

Conclusão

A prematuridade, intercorrências médicas no pré-natal e instabilidade hemodinâmica pós-natal, apresentam associação com hemorragia peri-intraventricular grave e conseqüente hidrocefalia pós-hemorrágica. Apesar dos recém-nascidos terem sobrevivido, as seqüelas neurológicas foram graves na quase totalidade dos pacientes estudados.

A hemorragia peri-intraventricular (HPIV) ocorre em cerca de 40% desse grupo de prematuros extremos, sendo que 15-25% com hemorragia moderada e 60-100% daqueles com hemorragia grave poderão evoluir com hidrocefalia[1]. Sua fisiopatologia envolve a hemorragia peri-intraventricular, que inicia na matriz germinativa, local de intensa proliferação celular durante o desenvolvimento cerebral, com vasos sangüíneos irregulares e com tecido conectivo imaturo.

Os principais fatores de risco para HPIV são baixo peso ao nascimento, idade gestacional abaixo de 34 semanas, presença de múltiplos fetos, complicações pós-natais, síndrome do desconforto respiratório, necessidade de ventilação mecânica por longos períodos, ressuscitação, mudanças extremas na pressão arterial e sepse, sendo, possivelmente as flutuações de fluxo sangüíneo, a via final comum [2,3].

A dilatação ventricular pós-hemorrágica ocorre inicialmente pela obstrução do fluxo liquórico por múltiplos pequenos coágulos. A elevação da pressão prolongada, e os danos secundários a citocinas pró-inflamatórias e radicais livres derivados do ferro podem contribuir com a lesão periventricular da matéria branca[8].

A ventriculostomia endoscópica define-se como a perfuração do assoalho do III ventrículo utilizando um neuroendoscópio, para realizar a comunicação do sistema ventricular com as cisternas da base[10].

Resultados

No período do estudo, foram admitidos 4212 recém-nascidos na UTIN, e diagnosticados com hidrocefalia 42 pacientes. Destes, foram identificados nove pacientes (0,21%), cuja causa da

hidrocefalia foi hemorragia peri-intraventricular, com média de 1,28 casos ao ano.

Oito pacientes nasceram prematuros e somente uma gestação foi de termo. Quatro recém-nascidos necessitaram reanimação em sala de parto com intubação oro-traqueal, sendo realizada adrenalina em um. As seqüelas neurológicas foram importantes, com quadros variados de paralisia cerebral e crises convulsivas.

Conclusões

A incidência de HPIV mantém-se alta apesar da melhoria dos cuidados e a hidrocefalia neonatal pós-hemorrágica, apesar de evento pouco comum, traz morbidade significativa a esses pacientes. A prematuridade, intercorrências médicas no pré-natal e instabilidade hemodinâmica apresentam correlação com HPIV grave e conseqüente hidrocefalia pós-hemorrágica.

1. Médica pediatra, residente em Neonatologia no Hospital de Clínicas – UFPR; 2. Professor adjunto da disciplina de Neuropediatria do Departamento de Pediatria da UFPR; 3. Professor titular do Departamento de Pediatria da UFPR, responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas – UFPR.

Po 29 - Malformações congênitas encefálicas

***Ana Paula Minguetti**, Marino Domingos Braun. Berardi, Patrícia Albizu Piaskowy, Rafaella Fadel Friedlaender*
Orientador: Carlos Oldenburg Neto
Universidade Positivo – Curitiba PR

As malformações congênitas do SNC apresentam alta prevalência, atingindo 5 a 10 para cada 1000 nascidos vivos. Durante a vida intra uterina é o encéfalo que apresenta maior freqüência de anomalias por sua formação complexa e prolongada, que dura da 3ª a 16ª semana.

As malformações congênitas encefálicas classificam-se em desordens do fechamento do tubo neural e do desenvolvimento estrutural; malformações da leptomeninge e da fossa posterior; defeitos da migração neuronal e malformações vasculares intracranianas. No primeiro grupo encontramos as cefaloceles que são extensões extracranianas de estruturas intracranianas através de defeitos do crânio e dura-mater ; as malformações de Chiari tipo I, II, III e IV e os cistos dermóides e epidermóides que são lesões tumorais não neoplásicas resultantes de anormalidades do desenvolvimento do tubo neural no fechamento por disjunção do neuroectodema do ectoderma cutâneo. No segundo grupo estão a holoprosencefalia caracterizada por hipoplasia ou aplasia da terminação rostral do tubo neural e do segmento pré-maxilar da face, com conseqüente ausência da córtex pré-frontal, hipoplasia do hipotálamo, neurohipófise e adenohipófise; displasia septo–óptica que consiste em hipoplasia do nervo óptico, ausência do septo pelúcido (em 60% dos pacientes) e disfunção hipotalâmica-hipofisária (em dois terços dos pacientes) e malformação do corpo caloso, sendo a principal a agenesia do corpo caloso onde os axônios que deveriam cruzar a fissura interhemisférica através do corpo caloso não o fazem e passam a correr medialmente e paralelamente às paredes dos ventrículos laterais e à fissura inter-hemisférica formando os feixes calosais laterais. No terceiro grupo estão lipomas intracranianos que segundo teorias atuais derivam de uma disdiferenciação da meninge primitiva da região dorsal da lâmina terminalis ; cistos aracnóides que são malformações benignas do espaço subaracnóideo, embriologicamente derivadas da meninge primitiva. No quarto grupo estão as malformações de Dandy–Walker e variantes que caracterizam–se por fossa posterior de grande dimensão , implatação alta do tentório, hipogenesia dos vermis cerebelar,dilatação cística do quarto ventrículo posterior, hemisférios cerebelares hipoplásicos. Elas se associam a hidrocefalia (75%), disgenesia do corpo caloso (25%), polimicrogiria e heterotopia e encefaloceles occipitais; Síndrome de Joubert e romboecefalosinapse. No quinto grupo encontram-se a Síndrome de Kallmann; lisencefalia caracterizada por uma parada na formação giral e dos sulcos cerebrais;heterotopia da substância cinzenta que são coleções focais de neurônios ectópicos nos hemisférios cerebrais clinicamente marcados por crises convulsivas; megaencefalia unilateral termo aplicado a um desenvolvimento hamartomatoso de todo ou parte do hemisfério cerebral; esquisencefalia alteração caracterizada pela presença de "fendas" que se estendem através dos hemisférios cerebrais desde a superfície até os ventrículos laterais. No último grupo encontram-se as malformações arterio-venosas parenquimatosas e da dura mater; telangiectasia capilar; angiomas cavernosos e malformações venosas como angiomas venosos, malformações da veia de Galeno e varizes venosas.

Po 30 - Pode a avaliação neurológica pelo Amiel Tison de recém-nascidos prever o desenvolvimento neuropsicomotor?

Tamara Andrade Godinho, Isac Bruck, Sérgio Antonio Antoniuk, Marcos Paulo Ceccatto, Danielle Caldas Bufara Rodrigues, Eduardo Borges de Medeiros, Lincoln Francisco do Nascimento, Mauren Janine Schlindwein Bodanese, Lúcia Helena Coutinho dos Santos. Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Introdução

Os avanços no tratamento intensivo neonatal propiciaram redução da mortalidade neonatal e um aumento na sobrevida de recém nascidos (RN) prematuros. No entanto estes RN terão que se desenvolver em condições não fisiológicas com maiores chances de agressão ao Sistema Nervoso Central. Preocupados em detectar precocemente alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DPM) e iniciar intervenção precoce surgiram os ambulatórios de RN de risco. O seguimento destes bebês prematuros e a termo com intercorrências mostrou maior prevalência de atraso no DPM e entidades graves como a Paralisia Cerebral, concordando com a literatura mundial, porém com

momento do diagnóstico muito tardio. Métodos: O método Amiel Tison é um protocolo de avaliação neurológica estruturado para RN. Neste período 71 RN foram avaliados pelo Amiel Tison, com 5 óbitos, restando 66 pacientes, sendo a maioria prematuros. Destes 30 tiveram seguimento no ambulatório por tempo adequado e foram incluídos no estudo. Resultados: Dezoito RN eram do gênero feminino e 12 do masculino, e pelo Amiel Tison 8 crianças foram positivas (27%). Quando se comparou o Amiel Tison com o DENVER II observou-se que as crianças com Amiel Tison positivo apresentam maior média de reprovações nas áreas de motor adaptativo e na soma das reprovações obrigatórias (p=0.01). Essas crianças com Amiel Tison positivo apresentaram média do crescimento do perímetro cefálico menor do que os com Amiel Tison negativo (p=0.02) e uma tendência ao exame neurológico alterado (p=0.06). Conclusão: O Amiel Tison é um preditor de atraso no DPM, podendo ser o inicio do caminho para a detecção precoce de RN com indicação de medidas de intervenção que possam minimizar o impacto destas alterações no desenvolvimento global destes indivíduos.

Po 31 - Prevalência de Anencefalia em Itajaí - de janeiro de 2006 a dezembro de 2007

Éden Sartor Camargo, Fernando Krobel Filho, ***Larissa Alessandra Meh****l, Roque Antônio Foresti, Vanessa Priscilla Wiesner*

Introdução

A anencefalia, forma letal mais comum dentre as anomalias do SNC, consiste na ausência parcial ou completa da abóbada craniana, bem como na ausência de tecidos superiores e diversos graus de malformação cerebral. O Brasil é o quarto país do mundo em prevalência de anencefalia. Para cada 10.000 gestações levadas à termo, cerca de 9 são de anencéfalos, taxa mais de cinqüenta vezes maior que a observada em alguns países desenvolvidos[1].

Objetivo

Analisar a prevalência de anencefalia no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen (HMMKB), em Itajaí - SC.

Metodologia

Realizado um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, analisando os prontuários de recém-nascidos vivos e natimortos com anencefalia, de 01/01/2006 à 31/12/2007. Foram pesquisados 5.656 prontuários e analisadas as variáveis: tipo de gestação e parto, escolaridade, faixa etária, procedência, profissão, tabagismo, paridade materna, número de consultas de pré-natal, realização de US, sazonalidade, apgar, idade gestacional ao US, comprimento fetal, sexo, peso ao nascer e evolução.

Resultados

De Janeiro de 2006 a Dezembro de 2007 ocorreram 5.656 partos no HMMKB. Foram diagnosticados 5 casos de anencefalia, com prevalência de 0,88:1.000 nascimentos. Todas as gestações foram únicas e 1 parto foi vaginal. A média de anos de estudo maternos foi de 4,8 anos e a faixa etária média de 23,2 anos. Todas as gestantes eram de Itajaí e 4 delas "do lar". A média de consultas pré-natal foi 3,4 e todas realizaram US. A média de gestações foi 3,4 por mulher e 20% delas fumavam. A concepção ocorreu na primavera e outono. Apenas 1 feto teve apgar maior que 7 no primeiro minuto. A idade gestacional média ao US foi 31,38 semanas. O comprimento fetal médio foi 37,2 cm. O sexo feminino prevaleceu (60%). Três fetos tinham muito baixo peso ao nascer (<1.500g). Todos foram à óbito, sendo que 4 fetos eram natimortos (80%).

Discussão

Para cada 10 mil crianças nascidas vivas no Brasil há registro de 8,6 fetos anencéfalos, ficando o país atrás apenas do Chile, México e Paraguai. Porém, essa taxa é mais de cinqüenta vezes maior que a observada em países como França, Bélgica ou Áustria[2,3]. É possível que a anencefalia ocorra com freqüência semelhante entre os países, número superestimado aqui, pois o aborto é ilegal. Outro fato para essa diferença estaria relacionado à carência de ácido fólico. Sendo o Brasil mais pobre que países europeus, seria possível que a maior incidência de carências nutricionais justificasse essas diferenças[4]. A anencefalia é mais comum no sexo feminino e há maior suscetibilidade em mulheres com idade entre 20 e 34 anos[5,6,7]. A sazonalidade é relevante, sendo mais freqüente quando as concepções se dão no outono[6]. Há maior prevalência de anencefalia em RN com muito baixo e filhos de multíparas [6,7,8]. A cesárea é a via de parto de escolha e todos os fetos evoluem para óbito[7,8]. Baixa escolaridade materna é fator de risco para a ocorrência de anencefalia[9]. Por ser um estudo retrospectivo, não obtivemos dados sobre uso de ácido fólico prévio ou na gestação ou exposição à irradiação.

Conclusão

A prevalência de anencefalia encontrada em nosso estudo foi a mesma que a descrita na literatura. Novos estudos mostram-se necessários para um melhor conhecimento acerca de seus fatores de risco bem como de sua correlação com o aparecimento desta.

Po 32 - Riesgo neurologico en recien nacidos hijos de madres adictas a pasta base y otras drogas - Resultados preliminares

Dra. María Boidi - Dra. Ana Núñez - Dr. Gabriel González - Dra. Cristina Scavone.
Cátedra de Neuropediatría - Centro Hospitalario Pereira Rossell - Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

La adicción a pasta base y otras drogas durante embarazo, puede generar repercusiones biopsicosociales y en el neurodesarrollo del niño.

Objetivo Metodo

Analizar la repercusión neurológica al nacimiento y las comorbilidades prenatales en los hijos de estas madres consumidoras de pasta base y otras drogas. El criterio de inclusión fue el consumo de Pasta Base de gestantes durante el embarazo y que que lo manifiestan espontáneamente. Se realizó un trabajo prospectivo, longitudinal y observacional de 151 neonatos nacidos / atendidos en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el período comprendido entre el 1º de abril 2007 y el 30 de setiembre de 2008. De los 151 casos captados se excluyeron 2 por falta de datos.

Resultados de las madres

1. Edad media materna de 23 años.

2. Drogas consumidas: Pasta Base 100% de las madres, Alcohol 94 madres (63.0%), Tabaco 102 madres (68.4%), Marihuana 66 madres (44.2%), Cocaína Clorhidrato 28 madres (18.7%), Benzodizepinas 29 madres (19.4%), en el 94.7% se confirmó polidrogadicción.

3. Embarazos controlados 27 madres (18.1%) mal controlados 47 (31.5%) No controlados 77 madres (51.6 %).

4. Primigestas 36 madres (24.1 %), Secundigestas 42 madres (28.1%), Tercigesta 27 madres (18.1%), Cuarta gesta 16 madres (10.3%), Quinta gesta 20 madres (13.4%) multigestas de 6 a 11 gestas 10 madres.

5. Infecciones de transmisión sexual: Sífilis 33 madres (22.1%), HIV 11 madres (7.3%).

6. Alto riesgo social 141 de las madres (94.6%)

De los recien nacidos

1. 76 sexo masculino y 73 sexo femenino.

2. 93 fueron recién nacidos de terminos.

3. Restricción del crecimiento intrauterino 14 recien nacidos (9.3%), pequeños para la edad gestacional 64 recien nacidos (42.9%).

4. Drogas en orina: cocaína positivo 73 (48.9%), canabinoides 7 (4.69%).

5. En examen neurológico se encontró alteraciones en todos los neonatos (convulsiones, hiperexitabilidad, alteraciones del tono, fontanela anterior amplia).

6. 6 recién nacidos presentaron malformaciones compatibles con síndrome alcohol fetal (4%), 5 recién nacidos malformaciones mayores (3%).

En conclusión, destacamos el alto porcentaje de niños que nacen en hogares de alto riesgo social, de embarazos no controlados, que en más de un 25% asocian infecciones de transmisión sexual y el predominio de polidrogadicción, con el riesgo agregado que esto conlleva.

Po 33 - Utilização do Ultra-som Transfontanelar no diagnóstico das malformações congênitas cerebrais

Mauren J. S. Bodanese, Sergio Antonio Antoniuk; Eduardo B. Medeiros; Lincoln F. Nascimento, Tâmara A. Godinho, Lucia H. Coutinho dos Santos, Isac Bruck.
Centro de Neuropediatria do Hospital de Clinicas da UFPR - Curitiba, Brasil.

Objetivos

Avaliar a utilização do ultra-som transfontanelar (UST) na identificação das malformações (MF) cerebrais em recém nascidos e em lactentes.

Introdução

O UST é a técnica de imagem inicial mais utilizada na avaliação de enfermidades neurológicas em recém nascidos (RN) e lactentes, já que não requer sedação, pode ser realizado à beira do leito, é de baixo custo e bem tolerado por RN prematuros e crianças. É útil no diagnóstico das hemorragias intracranianas, algumas infecções intra-uterinas, neoplasias e das MF cerebrais (ex. anencefalias, holoprozencefalias, esquizencefalias e outras). Essas MF ocorrem em estruturas supra ou infratentoriais, no período embrionário e ocasionam danos ao desenvolvimento infantil de forma variável. As etiologias são muitas, desde mutações genéticas (malignas ou não) a distúrbios da neurulação, segmentação neuronal, migração neuronal e da simetria.

Material e métodos

Avaliamos, de forma retrospectiva e qualitativa, os exames de UST dos RN a termo e prematuros da UTI neonatal da UFPR e lactentes de até 18 meses do ambulatório de neuropediatria (CENEP) entre 1984 – 2008 para estabelecer quais as MF cerebrais mais frequentemente encontradas.

Resultados

A MF cerebral mais freqüente foi a hidrocefalia associada à estenose de aqueduto (aumento dos ventrículos laterais, do III ventrículo e com IV ventrículo normal). A segunda foi a MF de Arnold-Chiari (massa intermediária aumentada, deslocamento inferior do IV ventrículo e obliteração da cisterna magna) seguida pela MF de Dandy-Walker (aumento do IV ventrículo e deslocamento superior do tentório), holoprosencefalia (ventrículo único), agenesia de corpo caloso, aneurisma da Veia de Galeno (imagem hipoecogênica ou ecogenicidade variável) e cisto aracnóide.

Conclusão

Sendo assim, podemos concluir que as MF cerebrais são enfermidades neurológicas relativamente comuns e que o UST é um excelente exame para o diagnóstico da maioria delas. Além disso, é de fácil realização, rápido e não invasivo, podendo ser realizado na própria UTI neonatal. A identificação de uma MF cerebral pelo UST exige complementação da investigação com exames de maior definição (TC e RNM de crânio), pois o diagnóstico apropriado é fundamental para o tratamento correto e possível seguimento, incluindo aconselhamento genético para gestações futuras.

Po 34 - Valor da Poligrafia Neonatal Seriada na Encefalopatia Hipóxica-isquêmica como valor prognóstico

***Márcia de Oliveira Nicolini Nosralla**, Carlos Eduardo Nosralla*

Hospital Alvorada de Santo Amaro – UTI Neonatal – Serviço de Neurofisiologia Clínica - São Paulo – S.P.

Introdução

A Encefalopatia Hipóxica - Isquêmica (E.H.I.) é um dos fatores mais importantes de mortalidade e morbidade no período neonatal e a maior causa de déficit neurológico não progressivo em crianças. Nos primeiros dias de vida após a anoxia perinatal, a avaliação da função cerebral é muito importante. Com isso, o exame neurológico e a Poligrafia Neonatal (P.N.) auxiliam na determinação do prognóstico neurológico.

Objetivo

Determinar o prognóstico neurológico de um recém- nascido a termo com anoxia perinatal grave pelo exame neurológico e P.Ns seriadas.

Relato de caso

Recém - nascido a termo, com idade gestacional de 40 2/7 semanas, nascido de parto normal, com período expulsivo prolongado, com o Índice de Apgar de 2 (1'), 4 (2'), 4 (5') e 4 (10') e com peso de 2870 gramas. Apresentou crises convulsivas, caracterizadas por movimentos mastigatórios e clônicos de membros inferiores com 3 horas e 24 horas de vida. Necessitou de uso contínuo de Fenobarbital e Difenilhidantoína. Foram realizadas P.Ns com 3 dias de vida (padrão surto- supressão com pontas positivas em região temporal bilateral), com 7 dias de vida (padrão surto-supressão), com 14 dias de vida (padrão de baixa amplitude e crise eletroclínica com ondas nas freqüências alfa central bilateral, acompanhada de taquipnéia e movimentos tônicos dos membros), com 1 mês de vida (descargas epileptiformes multifocais). Aos 2 anos de idade, apresenta crises epilépticas de difícil controle medicamentoso e necessita de uso contínuo de Fenobarbital, Clobazan e de Lamotrigina. Evoluiu com tetraplegia espástica. O Eletrencefalograma atual é compatível com hipsarritmia fragmentada.

Discussão

O valor prognóstico da P.N. é determinado pela atividade elétrica cerebral de base (a.e.c.b.), a presença de descargas epileptiformes (com ou sem crises clínicas) e a presença de descargas paroxística, como as pontas positivas. Na E.H.I., quando a P.N. apresenta uma a.e.c.b. normal, sugere um bom prognóstico. Registros com a.e.c.b. alterada (isoelétrico; baixa amplitude; surto - supressão; crises convulsivas; pontas positivas) são geralmente, associados com maior seqüela neurológica ou morte. No nosso caso, a P.N. seriada mostrou uma a.e.c.b. alterada, correlacionando- se a mau prognóstico neurológico.

Po 35 - Ultra-sonografia intracraniana: uma proposta de classificação dos achados normais

***Eduardo Borges de Medeiros**, Sérgio Antonio Antoniuk, Mauren Janine Schlindwein Bodanese, Lincoln Francisco do Nascimento, Tamara Andrade Godinho, Regina Vieira Cavalcanti Silva, Mitsuru Miyaki Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Isac Bruck.*

Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Introdução

Ultra-sonografia intracraniana (USC) é a técnica de imagem inicial mais utilizada no estudo das enfermidades neurológicas dos recém-nascidos (RN). Não utiliza radiações ionizantes, não requer sedação, pode ser realizada à beira do leito e é de baixo custo. Aplicada através da fontanela anterior dos RN não só permite estudar o conteúdo intracraniano através das imagens, mas também a medida da velocidade do fluxo cerebral através da técnica Doppler. Ajuda no diagnóstico, interfere na decisão terapêutica e seguimento dos pacientes e ainda apresenta grande relação custo/benefício para nossa sociedade. Permite o diagnóstico das principais lesões intracranianas dos RN e lactentes. Na descrição das imagens utilizam-se termos para descrever as estruturas que designam a intensidade dos ecos relacionados a uma estrutura de referência: hiperecogênica (ecogenicidade aumentada), hipoecogênica (ecog. diminuída), isoecogênica (ecogen. referência) e anecogênica (ausência de ecog.) respectivamente de ecogenicidade maior, menor, igual à referência e sem ecos (p.ex.: hiperecogênica - osso, hipoecogênica - músculo, hipoecogênica e/ou anecogênica - líquido de um cisto).

Objetivo

Apresentar uma proposta de classificação das estruturas cerebrais de RN de acordo com o grau de ecogenicidade. Método: através da realização rotineira deste exame na UTI Neonatal do Hospital de Clínicas da UFPR propomos um sistema de classi-

ficação. Colocando o transdutor sobre a fontanela anterior e através de 8 planos de corte coronais e 3 sagitais podemos determinar os Graus de Ecogenicidade.

Resultados

(0) ecogenicidade normal/referência: parênquima cerebral; (+1) ecogenicidade levemente aumentada: centros semi-ovais, foice, fissuras, núcleos da base, seio esfenóide, ponte e bulbo, vérmis e tentório do cerebelo, fissura coróide, artéria basilar e cisterna interpeduncular; (+2) ecogenicidade moderadamente aumentada: sulcos cerebrais, polígono de Willis, fissura coróide, artérias cerebrais médias, plexo coróide e osso occipital; (+3) ecogenicidade muito aumentada: ossos do crânio e sela túrcica; (-1) ecogenicidade levemente diminuída: esplênio do corpo caloso, tronco cerebral e hemisférios cerebelares; (-2) ecogenicidade muito diminuída (anecóica): sistema ventricular, cisterna magna, cavum vergae e do septo pelúcido.

Conclusão

A classificação de acordo com a quantificação do grau de ecogenicidade das estruturas cerebrais é viável e traz uma linguagem baseada em critérios objetivos. A ultra-sonografia intracraniana não substitui outros exames de neuroimagem, sendo exame de screening, necessitando do auxílio de outros para a confirmação diagnóstica.

UM ÓTIMO SIMPÓSIO A TODOS