

Comentador(a): LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-013 - IMPACTO DA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR AO NASCIMENTO SOBRE O ÓBITO HOSPITALAR EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

Autores: JOÃO PAULO NARCISO AZEVEDO (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), BRUNO RIGOLDI (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), FÁBIO CARMONA (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP), HELOÍCIO REIS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), PESQUISADORES REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN).

Introdução: A principal causa de mortalidade infantil é a prematuridade. Um dos fatores apontados para aumento da morbimortalidade neonatal é o nascimento fora de um centro de referência e necessidade de transporte para unidades de referência logo após o nascimento.

Objetivo: Comparar a taxa de mortalidade com 24 horas de internação em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) segundo a necessidade de transporte inter-hospitalar.

Métodos: estudo caso-controle aninhado de coorte multicêntrica brasileira. Foram incluídos RNMBP constantes de um banco de dados multicêntrico de 19 unidades neonatais de nível secundário/terciário admitidos entre janeiro/2013 a dezembro/2019. Excluídos os com infecção congênita/malformação congênita maior. O desfecho avaliado foi a ocorrência de óbito em até 24 horas da admissão. A variável independente principal foi nascer fora do centro de transferência/transporte ao nascer. Variáveis maternas e neonatais foram usadas como controle. Foram comparados dois grupos: os nascidos nos próprios centros participantes e os transportados nas primeiras 48 horas de vida. A escolha dos controles foi de 3 RNMBP nascida no centro para cada transferido. Realizou-se análise univariada e multivariada por regressão logística com resultados expressos em odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC). Estudo aprovado pela coordenação da rede, centros e centro coordenador.

Resultados: A população da coorte foi de 10.216 RNMBP e os transferidos foram 372 (3.7%). A taxa de óbito nas primeiras 24 horas de admissão foi de 18,2%. Em análise pareada 3:1, óbito no grupo transportado foi mais frequente (41,4x24,2, p<0.001) – um aumento de risco de 2 vezes (OR 2.22 IC 95% 1.36–3.62). Na análise de regressão logística, a associação deixou de ser significativa e o óbito precoce foi associado independentemente ao: uso de droga vasoativa nas primeiras 72 horas (OR 9.8 IC 95% 4.59–20.91), menor idade gestacional (OR 1.41 IC 95% 1.22–1.61), necessidade de reanimação avançada (OR 4.24 IC 95% 1.88–9.54), bolsa rota >18 horas (OR 4.33 IC 95% 2.05–9.12) e a não uso antenatal de esteroide (OR 2.08 IC 95% 1.02–4.22).

Conclusão: RNMBP transportados ao nascimento tiveram maior ocorrência de óbito precoce, porém, este desfecho foi associado em especial às condições obstétricas e de nascimento.

Comentador(a): TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-014 - EXECUÇÃO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL APÓS TREINAMENTO COM SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE ALTA FIDELIDADE

Autores: MARIA FLORENCIA CONZI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MAIANA D M GUERREIRO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), BEATRIZ M MELLO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ADRIANA SANUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ANA CLAUDIA YOSHIKUMI PRESTES (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP).

Introdução: A simulação realística tem sido utilizada para treinar profissionais de saúde em habilidades técnicas, cognitivas e comportamentais.

Objetivo: Comparar o tempo de indicação e execução dos procedimentos de reanimação neonatal ao início e ao término do treinamento com simulação realística de alta fidelidade. **Método:** Estudo de intervenção realizado com 23 equipes (2 pediatras e 1 enfermeiro) de 23 maternidades públicas de 18 estados brasileiros, em 2015-2016. A intervenção consistiu na atuação da equipe em cenários de reanimação com simulador (SimNewB, Laerdal®) dirigidos por facilitadores durante oito horas. Após a randomização por sorteio, 205 vídeos foram avaliados por dois observadores independentes, verificando-se a concordância pelo teste de correlação intraclasse. Comparou-se o tempo de indicação e de execução do procedimento ao início do primeiro e ao final do último cenário pelo teste de Wilcoxon pareado. Valores expressos em mediana (p25-p75).

Resultados: Tempo de graduação dos 46 pediatras era 22 anos (13-26) e dos 23 enfermeiros de 8 anos (6-14). A concordância entre os observadores foi quase perfeita ou substancial para a maioria dos procedimentos. O tempo de execução dos passos iniciais reduziu de 28,5 segundos (19-43) para 17,5s (12,5-25,5) [p=0,003] e o tempo da instalação do oxímetro foi de 47,5s (34,0-63,5) ao início e de 36,5s (23-56) ao final. Houve decréscimo no tempo para iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara facial de 37,5s (31-67) para 25s (18,5-39) [p=0,01] com aumento de 31,6 ventilações/minuto (28,0-39,7) para 37,6 (33,6-53,5) [p=0,003]. O tempo de indicação de intubação orotraqueal diminuiu de 5,0s (3,5-8,0) para 3,5s (3,0-4,5) [p=0,003], sendo a 1ª tentativa com sucesso (1-1), sem alteração no tempo de execução de 20s (14-31) para 17s (13,5-31,0). As ventilações/minuto por cânula aumentaram de 38,2 (31-47) para 45,9 (32,8-53,5) [p=0,003]. A relação de compressões cardíacas/ventilações permaneceu em 2,6:1 (1,1-3,2) ao início e em 2,7:1 (1,7-3,2) ao final.

Conclusão: A aplicação da simulação realística de alta fidelidade melhorou o tempo de execução dos passos iniciais e para o início da VPP, entretanto mais treinamento é necessário nas situações menos frequentes e de maior complexidade, como a massagem cardíaca acompanhada da ventilação na reanimação neonatal.