

Clínica Universitária de Pediatria II

Coordenador: Prof. Doutor João Gomes Pedro

Regente: Prof. Doutor Paulo Ramalho



Síndrome de Abstinência Neonatal

Assistente: Dra. Margarida Albuquerque

Caso Clínico

- Mãe
 - 27 anos;
 - A Rh+;
 - Consumidora de heroína há 9 anos;
 - VIH 1+;
 - Carga viral indetectável;
 - 1º filha:
 - 5 anos;
 - VIH +;
 - Medicada (HAART): Kaletra e Combivir
 - AZT – Intraparto;
 - Diazepam.

Caso Clínico

- Gravidez
 - 38 semanas e 6 dias de gestação;
 - HIV 1+; Restantes serologias negativas; P. Sullivan +;
- Parto - 26/11/09
 - Cesariana;
 - 2005 g;
 - I. APGAR 5º minuto - 9/10.
 - Aportes alimentares = 70 x PN;
 - AZT (zidovudina)

Caso Clínico

- 2º dia de vida
 - E.O.:
 - Tremores; Reflexo de marcha e Moro fracos;
 - Choro gritado; ligeira hipertonia;
 - ACP normal;
 - Plano:
 - Aportes alimentares = 80 x PN;
 - Terapêutica – Diazepam (0,1 mg, 6/6 horas, SOS);
 - AZT
 - Colheita de urina:
 - Detecção de drogas ilícitas.
 - Colheita de sangue:
 - Detecção de VIH PCR.

Caso Clínico

	Peso (gr)	Finnegan	Diazepam	Bilirrubina	Alim. Artif. (mL x PN)	Depósitos	Tetina
D2	2005		0,1 mg 6/6h		80		
D3		16	0,1 mg 4h/4h				
D4	1810	11-14		11,8	100	+	-
D5	1780	9-15		7,9	115	+	-
D8		5-12			130	+ -biliosos	
D9	1874	9			130	-	
D10	1870	1-10	0,4 mg 8-8h		140	-	
D11	1880	11-6			140	-	
D12	1888	10			140	-	

Caso Clínico

	Peso (gr)	Finnegan	Diazepam	Bilirrubina (mg/dL)	Alim. Artif. (mL x PN)	Depósitos	Tetina
D15	1970	9-12	0,4 mg 8-8h		150		-
D16	1936	10-11	0,4 mg 8-8h		170		-
D17	2005	10					-
D18	2030	16-8			180		-
D19	2025	12					+/-
D22	2155	2-10-6			180 x peso act.		+
D23	2135	4-13-11			180 x peso act.		
D24	2150	7-4			180 x peso act.		+
D25	Transferida para a Unidade Infecçciologia por necessidade de vagas						

Caso Clínico

- Resultados laboratoriais:

- **Cocaína +**
- **Opiáceos +**
- **VIH –**

resultado 9/11/2009



Cocaína

- Restrição do crescimento fetal;
- Enfartes cerebrais;
- Alterações neurológicas e comportamentais;
- Síndrome de abstinência pós-parto;
- Malformações génito-urinárias e cefálicas;
- Parto prematuro, descolamento placentário, aborto e morte fetal.



Heroína

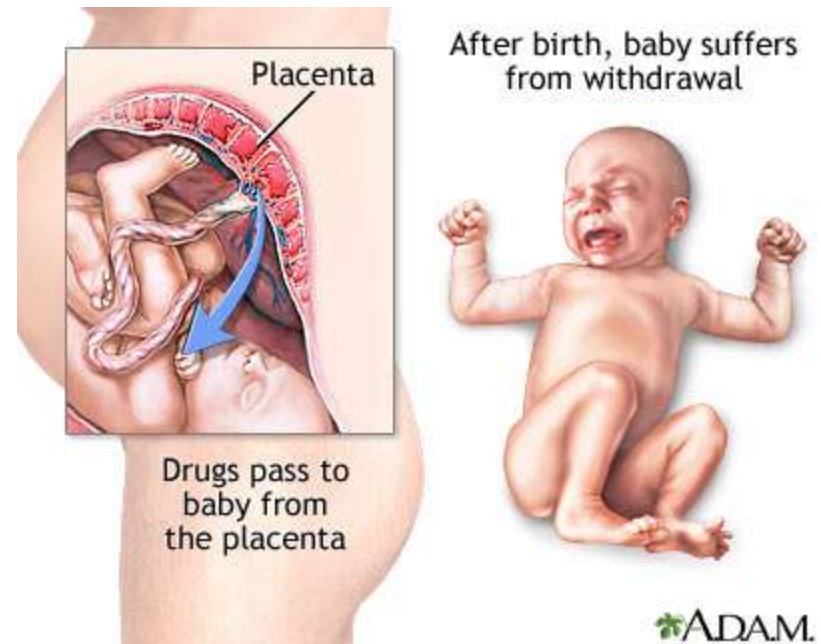
- Restrição do crescimento fetal;
- Parto pré-termo;
- Síndrome de privação *in utero*:
 - Hipoxémia;
 - Bradicárdia;
 - Hipertensão.

AUMENTO DAS COMPLICAÇÕES:

- Aumento da mortalidade;
- Depressão do recém-nascido;
- Síndrome de abstinência.

Síndrome de Abstinência Neonatal

- Está associada à exposição *in utero* a substâncias consumidas pela grávida como opiáceos, benzodiazepinas, barbitúricos e álcool;
- Após atravessarem a placenta, estas substâncias tendem a acumular-se no feto.
- A interrupção da passagem transplacentária destas substâncias, no parto, resulta no desenvolvimento de uma SAN.



Síndrome de Abstinência Neonatal

- A metadona causa efeitos no feto semelhantes aos dos outros opiáceos.
- A altura de início dos sintomas na síndrome de abstinência neonatal depende da substância consumida pela mãe:
 - **Heroína:** primeiras 24-48 h de vida
 - **Metadona:** primeiras 48-72 h de vida (semivida mais longa), podendo mesmo manifestar-se apenas ao fim de 4 semanas.

S.A.N. – Manifestações Clínicas

SISTEMA NERVOSO CENTRAL:

- Tremores
- Irritabilidade
- Choro gritado
- Hipertonia
- ROT vivos
- Reflexo de Moro exuberante
- Abalos mioclónicos
- Convulsões
- Diminuição da duração do sono

SISTEMA NERVOSO

AUTÓNOMO:

- Sudorese
- Febre
- Adejo nasal
- Obstrução nasal
- Espirros
- Taquipneia (>60 cpm)
- Apneia

S.A.N. – Manifestações Clínicas

GASTROINTESTINAIS:

- Sucção descoordenada
- Hiperfagia
- Perda ponderal
- Vômitos / regurgitação
- Fezes aquosas / líquidas
- Desidratação



S.A.N. – Diagnóstico

- História clínica;
- Exames laboratoriais:
 - Mecônio (mais sensível que urina);
 - Urina;
 - Análises sanguíneas.
- Escala de Finnegan:
 - Índice ≥ 8 terapêutica farmacológica em 3 avaliações / ≥ 12 em 2 av. / convulsão

S.A.N. – Tratamento

- Boa acomodação;
- Redução dos estímulos externos;
- Fluidos I.V.;
- Medicação → Controlo de sintomas:
 - Narcóticos;
 - Sedativos;
 - Hipnóticos.



S.A.N. - Prognóstico

- Síndrome de abstinência neonatal;
- Compromisso neurológico;
- Diminuição do Q.I.;
- Alterações do discurso, percepção e cognitivas;
- Problemas comportamentais:
 - Dificuldade de aprendizagem e adaptação a novas situações;
 - Sensibilidade elevada ao ambiente → Irritabilidade, agitação, agressão e baixa sociabilidade;
- Convulsões.

V.I.H.

- Na mulher, a S.I.D.A. compromete, principalmente, a faixa etária reprodutiva;
- Transmissão vertical:
 - Peri-parto;
 - *In utero*;
 - Amamentação;
- Gemelaridade;
- Progressão da doença.



V.I.H. – Medidas Preventivas Específicas

- **Cotrimoxazol** de 12/12h durante 3 dias por semana Protecção contra *Pneumocystis carinii* com, desde a 6ª semana (final do AZT profilático) até infecção ser considerada como muito improvável.

- **Vacinação:**

- todo o plano nacional de vacinação , excepto:

- **BCG** só deve ser administrada quando a infecção pelo VIH seja considerada improvável, entre os 4 e 6 meses.

V.I.H. - Diagnóstico

- Nascimento:
 - PCR para HIV 1 ou 2 do RN, até às 48h;
 - Posteriormente aos 14 dias; 1-2 meses e 4-6 meses.
- Acompanhamento:
 - Monitorização de PCR de dois em dois meses



EXCLUSÃO DEFINITIVA da infecção se aos 18 meses:

- Testes virulógicos negativos ;
- Ausência de hipogamaglobulinémia;
- Ausência de clínica.



V.I.H. – Medidas Preventivas Gerais

- Banho:
 - Água corrente;
 - Antes da administração de vitamina K;
- Suspende o aleitamento materno;
- Não administrar BCG;
- Hemograma (6 e 12 semanas);
- Seguimento referenciado.



V.I.H. - Medidas Específicas

- Situação normal controlada:
 - **Na gravidez:**
 - TARV (HAART), incluindo ZDV oral (600 mg / dia) desde as 12-34 semanas, até ao final da gravidez;
 - **Intraparto** - ZDV endovenoso:
 - Dose inicial (2 mg / kg / h)
 - Infusão contínua (1 mg / kg / h) até à laqueação do cordão umbilical;
 - **Cesariana**



V.I.H. - Terapêutica do R.N.

- **RN \geq 35 semanas**
 - ZDV (2 mg / kg / dose) de 6/6 horas, durante 6 semanas, com início às 8-12h de vida; 30 minutos antes ou 1 hora depois das refeições.
- **30 < RN < 35 semanas**
 - ZDV (2 mg / kg / dose) de 12/12 horas até às 2 semanas de vida; depois, de 8/8 horas.
- **RN < 30 semanas**
 - ZDV (2 mg / kg / dose) de 12/12 horas até às 4 semanas de vida; depois, de 8/8 horas.
- **RN doente**
 - ZDV (1,5 mg / kg / dose) de 6/6 horas no RN de termo e de 8/8 horas no RN prematuro.

V.I.H. – Apoio Social

- **Assegurar a medicação até às 6 semanas com ZDV;**
- **Assegurar o aleitamento artificial;**
- **Ligação com o Serviço Social;**
 - **Alta Social posterior a Alta Clínica**
- **Assegurar a *privacidade* na comunicação Profissionais-Serviços.**



Bibliografia

- Martins Palminha J. e Monteiro Carrilho E. *Orientação Diagnóstica em pediatria*. Editora Lidel. Lisboa 2003
- Mendes da Graça L. *Medicina Materno-Fetal*. 3ª edição, Editora Lidel. Lisboa 2005
- Correia M.,Gomes A.,Oom P.,Gomes Pedro J. *Protocolos de urgência em pediatria*. 2ª edição. ACSM Editora. Lisboa, 2008
- Hamdan, Ashraf H, *eMedicine: Neonatal Abstinence Syndrome*, June 18, 2009, <http://emedicine.medscape.com/article/978763-overview>
- Vucinovic M., Roje D., Vucunovic Z., Capcun V. *et al*. Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse during pregnancy: Our Ten- Year Experience. *Yonsei Med J*. 2008; 49(5): 705-713.