



7ª Conferência de Atualização Médico-Científica CENTRIC 2024



Acesse o arquivo digital.
Use a câmera do
smartphone ou tablet.

 **Chiesi**

7ª CONFERÊNCIA DE ATUALIZAÇÃO MÉDICO-CIENTÍFICA CENTRIC 2024

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A DISPLASIA BRONCOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS: O PAPEL DO SURFACTANTE, CAFEÍNA E OUTROS ASPECTOS

Dr. David Sweet, MD, MRCP (Ire), FRCPCH

Neonatologista Consultor, Unidade Neonatal Regional, da *Royal Maternity Hospital*; Professor Clínico Honorário do Departamento de Saúde Infantil, *Queen's University*, Belfast, Reino Unido

O cuidado com a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDR) no recém-nascido evolui na medida em que surgem novas evidências. A otimização dos desfechos de bebês com SDR inclui a predição do risco de parto prematuro, transferência adequada da mãe para o centro de cuidados perinatais e uso de esteroides antes do nascimento de forma apropriada e no tempo correto. O manejo protetor dos pulmões baseado em evidências inclui o início de suporte respiratório não invasivo desde o nascimento, uso criterioso de oxigênio, administração precoce de surfactante, uso de terapia com cafeína e minimização do uso de intubação e ventilação mecânica.¹

O objetivo do manejo atual da SDR no recém-nascido é maximizar a sobrevivência ao mesmo tempo em que se minimizam as complicações, como o pneumotórax e a displasia broncopulmonar.¹ As recomendações mais atuais sobre esse tópico estão nas Diretrizes Europeias para o Manejo da SDR, atualização de 2022, das quais são destacados alguns pontos a seguir.¹

SALA DE PARTO

Algumas estratégias influenciam os desfechos na sala de parto: buscar fazer o clampeamento tardio do cordão umbilical; evitar a intubação de rotina, se possível; estabilizar o bebê com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP); evitar o uso excessivo de máscaras e balões na ventilação, e evitar a hipotermia.¹

Recomendações das Diretrizes Europeias para a estabilização na sala de parto	Qualidade da evidência e nível da recomendação
<ul style="list-style-type: none">Retardar o clampeamento do cordão umbilical em pelo menos 60 segundos.	A1
<ul style="list-style-type: none">Usar a peça T em vez de balão e máscara.	B1
<ul style="list-style-type: none">Estabilizar neonatos prematuros que respiram espontaneamente com CPAP.Quando apneicos, usar insuflação pulmonar com pressão inspiratória de 20-25 cm H₂O.	A1 D2
<ul style="list-style-type: none">Reservar a intubação para neonatos que não respondam à ventilação com pressão positiva com máscara facial ou prongas nasais.	A1

CPAP: pressão positiva contínua nas vias aéreas.

Adaptada de: Sweet DG, et al. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23.¹

ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE

O tratamento com surfactante melhora a sobrevivência e reduz a ocorrência de pneumotórax, tendo papel essencial no manejo da SDR.¹

Recomendações das Diretrizes Europeias para a administração de surfactante	Qualidade da evidência e nível da recomendação
<ul style="list-style-type: none">• Neonatos prematuros com menos de 30 semanas que necessitem de intubação devem receber surfactante.	A2
<ul style="list-style-type: none">• Neonatos com SDR e que necessitem de tratamento devem receber surfactante de origem animal.	A1
<ul style="list-style-type: none">• LISA é o método preferencial para administração de surfactante em neonatos mantidos em CPAP.	A1
<ul style="list-style-type: none">• A administração de surfactante por meio de máscara laríngea pode ser usada para neonatos mais maduros, com mais de 1,0 kg de peso.	B2
<ul style="list-style-type: none">• Para a terapia de resgate, a dose inicial de 200 mg/kg de alfacoractanto é melhor do que 100 mg/kg de alfacoractanto ou 100 mg/kg de beractanto.	A1
<ul style="list-style-type: none">• O surfactante de resgate deve ser administrado no início do curso da doença.• Recomenda-se tratar os neonatos que apresentem piora da SDR quando $FiO_2 > 0,30$ em CPAP com pressão ≥ 6 cm H_2O ou quando a ultrassonografia de pulmão sugerir a necessidade de surfactante.	A1 B2
<ul style="list-style-type: none">• Uma segunda dose de surfactante, e ocasionalmente uma terceira dose, pode ser administrada se houver evidência contínua de SDR, tal como a persistência de requerimento alto de FiO_2, e outros problemas tiverem sido excluídos.	A1

CPAP: pressão positiva contínua nas vias aéreas; FiO_2 : fração de oxigênio inspirado; LISA: *less invasive surfactant administration* (administração de surfactante menos invasiva); SDR: síndrome do desconforto respiratório agudo.
Adaptada de: Sweet DG, et al. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23.¹

ESTRATÉGIAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

O objetivo da ventilação mecânica é oferecer um nível aceitável de gases para a corrente sanguínea pela ventilação com um volume pulmonar ótimo, ao mesmo tempo evitando-se a distensão excessiva e a atelectasia.¹ A ventilação mecânica deve ser usada em neonatos com SDR quando outros métodos de suporte respiratório tenham falhado.¹ A duração da ventilação mecânica deve ser minimizada.¹ Os modos de ventilação mecânica que sejam protetores da função pulmonar devem ser a primeira escolha em neonatos com SDR e que necessitem de ventilação, tais como a ventilação de volume-alvo e a ventilação de alta frequência por oscilação.¹

USO DE CAFEÍNA

A cafeína (20 mg/kg para indução, 5-10 mg/kg para manutenção) pode ser usada para facilitar o desmame da ventilação mecânica. O uso precoce de cafeína pode ser considerado para neonatos de alto risco para uso de ventilação mecânica.¹ Outras estratégias para a minimização da ventilação mecânica são a hipercapnia permissiva, uso de esteroides no período pós-natal e indicação seletiva da sedação.¹

A cafeína é um estimulante respiratório, e a terapia com cafeína é hoje um aspecto bem estabelecido do cuidado respiratório dos recém-nascidos.¹

Um estudo recente mostrou que, em neonatos prematuros mantidos em CPAP, o uso precoce de cafeína e LISA levou a uma frequência menor de intubação endotraqueal nas primeiras 72 horas de vida.² **A intubação foi necessária em 23% dos neonatos que receberam cafeína + LISA e em 53% daqueles que receberam cafeína + CPAP (odds ratio de 0,258; intervalo de confiança de 95%: 0,136 a 0,490; p<0,001).**²

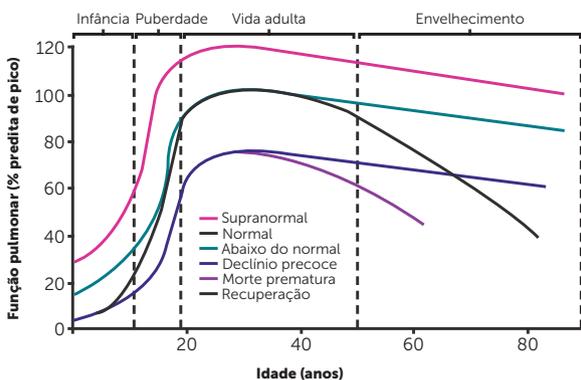
O CONTINUUM DO CUIDADO PULMONAR EM INDIVÍDUOS NASCIDOS PREMATUROS

Dr. Federico Bianco, PhD

Chefe da Divisão CARE – Área Médica Global – Chiesi, IT
Head of CARE – Global Medical Affairs – Chiesi, IT

Os déficits pulmonares na infância acabam tendo importantes implicações na vida adulta. A trajetória da função pulmonar normal apresenta três fases, como apresentado na **figura 1**.

Figura 1. Trajetórias da função pulmonar potencial ao longo da vida



Adaptada de: Agusti A, Faner R. *Lancet Respir Med.* 2019 Apr;7(4):358-64.³

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por um declínio acelerado da função pulmonar – um envelhecimento dos pulmões –, que tradicionalmente está associado com o tabagismo.³ Entretanto, cerca de 30% dos pacientes com DPOC no mundo todo jamais fumaram, e o declínio também pode ser devido a outros fatores, incluindo lesões e remodelamento pulmonar. Cerca de 40% dos déficits de função pulmonar aos 6-7 anos de idade já estão presentes no nascimento.³ Uma revisão sobre o assunto mostrou que os sobreviventes de displasia broncopulmonar apresentam um volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁) significativamente menor do que a população de referência.

Esses indivíduos geralmente apresentam uma limitação variável ao fluxo de ar no primeiro ano de vida, com pequena evidência de recuperação. Em muitos desses indivíduos, a VEF₁ não vai alcançar o valor máximo no início da vida adulta, e a fase de declínio vai se iniciar com um valor máximo substancialmente reduzido.⁴

O abandono do tabagismo e a menor exposição a poluentes na infância e adolescência, o acompanhamento de perto dos indivíduos nascidos prematuros e a promoção da atividade física e dieta saudável devem ser encorajados para garantir o crescimento adequado e reduzir o declínio da função pulmonar.^{3,5} O primeiro inverno da vida dos neonatos com displasia broncopulmonar grave é uma grande preocupação.⁵

Em casos de displasia broncopulmonar moderada a grave ou de exacerbações frequentes, é importante fazer o acompanhamento com um pneumologista pediátrico para avaliação dos sintomas pulmonares e medida da função pulmonar.⁵ Dada a imaturidade e menor competência do sistema imunológico, não deve haver atrasos na vacinação de neonatos prematuros.⁵ Depois dos 5 anos de idade, a espirometria é uma ferramenta simples e não invasiva, sendo útil no acompanhamento longitudinal de crianças em idade escolar que nasceram prematuras, especialmente se apresentam displasia broncopulmonar.⁵

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES: SEPSE NEONATAL

Profa. Dra. Rita de Cássia Silveira – CRM-RS 18.875

Professora Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RS
Chefe do Serviço de Neonatologia e Coordenadora do Ambulatório de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS

A sepse neonatal é uma síndrome clínica com alterações hemodinâmicas e sistêmicas pela infecção de sangue ou liquor no primeiro mês de vida, sendo importante causa de sequelas neurocognitivas e morbimortalidade neonatal.⁶ A sepse neonatal é considerada precoce quando ocorre nas primeiras 72 horas de vida e tem origem em contaminação e infecção no período periparto por microrganismos geniturinários da mãe, como *Streptococcus agalactiae* e *Escherichia coli*.⁶ Já a sepse neonatal tardia envolve recém-nascidos hospitalizados por período prolongado infectados por patógenos do ambiente hospitalar, entre eles *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e fungos.⁶

O diagnóstico da sepse neonatal é complexo, já que os sinais e sintomas são inespecíficos e os exames complementares são pouco precisos. A observação contínua do paciente e a avaliação cuidadosa dos sinais clínicos e de fatores de risco são fundamentais para a suspeita diagnóstica. Na suspeita, a coleta de exames é essencial antes do início da antibioticoterapia empírica. Os principais mecanismos de prevenção da sepse neonatal são a lavagem de mãos e o uso do leite materno.⁶

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES: PREMATURO TARDIO

Prof. Dr. Paulo Nader – CRM-RS 8.808

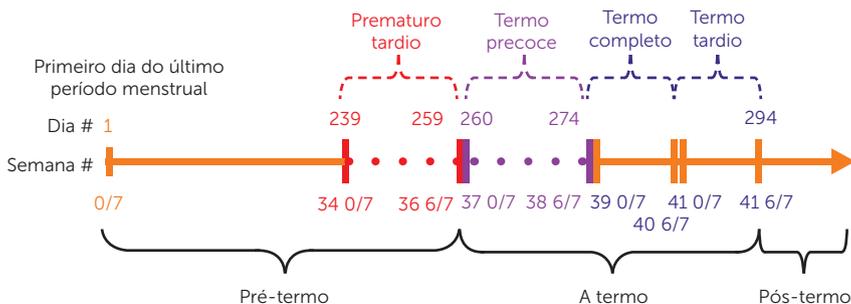
Neonatólogo do Hospital Universitário de Canoas, RS

Doutor em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), RS

Preceptor da Residência de Neonatologia – Hospital Universitário de Canoas, RS

Os prematuros tardios são bebês nascidos entre 34 semanas e 0/7 dias até 36 semanas e 6/7 dias. **(Figura 2)** Essa definição enfatiza a imaturidade fisiológica e a maior morbidade e mortalidade que apresentam esses bebês e oferece uma linguagem estruturada para que médicos, pesquisadores e criadores de políticas públicas possam usar para se referir a essa população de forma consistente.⁷

Figura 2. Definições dos períodos de idade gestacional

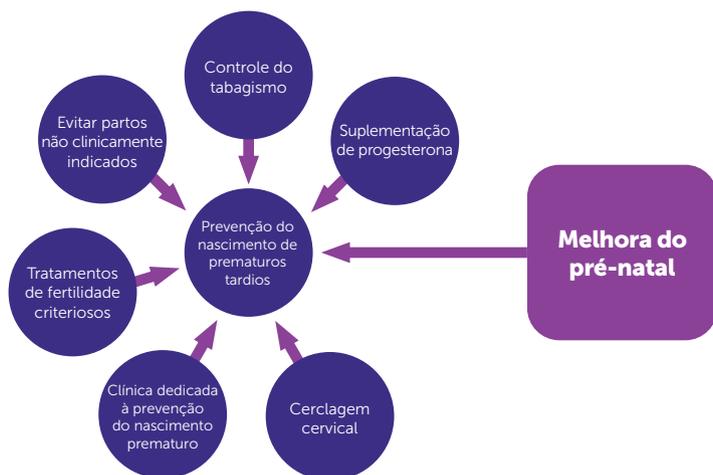


Adaptada de: Kardatzke MA, et al. *NeoReviews*. 2017;18(5):e265-76.⁷

As taxas de morbidade aumentam de 2,5% na semana 40 de gestação para 52% na semana 34 de gestação, com as taxas dobrando para cada semana de gestação antes da semana 38. Os riscos de desfechos subnormais de longo prazo no neurodesenvolvimento, cognição, educação, comportamento, saúde psiquiátrica e saúde social são maiores nos prematuros.⁷

Essas diferenças em desfechos são importantes, uma vez que os desfechos subnormais afetam a saúde médica, emocional e financeira do indivíduo, da sua família e da comunidade local e nacional. Portanto, os esforços para redução dos problemas associados aos nascimentos prematuros e seus desfechos subnormais são essenciais.⁷ **(Figura 3)**

Figura 3. Iniciativas importantes na prevenção dos nascimentos prematuros tardios



Adaptada de: Kardatzke MA, et al. *NeoReviews*. 2017;18(5):e265-76.⁷

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES: ENTEROCOLITE NECROTIZANTE

Profa. Dra. Walusa Assad Gonçalves Ferri – CRM-SP 101.781

Professora Associada da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP
Livre-Docente pela FMRP-USP, SP

A enterocolite necrotizante (ECN) é uma síndrome de necrose devastadora que afeta o intestino de recém-nascidos, especialmente aqueles prematuros e com baixo peso ao nascer, apresentando prevalência de 1%, que pode chegar a 11% nos bebês com peso muito baixo ao nascer (<1.500 g) e 22% naqueles com peso extremamente baixo ao nascer (<1.000 g).⁸

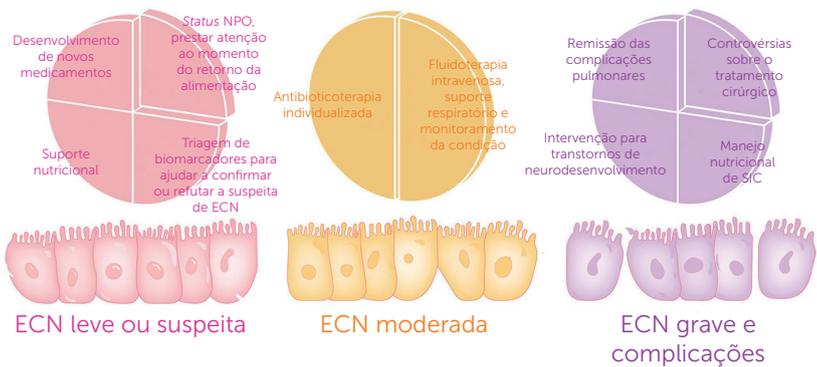
A taxa de mortalidade total em neonatos diagnosticados com ECN é de 23,5%, chegando a 50,9% em neonatos com peso extremamente baixo ao nascer com ECN e submetidos a cirurgia.⁸

Mesmo quando sobrevivem, o prognóstico para esses bebês é ruim, com transtornos do neurodesenvolvimento e falência intestinal, sendo suas complicações mais graves, envolvendo 24,8% e 15,2% de todas as crianças com ECN e 59,3% e 35,3% dos bebês com ECN que necessitam de cirurgia, respectivamente.⁸

A confirmação do diagnóstico de ECN é complexa e não há indicadores clínicos com boa especificidade e alta sensibilidade. Atualmente, o estadiamento clínico da enterocolite necrotizante é feito por meio da escala de Bell, que integra as manifestações clínicas e radiológicas observadas e classifica o caso em estágio I, II ou III de acordo com a gravidade.⁸ (Figura 4)

Atualmente, as medidas mais aceitas de tratamento e prevenção são regimes de alimentação padronizados, alimentação progressiva, uso do leite materno, antibioterapia profilática e probióticos.⁸

Figura 4. Resumo dos tratamentos para a enterocolite necrotizante de acordo com a gravidade da doença



ECN: enterocolite necrotizante; NPO: *nil per os*, nada por via oral; SIC: síndrome do intestino curto.
Adaptada de: Hu X, et al. *Pediatr Surg Int.* 2024 Jan 10;40(1):32.⁸

ACOMPANHANDO OS SEUS DADOS PARA MELHOR REALIZAR AS INTERVENÇÕES. DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS À MEDIÇÃO DOS RESULTADOS

Enfa. Karina Pires – COREN-SP 92.838

Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela Universidade Nova de Lisboa
Fundadora do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, SP

O cuidado inseguro leva a dano desnecessário aos pacientes e tem impacto considerável nos indivíduos, no sistema de saúde e na economia global. O cuidado inseguro causa mais de 3 milhões de mortes no mundo inteiro todos os anos, com impacto similar ao do HIV/AIDS ou de acidentes de trânsito. Apesar de o cuidado inseguro ser um fardo enorme para os indivíduos e para a sociedade, os danos ao paciente podem ser prevenidos por mudanças nas práticas e nos comportamentos, políticas melhores e mais investimentos. Entretanto, independentemente de a conscientização sobre esse problema estar aumentando, a segurança do paciente permanece sendo um enorme problema de saúde pública.⁹

O impacto do cuidado inseguro

1 a cada 10 pacientes sofrem um evento adverso

50% desses eventos poderiam ser evitáveis

4 a cada 100 pacientes vão a óbito por cuidado inseguro em países em desenvolvimento

Adaptada de: OECD, 2020. Disponível em <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>.⁹

Os erros no cuidado foram a terceira causa de morte nos EUA em 2013.

Causas de morte nos EUA em 2013



DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

Adaptada de: Makary MA, Daniel M. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139.¹⁰

O impacto para o sistema de saúde

Custos diretos:
US\$ 6 a US\$ 29 bilhões por ano

Danos colaterais:
Perda da confiança no sistema, da reputação e credibilidade

Assistência à saúde no Brasil em 2018

54,7 mil mortes por erros

6 mortes por hora

Adaptada de: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/255507>.¹¹ IESS, 2018. Disponível em https://www.ies.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018_0.pdf.¹²

A segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN)

Os pacientes em UTINs correm alto risco e necessitam de uma avaliação detalhada dos danos para orientar os esforços de segurança do paciente.¹³

Situações de agravamento:

Prematuros de baixo peso e muito baixo peso

Tipos de incidentes:

Medicamentos, IRAS, lesão cutânea e dispositivos vasculares

Nas UTINs, os erros ocorrem **3 vezes** mais frequentemente do que no atendimento de adultos

Estimam-se **74 eventos** para cada 100 neonatos

Erros de medicação ocorrem em **55 vezes** a cada **100** admissões

IRAS: infecção relacionada à atenção à saúde

Adaptada de: Sharek PJ, et al. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1332-40.¹³ Kaushal R, et al. *JAMA*. 2001 Apr 25;285(16):2114-20.¹⁴ Lanzillotti L da S, et al. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Mar; 20(3):937-46.¹⁵

Objetivos de 2021 para a segurança materna e neonatal¹⁶



- Reduzir práticas desnecessárias e prejudiciais para mulheres e recém-nascidos durante o parto;
- Fortalecer a capacidade e o apoio dos profissionais de saúde para cuidados maternos e neonatais seguros;
- Promover cuidados respeitosos para um parto seguro;
- Melhorar o uso seguro de medicamentos e transfusões de sangue durante o parto; e
- Reportar e analisar incidentes de segurança no parto.

Os cinco objetivos do Dia Mundial da Segurança do Paciente para 2021 visam melhorar a segurança materna e neonatal no local de atendimento e acelerar a ação em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução da mortalidade materna e fim das mortes evitáveis de recém-nascidos até 2030.¹⁶

A estratégia QUALINEO foi criada pelo Ministério da Saúde para reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades.¹⁷



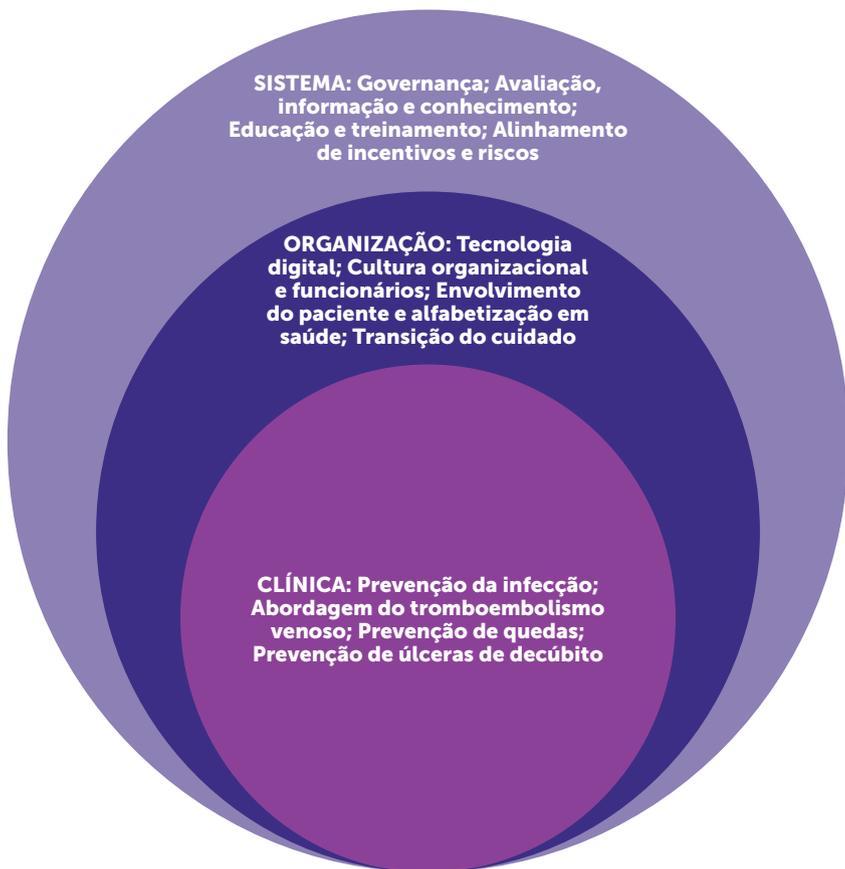
10 PASSOS para o Cuidado Neonatal

- 01 Siga as **normas de reanimação neonatal** e **previna a hipotermia**.
- 02 Use **CPAP desde a sala de parto** e **evite intubar** o recém-nascido.
- 03 **Controle o uso de oxigênio**. Evite a hiperóxia.
- 04 **Alimente o RN o mais precoce possível** e de preferência com o **leite materno/humano**.
- 05 **Higienize as mãos** e **evite antibióticos desnecessários**.
- 06 Faça **uso criterioso de medicamentos** (aminas, **analgésicos** e **sedativos**).
- 07 **Pratique o Método Canguru** e **integre a família e a equipe** interprofissional no **cuidado individualizado**.
- 08 **Siga as normas de segurança do paciente** no cuidado com o RN.
- 09 Utilize de forma racional os recursos existentes e pratique o **gerenciamento de leitos**.
- 10 Utilize os **indicadores de sua unidade neonatal** como **fonte de melhorias e de aprendizado** da equipe.



Intervenções por camadas: A melhora da segurança requer uma abordagem do sistema como um todo.⁹ (Figura 5)

Figura 5. Exemplo da intervenção por camadas na segurança do paciente



Adaptada de: OECD, 2020. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>.

Intervenções de impacto: A seleção da melhor estratégia para a redução do risco não é simples. Algumas delas envolvem o desenho do sistema e são as mais efetivas, outras envolvem os fatores humanos e tendem a ser menos efetivas.¹⁸ (Figura 6)

Figura 6. Fatores relacionados à seleção da estratégia para redução do risco



Adaptada de: IMSN. Disponível em: <https://www.intmedsafe.net/wp-content/uploads/2019/05/G-TMSBP-IMSN-June-2019.pdf>.¹⁸

REFERÊNCIAS

1. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23.
2. Katheria A, Ines F, Banerji A, Hopper A, Uy C, Chundu A, et al. Caffeine and Less Invasive Surfactant Administration for Respiratory Distress Syndrome of the Newborn. *NEJM Evid*. 2023 Dec;2(12):EVIDoaz300183.
3. Agustí A, Faner R. Lung function trajectories in health and disease. *Lancet Respir Med*. 2019 Apr;7(4):358-64.
4. Baraldi E, Filippone M. Chronic lung disease after premature birth. *N Engl J Med*. 2007 Nov 8;357(19):1946-55.
5. Bonadies L, Cavicchiolo ME, Priante E, Moschino L, Baraldi E. Prematurity and BPD: what general pediatricians should know. *Eur J Pediatr*. 2023 Apr;182(4):1505-16.
6. Procianny RS, Silveira RC. The challenges of neonatal sepsis management. *J Pediatr (Rio J)*. 2020 Mar;96:80-6.
7. Kardatzke MA, Rose RS, Engle WA. Late Preterm and Early Term Birth: At-risk Populations and Targets for Reducing Such Early Births. *NeoReviews*. 2017;18(5):e265-76.
8. Hu X, Liang H, Li F, Zhang R, Zhu Y, Zhu X, Xu Y. Necrotizing enterocolitis: current understanding of the prevention and management. *Pediatr Surg Int*. 2024 Jan 10;40(1):32.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) [homepage na internet]. The Economics of Patient Safety – From analysis to action. 2022. [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en.
10. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139.
11. World Health Organization WHO [homepage na internet]. Patient safety: making health care safer. 2017 [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=>.
12. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS [homepage na internet]. 2º Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar. Propondo as Prioridades Nacionais. 2018 [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018_0.pdf.
13. Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1332-40.
14. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*. 2001 Apr 25;285(16):2114-20.
15. Lanzillotti L da S, Seta MHD, Andrade CLT de, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Mar; 20(3):937-46.
16. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS [homepage na internet]. Metas do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021 da OMS promovem práticas seguras para mães e recém-nascidos [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-9-2021-metas-do-dia-mundial-da-seguranca-do-paciente-2021-da-oms-promovem-praticas>.
17. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ [homepage na internet]. 10 Passos para o Cuidado Neonatal. [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/10-passos-para-a-melhoria-do-cuidado-neonatal/>.
18. International Medication Safety Network - IMSN [homepage na internet]. Establishing Effective Medication Risk-Reduction Strategies Everywhere Around the World. [acesso em 28 maio 2024]. Disponível em: <https://www.intmedsafe.net/imsn-global-targeted-medication-safety-best-practices/>.

alfaporactanto



Curosurf® alfaporactanto (fração fosfolipídica de pulmão porcino). Surfactante de origem porcina. **USO PEDIÁTRICO. COMPOSIÇÃO, FORMAS FARMACÊUTICAS E APRESENTAÇÕES:** Suspensão estéril disponibilizada em frasco-ampola de dose unitária. Cada frasco contém 80 mg/mL de alfaporactanto. Embalagem contendo 1 frasco-ampola com 1,5 mL (o que equivale a 120 mg de alfaporactanto) ou 1 frasco-ampola com 3,0 mL (o que equivale a 240 mg de alfaporactanto). **INDICAÇÕES:** Uso profilático e tratamento de recém-nascidos prematuros com Síndrome de Desconforto Respiratório (SDR) ou Doença da Membrana Hialina. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer excipiente. Não são conhecidas contraindicações específicas até o presente momento. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** **Curosurf®** deverá ser utilizado somente em ambiente hospitalar por médicos com preparação e experiência na área de cuidados e ressuscitação de crianças prematuras e onde existam condições adequadas para ventilação e monitorização de crianças com SDR. Antes de iniciar o tratamento com **Curosurf®**, as condições clínicas gerais do bebê devem ser estabilizadas. Correção da acidose, hipotensão, anemia, hipoglicemia e hipotermia também são recomendadas. Em caso de ocorrência de episódios de bradicardia, hipotensão e redução da saturação de oxigênio (ver Reações Adversas) a administração de **Curosurf®** deve ser interrompida e medidas adequadas para normalizar a frequência cardíaca devem ser consideradas e realizadas. Após a estabilização, a criança ainda pode ser tratada com acompanhamento adequado dos sinais vitais. Crianças tratadas com surfactante devem ser cuidadosamente monitoradas em relação aos sinais de infecção. Nos primeiros sinais de infecção, a criança deve ser imediatamente tratada com antibiótico apropriado. Em caso de resposta insatisfatória ao tratamento com **Curosurf®** ou recaída rápida, é aconselhável considerar a possibilidade de outras complicações relacionadas à imaturidade, tais como persistência do canal arterial ou outras doenças pulmonares, como pneumonia, antes da administração da dose seguinte. Recém-nascidos cujas mães tiveram prolongada ruptura de membranas (superior a 3 semanas) podem apresentar algum grau de hipoplasia pulmonar e podem não mostrar uma resposta ótima ao surfactante exógeno. Quando **Curosurf®** é administrado com a técnica LISA, tem sido relatado um aumento da frequência de bradicardia, apneia e redução da saturação de oxigênio. Estes eventos são geralmente de curta duração, sem consequências durante a administração e facilmente gerenciados. Caso esses eventos se agravem a administração do surfactante deve ser interrompida e as complicações devem ser tratadas. Profilaxia com surfactante deve ser realizada somente em salas de parto com instalações adequadas e de acordo com as seguintes recomendações: - A profilaxia (dentro de 15 minutos do nascimento) deve ser dada a quase todos os bebês com menos de 27 semanas de gestação; - A profilaxia deve ser considerada para bebês nascidos com mais de 26 semanas e menos de 30 semanas de gestação se for necessária intubação na sala de parto ou se a mãe não recebeu corticosteroide pré-natal; - Quando um corticosteroide pré-natal houver sido administrado, o surfactante somente será utilizado se houver desenvolvimento de SDR; - Considerando outros fatores de risco, a profilaxia deve também ser considerada em prematuros quando qualquer um dos seguintes fatores estiver presente: asfixia perinatal, diabetes materna, gravidez múltipla, sexo masculino, antecedentes familiares de SDR e cesariana. Em todos os recém-nascidos prematuros, recomenda-se que o surfactante seja administrado utilizando resgate precoce ou abordagens seletivas, aos primeiros sinais de SDR. Não há informações disponíveis sobre os efeitos do uso de doses iniciais diferentes de 100 ou 200 mg/kg, doses com uma frequência maior (intervalo menor do que a cada 12 horas), ou a administração de **Curosurf®** após 15 horas do diagnóstico de SDR. A administração do **Curosurf®** em prematuros com hipotensão severa não foi estudada. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas. **Reações Adversas/Efeitos Colaterais:** Septicemia; hemorragia intracraniana; pneumotórax; bradicardia; hipotensão; displasia broncopulmonar; diminuição da saturação de oxigênio; hemorragia pulmonar; hiperóxia; cianose neonatal; apneia; anormalidade no eletroencefalograma; complicações na intubação intratraqueal. **POSOLOGIA: Tratamento de Resgate** A dose inicial recomendada é de 100-200 mg/kg (1,25-2,5 mL/kg), administrado em dose única, logo que possível após o diagnóstico de SDR. Doses adicionais de 100 mg/kg (1,25 mL/kg), com intervalos de 12 horas entre as doses, também podem ser administradas se SDR for diagnosticada como a causa da persistência ou agravamento do quadro respiratório dos lactentes (dose máxima total de 300-400 mg/kg). **Profilaxia** Uma dose única de 100-200 mg/kg deve ser administrada logo que possível após o nascimento (de preferência, dentro de 15 minutos). Doses adicionais de 100 mg/kg podem ser administradas de 6-12 horas após a primeira dose e então 12 horas depois em crianças que têm sinais persistentes de SDR e mantêm-se dependentes de ventilação mecânica (dose total máxima: 300-400 mg/kg). **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. USO RESTRITO A HOSPITAIS. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Reg. M.S.: 1.0058.0067 SAC: 0800-1104525 www.chiesi.com.br

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Não são conhecidas.

CONTRAINDICAÇÕES: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer excipiente. Não são conhecidas contraindicações específicas até o presente momento.

Material elaborado e produzido pela Europa Press Comunicação Brasil Ltda., para distribuição exclusiva no Brasil.

COPYRIGHT 2024
© EUROPA PRESS
Produção editorial:
Europa Press
17770_CHL_BRA_AMH_v11

 **43** anos
Seriiedade e nosso melhor produto
Seriiedad es nuestro mejor producto

 **ep** MULTICANAL
Productos y servicios para Latinoamérica
Produtos e serviços para a América Latina

Desenho: Europa Press
Jornalista responsável:
Pedro S. Erramouspe
Empresa responsável:
Europa Press Comunicação

Peyona® - citrato de cafeína - **USO PEDIÁTRICO EM RECÉM-NASCIDOS. COMPOSIÇÃO, FORMAS FARMACÉUTICAS E APRESENTAÇÕES:** Solução para infusão intravenosa ou oral. Cada ampola contém 20 mg/mL de citrato de cafeína. Embalagens com 10 ampolas de 1 mL.

INDICAÇÕES: Tratamento da apneia primária de recém-nascidos prematuros. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à cafeína ou a qualquer um dos excipientes. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** **Peyona®** deve ser usado apenas por especialistas em unidades de terapia intensiva neonatal, cujas instalações adequadas estão disponíveis para observação e monitoramento do paciente. Outros casos de apneia (por exemplo, distúrbios do sistema nervoso central, doença pulmonar primária, anemia, seps, distúrbios metabólicos, anormalidades cardiovasculares ou apneia obstrutiva) devem ser descartados ou tratados adequadamente antes do início do tratamento com **Peyona®**. A falta de resposta ao tratamento com cafeína pode ser indicação de outra causa de apneia. Em recém-nascidos de mães que consumiram cafeína antes do parto, as concentrações plasmáticas basais de cafeína devem ser medidas antes do início do tratamento com **Peyona®**, uma vez que a cafeína atravessa facilmente a placenta e entra na circulação fetal. Mães que amamentam recém-nascidos tratados com citrato de cafeína não devem ingerir alimentos, bebidas ou medicamentos que contenham cafeína, uma vez que ela é excretada no leite materno. Em recém-nascidos previamente tratados com teofilina, as concentrações plasmáticas basais de cafeína devem ser medidas antes do início do tratamento com **Peyona®**. Deve-se ter muito cuidado se o **Peyona®** for utilizado em recém-nascidos com distúrbios convulsivos. **Peyona®** deve ser utilizado com cautela em recém-nascidos com doença cardiovascular conhecida. Há evidências de que a cafeína provoca taquiaritmias em indivíduos susceptíveis. Em recém-nascidos, trata-se geralmente de uma simples taquicardia sinusal. No caso de ter sido detectado algum distúrbio incomum do ritmo cardíaco em um traço cardiocardiográfico (CTG) antes do nascimento do bebê, o citrato de cafeína deve ser administrado com precaução. **Peyona®** deve ser administrado com cautela em recém-nascidos prematuros com comprometimento da função renal ou hepática. A administração da dose deve ser ajustada através do monitoramento das concentrações séricas para evitar toxicidade nessa população. Há relatos de uma possível associação entre o uso de metilxantinas e o desenvolvimento de enterocolite necrosante. No entanto, não foi estabelecida uma relação causal entre o uso da cafeína ou de outras metilxantinas e a enterocolite necrosante. Tal como é aconselhável para todos os recém-nascidos prematuros, aqueles tratados com citrato de cafeína devem ser cuidadosamente acompanhados para se detectar o desenvolvimento de enterocolite necrosante. Citrato de cafeína deve ser usado com precaução em crianças que sofrem de refluxo gastroesofágico uma vez que o tratamento pode exacerbar essa condição. O citrato de cafeína causa um aumento generalizado do metabolismo, o que pode resultar em maiores necessidades energéticas e nutricionais durante a terapia. A diurese e perda de eletrólitos induzida pelo citrato de cafeína podem exigir a correção dos desequilíbrios de fluidos e eletrólitos. **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Interações medicamentosas:** A interconversão entre a cafeína e a teofilina ocorre em recém-nascidos prematuros. Esses princípios ativos não devem ser utilizados concomitantemente. Embora haja poucos dados sobre as interações de cafeína com outros princípios ativos em recém-nascidos prematuros, podem ser necessárias doses mais baixas de cafeína após a coadministração de princípios ativos que diminuam a eliminação de cafeína em adultos (por exemplo, cimetidina e cetoconazol), e doses mais altas de cafeína após a coadministração de princípios ativos que aumentem a eliminação de cafeína (por exemplo, fenobarbital e fenitoína). A coadministração de citrato de cafeína com medicamentos que suprimem a secreção de ácido gástrico (bloqueadores anti-histamínicos dos receptores H2 ou inibidores de bomba de prótons) pode aumentar o risco de enterocolite necrosante. O uso concomitante de cafeína e doxapram pode potencializar os seus efeitos estimulantes sobre o sistema cardiorrespiratório e sobre o sistema nervoso central. **Reações Adversas/Efeitos Colaterais:** Flebite, inflamação no local da perfusão, reações de hipersensibilidade, seps, hipoglicemia, hiperglicemia, atraso no crescimento, intolerância à alimentação, estimulação do sistema nervoso central, como irritabilidade, nervosismo e inquietação, lesão cerebral e crise convulsiva; surdez; taquicardia também associada com aumento do volume ventricular esquerdo e aumento do volume sistólico; regurgitação, aumento da aspiração do conteúdo gástrico, enterocolite necrosante; aumento da frequência urinária, aumento dos níveis de sódio e cálcio na urina, redução da hemoglobina e diminuição da tiroxina. **POSOLOGIA:** A dose de ataque de 20 mg de citrato de cafeína por kg do peso corporal deve ser administrada por infusão intravenosa lenta durante 30 minutos sob supervisão médica. Após um intervalo de 24 horas, as doses de manutenção de 5 mg por kg do peso corporal podem ser administradas por infusão intravenosa lenta durante 10 minutos a cada 24 horas. Alternativamente, as doses de manutenção de 5 mg por kg de peso corporal podem ser administradas por administração oral, assim como através de um tubo nasogástrico a cada 24 horas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. USO RESTRITO A HOSPITAIS. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Reg. M.S.: 1.0058.0115. SAC: 0800-1104525 www.chiesi.com.br

CONTRAINDICAÇÕES: Hipersensibilidade à cafeína ou a qualquer um dos excipientes.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: O uso concomitante de cafeína e doxapram pode potencializar os seus efeitos estimulantes sobre o sistema cardiorrespiratório e sobre o sistema nervoso central.

As opiniões expressas neste material são as dos autores e não refletem necessariamente as opiniões da Chiesi.

O conteúdo deste material é de responsabilidade dos autores e, se incluírem discussões sobre dados *off-label* de produtos e terapias, terão apenas objetivo de educação médica e nunca para fins comerciais.

É de responsabilidade do prescritor usar o medicamento de acordo com as indicações aprovadas no país e conforme indicado nas bulas dos produtos.

Material destinado exclusivamente a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos

0500014480 Outubro/2024



Material impresso em papel 100% reciclado



COMPROMISSO COM UM MUNDO INCLUSIVO, EQUITATIVO E REGENERATIVO