



Síndrome do Desconforto Respiratório Neonatal

Descrição

Definição

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) ou Doença Pulmonar das Membranas Hialinas (DPMH) caracteriza-se como deficiência qualitativa e quantitativa do surfactante endógeno.

Incidência

Relata-se frequência entre 0,5% a 1% dos nascidos vivos e em 50% dos recém-nascidos prematuros com muito baixo peso (RNPT MBP) ou RN com peso ao nascimento ≤ 1.500 g.

Observação

A gravidade da doença está relacionada com o grau de prematuridade. A imaturidade pulmonar é o principal fator para o desenvolvimento da SDR.

Diagnóstico

Identificação

A SDR clássica tem evolução típica e característica. Há sinais de desconforto respiratório, caracterizado como taquipneia, dispneia, gemido expiratório, batimentos de asa do nariz e retração e tiragem intercostal e subdiafragmática. O início é precoce e logo após o nascimento, com piora progressiva entre 24 h e 48 h e melhora gradativa após 72 h. Essa evolução clássica foi modificada após melhoria e avanço das medidas de terapia, incluindo suporte ventilatório precoce e terapia de reposição de surfactante exógeno. Nos prematuros mais extremos predominam os sinais de cianose e apneia.

Aspecto radiológico

Esse aspecto está presente nas primeiras horas de vida pós-natal:

- Infiltrado reticulogranular difuso e homogêneo
- Broncograma aéreo
- Edema pulmonar

Terapia

Terapêutica da SDR

Medidas de suporte

Estabilização da temperatura (T°) corpórea, evitando-se a hipotermia ($T^{\circ} \leq 36^{\circ}C$) e hipertermia ($T^{\circ} \geq 37^{\circ}C$, na superfície abdominal).

Oferta hídrica

De 60 a 70 ml/kg/dia entre 1^o e 2^o dia, com ajuste para 90 a 100 ml/kg/dia entre 3^o e 5^o dia até 150 ml/kg/dia na 1^a semana após o nascimento. Recomenda-se ajustar a oferta para manter débito urinário (DU) > 1 ml/kg/h, PAM estável, hematócrito entre 35% e 40% e Na^{+} sérico entre 135 mEq/L e 145 mEq/L.

Administração de antibiótico

Conforme o capítulo de infecções neonatais.

Aspectos nutricionais

De início, jejum oral com velocidade de infusão de glicose (VIG) adequada (4 a 6 mg/kg/minuto), nutrição parenteral ou enteral precoce e de acordo com condições clínicas e hemodinâmicas. Iniciar a nutrição enteral precoce, se possível, na forma de nutrição enteral mínima com leite materno (capítulo de dieta enteral e parenteral).

Oxigenioterapia e Ventilação

Indicadas para manter parâmetros gasométricos estáveis, incluindo pH 7,25 a 7,35, PaO_2 45 a 70 mmHg (pré-ductal), $PaCO_2$ 45 a 60 mmHg (evitar $pCO_2 < 30$ e > 60 mmHg) e $satO_2$ entre 89% a 93% (pré-ductal).

Observação

A oxigenioterapia é administrada no início da SDR e de acordo com a gravidade da doença na forma de CPAP nasal (prevenir o colapso alveolar e conservar a função do surfactante alveolar) e ventilação mecânica. Em síntese, o tipo de suporte ventilatório (SIMV, CPAP nasal simples ou ciclado, halo de O_2 , O_2 inalatório) e de administração de oxigênio é indicado de acordo com a fase e gravidade da SDR e dos parâmetros gasométricos.

Terapia de reposição do surfactante exógeno

Terapêutica de impacto na redução da morbimortalidade neonatal. Indicada em todo RN com SDR e necessidade de ventilação mecânica. Recomenda-se a administração precoce de surfactante, entre o nascimento e 1 h de vida pós-natal, na dose de 100 mg/kg (seguir algoritmo de terapia de reposição do surfactante).

Terapia

Algoritmo da terapia de reposição do surfactante

