

e/ou leucomalácia; IG e peso ao nascimento semelhantes). Conclusão: Dados preliminares indicam que crianças nascidas muito e extremamente prematuras podem apresentar função pulmonar esperada para a idade. No entanto, eventos neonatais como displasia pulmonar e lesões do SNC impactam de forma significativa uma parte desta população prematura, prejudicando a função pulmonar e contribuindo para uma menor força da musculatura inspiratória.

1842

TESTE DA ORELHINHA NA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: AÇÃO INOVADORA E EMPREENDEDORA QUE PROMOVE ACESSO AO EXAME PARA CRIANÇAS COM ATÉ 6 MESES DE IDADE QUE NÃO NASCERAM NO HCPA

CATEGORIA DO TRABALHO: PRÁTICAS INSTITUCIONAIS INOVADORAS

Gabriele Alves Ferraz de Elly, Débora Ruttke Von Saltiel, Denise Saute Kochhann, Cassandra Caye Anschau, Letícia Cardoso Decio, Deborah Salle Levy

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) também conhecida como Teste da Orelhinha tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes, devendo este exame ser realizado até o primeiro mês de vida dos neonatos, ou até o terceiro mês de vida dos lactentes (idade corrigida). Consiste em testes com medidas eletroacústicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhar os bebês com alteração auditiva para diagnóstico e realizar intervenções adequadas à criança e sua família. A TAN compreende ações a serem concretizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re)habilitação. Objetivo: Promover o acesso ao teste da orelhinha de bebês com até 6 meses de idade internados na Internação Pediátrica, que nasceram em outras instituições. Metodologia: A partir da lista de internados na pediatria, são identificados os pacientes com até 6 meses de idade. Após, a Equipe da TAN verifica pessoalmente com a família se ao nascer (independente da cidade ou estado) o bebê realizou o teste da orelhinha, através do registro na caderneta da criança. Quando identificado algum bebê sem registro de realização do teste, a equipe médica responsável é contatada e verificamos a possibilidade de executar o exame antes da alta hospitalar. Modificações da prática: Diretrizes nacionais e internacionais preconizam que todos os bebês realizem o teste da orelhinha, como determina a Lei Federal 12.303/2010. Este é feito preferencialmente antes da alta hospitalar, seja na Internação Obstétrica ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Diversos fatores podem fazer com que o bebê não tenha acesso ao exame auditivo e em casos de perdas auditivas, sendo estas identificadas tardiamente, impactam em prejuízos ao desenvolvimento infantil. Tendo em vista esta demanda, a equipe da triagem auditiva do HCPA identificou a necessidade de incluir a rotina de realização da TAN na internação pediátrica e assim promover a investigação nos bebês que ao nascer não realizaram o exame. Consideramos que mudanças na prática assistencial da Triagem Auditiva Neonatal proporcionaram o acesso dos bebês ao teste da orelhinha, oportunizando que estes tenham garantido o diagnóstico audiológico, quando necessário. A Equipe da TAN também aciona a Coordenadoria Regional de Saúde para que o paciente tenha o acesso garantido na sua região.

1880

PREVALÊNCIA DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR E HIPERTENSÃO PULMONAR E MORTALIDADE ENTRE PREMATUROS

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Valentina Coutinho Baldoto Gava Chakr, Rita de Cássia Dos Santos Silveira, Renato Soibelman Procianoy, Carolina Real Cappellaro, Maria Eduarda de Freitas Horn, Patrícia Martins de Moura Barrios, Stelamaris Luchese

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

INTRODUÇÃO: O nascimento prematuro está associado ao desenvolvimento de diversas comorbidades, como a displasia broncopulmonar (DBP) e a hipertensão pulmonar relacionada à DBP (HP). A prevalência (PV) de DBP é inversamente relacionada à idade gestacional (IG) ao nascimento. Já a PV de HP é inversamente relacionada à gravidade da DBP. No Brasil, ainda

não existem estudos sobre a prevalência de HP. OBJETIVOS: Determinar a PV de DBP, HP, e a mortalidade associada a esses fatores. MÉTODOS: Coorte prospectiva de PMT nascidos com IG < 33 semanas, e com peso entre 500 e 1500g. Os critérios de exclusão foram: cardiopatias congênitas (exceto persistência do canal arterial, forame oval patente e comunicação interventricular <2mm), anomalias congênitas letais, hérnia diafragmática congênita, hipoplasia pulmonar e hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. DBP foi definida como a necessidade de suporte ventilatório para manter saturação de oxigênio entre 90-95% na IG corrigida de 36 semanas. HP foi definida como velocidade máxima do jato de regurgitação da tricúspide > 2,9 m/s em ecocardiograma (Eco) realizado com IG corrigida de 36 semanas ou antes, se alta hospitalar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. RESULTADOS: Este estudo tem previsão de duração de 4 anos, sendo aqui apresentados dados parciais, de neonatos nascidos entre 10/3/21 e 15/7/21. Foram incluídos 25 indivíduos. Três foram excluídos por cardiopatia congênita em Eco pós-natal. Dois indivíduos faleceram (com 8 e 17 dias de vida), um deles por causa relacionada à HP (mortalidade = 4,5%). Há 6 neonatos em seguimento que ainda não chegaram às 36 semanas de IG corrigida. Assim, 14 neonatos com Eco foram analisados quanto à PV de DBP e HP. Destes, 36% eram do sexo masculino, com peso mediano de 1110g (intervalo interquartil, IQ = 929-1388g), sendo 57% pequenos para a IG. A IG mediana de nascimento foi de 30,0 semanas (IQ = 29,4-31,3). Dois neonatos tiveram diagnóstico de DBP (PV = 9,1%), e nenhum de HP. CONCLUSÕES: A PV de DBP foi menor do que a encontrada em outras populações, provavelmente pelo fato de a PV da DBP normalmente ser calculada considerando-se os nascidos com IG < 29 semanas (2 neonatos em nossa coorte tiveram IG < 29 semanas). Com a continuidade do estudo, conclusões mais precisas poderão ser feitas quanto à mortalidade e à PV de HP.

1898

PACIENTE COM DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS EM UMA UTIP TERCIÁRIA: EPIDEMIOLOGIA, MORTALIDADE E REINTERNAÇÃO.

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Mayara Lima Gubert, Lorenzo Casagrande Reggiani, Paulo Roberto Antonacci Carvalho

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

OBJETIVOS Tem como objetivo primário a análise de subgrupos de crianças com doenças onco-hematológicas (DOH) admitidas na UTI pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de 2002 a 2012. Outros objetivos específicos foram previamente definidos, como: correlacionar os subgrupos de DOH a desfechos de reinternação; correlacionar subgrupos de DOH com internação prolongada (>14 dias); correlacionar subgrupos de DOH com mortalidade. MÉTODOS Tem como delineamento um estudo de coorte transversal, retrospectivo, baseado no registro das admissões e no banco de dados da UTI pediátrica, sendo que a população estudada são crianças admitidas na UTIP do HCPA no período de 01/01/2002 a 31/12/2013. RESULTADOS De um total de 5501 pacientes admitidos no período de estudo na UTIP, 428 (+ 8%) apresentavam alguma doença onco-hematológica. Entre os pacientes com doença onco-hematológica, 55,1% era do sexo masculino. A idade média, em anos, desses pacientes foi de 7,25 anos e a mediana de 6,08. A média de permanência na UTIP foi de 4,4 dias, sendo que 80% permaneceu por mais de 7 e menos que 14 dias. Desses pacientes, 42% apresentaram, pelo menos, uma internação prévia. Entre as DOH, as doenças onco-hematológicas não especificadas (34%), os tumores do SNC (15,2%) e a leucemia linfóide aguda (LLA) (16,6%) foram as mais frequentes. A chance de morte para os pacientes com LLA é cerca de 7 vezes a chance daqueles do grupo sem LLA (odds ratio 7,42; IC 4,59 - 12; p = 0,000). CONCLUSÃO Dessa forma, é importante conhecer o perfil clínico e demográfico dessas crianças, pois esses dados podem auxiliar instituições hospitalares a entender o impacto das DOH na gestão de recursos e leitos de UTIP, além de otimizar o manejo e cuidado desses pacientes. Ademais, algumas DOH estão associadas a maior mortalidade na UTIP, o que pode auxiliar no manejo clínico desses pacientes quando admitidos em uma unidade de tratamento intensivo.