

10

Displasia Broncopulmonar



Descrição

Definição

São duas possíveis:

- Dependência de O₂ depois do 28º dia de vida após o nascimento, associada a sintomas respiratórios persistentes e anormalidades radiológicas (Bancalari et al).
- Dependência de O₂ após a 36ª semana de idade gestacional corrigida, associada a sintomas respiratórios persistentes e anormalidades radiológicas características (Shennan et al). Esta definição mostra uma relação com o prognóstico no longo prazo.

Gravidade

As definições acima não estabelecem a gravidade da doença. Em 2000, realizou-se uma conferência de consenso, com participação do Instituto Nacional da Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano (NICHD), que estabeleceu: "A DBP deve ser considerada em qualquer recém-nascido com dependência de O₂ com FiO₂ > 21% por período maior ou igual a 28 dias de idade pós-natal". Estabeleceram-se critérios de gravidade e recomendações de reavaliação diagnóstica e determinação da gravidade da doença. Veja abaixo:

Critérios de gravidade da DBP

Idade gestacional	RN < 32 semanas	RN ≥ 32 semanas
Período de avaliação	36 semanas de IPM ou durante a alta hospitalar (considerar o que vier 1º)	56 dias de vida ou durante a alta (considerar o que vier 1º)
DBP leve	Ar ambiente	Ar ambiente
DBP moderada	Dependência de FiO ₂ < 30%	Dependência de FiO ₂ < 30%
DBP grave	Dependência de FiO ₂ ≥ 30% ou CPAPn ou IMV	Dependência de FiO ₂ ≥ 30% ou CPAPn ou IMV

IPM: idade pós-menstrual • CPAPn: CPAP nasal
IMV: ventilação mandatória intermitente

Diagnóstico

Abordagem

O diagnóstico é baseado nos aspectos clínicos, radiológicos e na dependência de O₂.

Suspeita clínica

Começa quando o recém-nascido apresenta dificuldade de desmame da ventilação mecânica em torno do 14º dia após o nascimento.

Aspecto radiológico

Pode ser classificado em:

DBP Leve

Opacificações leves com distribuição homogênea com ou sem hiperinsuflação leve.

DBP Moderada

Opacificações do hilo para a periferia e hiperinsuflação mais proeminente.

DBP grave

Opacificações são mais grosseiras, há áreas de fibrose e atelectasias. Esse aspecto caracteriza a "nova DBP", ou seja, a doença pulmonar após as estratégias terapêuticas, incluindo a reposição do surfactante e a corticoterapia antenatal. O diagnóstico é confirmado com a dependência de O₂ conforme a definição acima mencionada.

Terapia

Abordagem terapêutica

A terapia da DBP inclui oferta de oxigênio, uso de diurético, ofertas hídrica e nutricional adequadas.

Oxigenoterapia

O O₂ é usado para prevenir ou atenuar os episódios de hipoxemia e manter a saturação de O₂ entre 88% e 94%. Forma de administração: O₂ inalatório, cateter nasal de O₂.

Diuréticos

Usados para controle do metabolismo hídrico e do edema pulmonar, com consequente melhoria da complacência e da resistência pulmonar.

Diuréticos indicados:

- Furosemida – promove excreção de Na⁺, K⁺ e Cl⁻ na alça de henle e vasodilatação pulmonar e sistêmica
- Hidroclorotiazida – aumenta a excreção de Na⁺
- Espironolactona – inibe a aldosterona ao nível de túbulo distal

Observação

A furosemida pode ser usada nas fases aguda e crônica devido ao seu mecanismo de ação: aumenta a excreção de Na⁺, K⁺ e Cl⁻ na alça de henle, estimula a liberação de prostaglandinas com efeito de vasodilatação pulmonar e sistêmica e aumenta a secreção de surfactante.

Oferta hídrica e nutricional

Restrição hídrica devido ao edema pulmonar recorrente e oferta hipercalórica de 120 a 160 cal/kg/dia.

Corticoterapia sistêmica

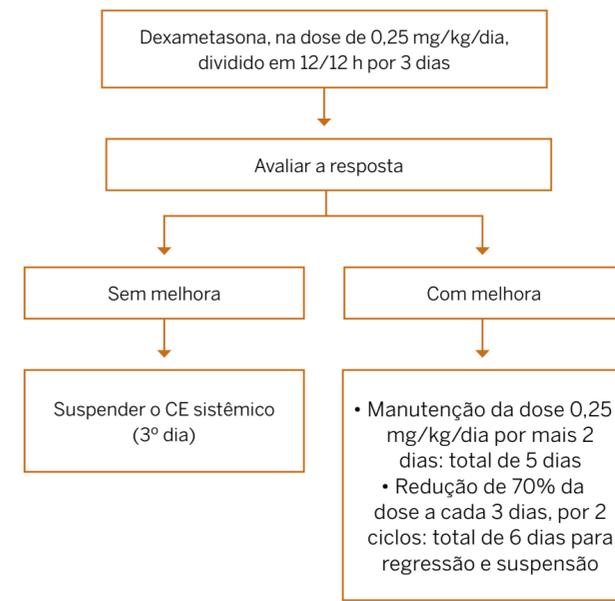
A Academia Americana de Pediatria (AAP) não recomenda o uso da dexametasona como rotina para prevenir ou tratar a DBP. O uso da dexametasona deve ser limitado a circunstâncias clínicas especiais, incluindo recém-nascidos com parâmetros ventilatórios elevados e dificuldade de extubação em recém-nascidos com idade pós-natal > 7 dias.

Critérios para indicação de corticoterapia

- RN com peso ao nascimento ≤ 1.500 g
- Idade pós-natal ≥ 14 dias
- Necessidade de suporte ventilatório elevado

Terapia

Esquema de corticoterapia na DBP



Comentários

- A utilização tardia do CE sistêmico não diminui o tempo de internação nem a dependência de O₂. Portanto, não deve ser feita rotineiramente
- Nenhum benefício do CE inalatório foi demonstrado para a prevenção ou tratamento da DBP. Portanto, o uso rotineiro não é recomendado no período neonatal