

# DEZ PASSOS BÁSICOS NO ATENDIMENTO AO RN COM ASFIXIA PERINATAL

- 1** Seguir as Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN/SBP).
- 2** Obter gasometria do cordão / recém-nascido na primeira hora de vida e realizar exame neurológico na UTI usando uma escala padrão.
- 3** Controlar temperatura durante a reanimação e à admissão na UTI mantendo o RN em normotermia durante a avaliação.
- 4** Realizar acesso venoso central (umbilical) para administração de líquidos e glicose.
- 5** Oferecer uma taxa hídrica diária inicial entre 40-60ml/kg/dia com ajustes de acordo com balanço hídrico a cada 12h.
- 6** Evitar a infusão excessiva de líquido e indicar expansão de volume somente em situações especiais.
- 7** Controlar glicose, sódio, potássio, hemoglobina/hematócrito e coagulograma/plaquetas a cada 12h no primeiro dia de vida e depois, a cada 24h. Evite correções rápidas de cálcio.
- 8** Controlar adequadamente a pressão arterial.
- 9** Fornecer, se necessário, suporte respiratório invasivo, ou não, e manter SpO<sub>2</sub> entre 90-95% com gasometria normal.
- 10** Iniciar hipotermia terapêutica nas primeiras 6h de vida se RN apresentar encefalopatia moderada ou grave, se possível com neuromonitorização para identificação correta de crises convulsivas.

## INSTRUTIVO:

**PASSO 1:** Siga as boas práticas no parto e nascimento e os passos da Reanimação Neonatal. Previna a hipotermia: controle a temperatura da sala de parto (entre 23 e 26°C), a temperatura da parturiente e do recém-nascido (entre 36.5 e 37.5°C).

**PASSO 2:** É necessário coleta de gasometria de cordão ou do RN dentro da primeira hora de vida em casos de eventos perinatais agudos, suspeita de insulto hipóxico-isquêmico ou caso necessária reanimação neonatal. Pacientes com asfixia perinatal comumente apresentam acidemia grave ao nascimento ( $\text{pH} < 7.0$  ou excesso de base  $< -16$ ). Entretanto, não é preconizada reposição de bicarbonato de sódio, uma vez que estabilizado o quadro hemodinâmico, a acidemia deve ser corrigida espontaneamente. Uso de bicarbonato de sódio está associado a diminuição de pH intracelular e aumento de mortalidade neonatal. É fundamental que a equipe seja treinada para realizar avaliação neurológica através de uma escala padrão (ex: Escore de Sarnat) para classificação de encefalopatia clínica.

**PASSO 3:** Siga as normas de reanimação neonatal e previna a hipotermia / hipertermia na sala de parto e à admissão na UTI. A avaliação clínica da encefalopatia deve ser feita com o paciente normotérmico.

**PASSO 4:** Trata-se de paciente possivelmente crítico dentro da UTI e é necessário acesso venoso de calibre adequado após o nascimento. O cateter umbilical arterial pode ser considerado para facilitar coleta de exames e avaliação invasiva da pressão arterial (especialmente em casos de instabilidade hemodinâmica).

**PASSO 5:** Restrição hídrica inicial é necessária pois o RN com asfixia tem propensão a retenção de líquidos devido: a) insulto renal agudo (podendo levar a necrose tubular aguda); b) comum síndrome de secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH); c) redução de perdas insensíveis devido a vasoconstrição em caso de hipotermia terapêutica. Adequar oferta de líquidos conforme balanço hídrico.

**PASSO 6:** Deve-se evitar expansões volumétricas devido aos motivos explanados no passo 5. Sobrecarga hídrica está associada a edema cerebral e aumento de morbidade neonatal. Considerar expansões volumétricas em caso de hipovolemia documentada.

**PASSO 7:** Distúrbios da glicemia (hipo/hiperglicemia), hidroeletrólíticos (alteração no nível sérico de sódio e potássio) são comuns. Hipocalcemia é comum e ocorre devido aumento da permeabilidade neuronal ao cálcio pelo insulto hipóxico-isquêmico (este influxo é um dos mecanismos que podem levar a apoptose neuronal). Deve-se evitar reposição intempestiva de cálcio. Avaliar hematimetria (frequente anemia em casos de sangramento materno-fetal) e distúrbios de coagulação. Coleta de coagulograma a cada 24h (em especial em casos de sangramento ativo), enquanto RN estiver em resfriamento corpóreo pelo risco de discrasia sanguínea. Se necessário, podem ser utilizadas hemotransfusões.

**PASSO 8:** Se apresentar hipotensão, verificar a função cardíaca com ecocardiograma e considerar consulta com cardiologia. Se preciso, usar uma amina que aumente a contratilidade cardíaca sem aumentar a resistência vascular periférica.

**PASSO 9:** É necessário fazer uso controlado de oxigênio suplementar evitando hipóxia e hiperóxia (ambas lesivas ao RN). Suporte ventilatório deve ser provido de acordo com a necessidade de cada RN. Em muitos casos onde o RN está estável, não é necessário intubação orotraqueal durante o tratamento da asfixia.

**PASSO 10:** A hipotermia terapêutica, com redução da temperatura corpórea para 33,5°C por 72h seguido de reaquecimento lento e gradual (0,2-0,5°C/h) é o tratamento standard para RN com encefalopatia moderada ou grave e provou reduzir a chance de morte ou lesões neurológicas graves nesta população. A asfixia é a principal causa de crises convulsivas em recém-nascidos e seu tratamento adequado é necessário. Considerando que mais de 80% das crises convulsivas no período neonatal são subclínicas, o uso de neuromonitorização com EEG contínuo ou EEG de amplitude integrada (aEEG) é preconizado para correta identificação e tratamento de crises convulsivas.