

P-093 - RELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE APGAR E FALHA NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Vanessa Ferrari Wallau¹, Catarine Signori²,
Tania Ferrari Wallau², Tainara M. Weich Wagner²,
Samantha Z. B. Soares³, Paulo J. H. Nader¹

¹ULBRA, ²PRÓAUDI, ³UCS

Objetivos: Analisar se há correlação entre baixa nota de Apgar com falha na triagem auditiva neonatal e encaminhamento para diagnóstico audiológico. **Métodos:** Coorte retrospectiva, que abrangeu todos os recém-nascidos que realizaram a TAN pelo SUS entre junho de 2011 e junho de 2016, em centro de média complexidade. Os dados foram coletados do Livro de Registros da TAN e dos prontuários eletrônicos do serviço. A análise foi realizada por meio do *software* SPSS 22.0. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 69493917.0.0000.5349. **Resultados:** Foram analisados 3.658 pacientes, a média de idade na TAN foi 27,6 dias e 12,9 apresentou indicador de risco para perda auditiva neonatal. 1,4 da amostra apresentou Apgar no primeiro minuto menor ou igual a quatro e 0,7 Apgar no quinto minuto menor ou igual a seis. A média de Apgar no 1º e 5º minutos foram 8,4 e 9,2, respectivamente. Na amostra total, 3,5 dos neonatos falharam nas otoemissões, 13,5 falhou no reteste e 11,7 falharam no Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico automático. 21 crianças foram encaminhadas para serviço de alta complexidade, das quais quatro possuíam baixa nota de Apgar no primeiro minuto e quatro no quinto minuto. Houve confirmação diagnóstica em 0,14 da amostra total, sendo encontrado baixo Apgar em 40 desses casos. Observou-se que os neonatos com maiores notas de Apgar no primeiro ($p = 0,003$) e quinto minutos ($p = 0,015$) apresentaram menor taxa de falha no primeiro exame. Observou-se significância estatística entre baixas notas de Apgar e a taxa de encaminhamento para alta complexidade ($p = 0,028$ e $p = 0,012$ para primeiro e quinto minutos, respectivamente). **Conclusão:** Observou-se menor falha na TAN nos neonatos com nota de Apgar adequada no primeiro e quinto minutos. Além disso, foi identificado maior número de encaminhamentos para diagnóstico audiológico entre as crianças com baixo Apgar.

P-094 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DERMATOSES BOLHOSAS: UM RELATO DE CASO

Larissa Neumann¹, Alice de Moraes Baier¹, Tatiana Kurtz¹,
Jaquelini Barboza¹, Anna Carolina Aurelio Peres²

¹UNISC, ²HSC

Introdução: Manifestações cutâneas bolhosas fazem parte da apresentação clínica de várias doenças. A habilidade em diferenciá-las é fundamental para o tratamento precoce, evitando complicações. Este relato de caso objetiva apresentar as dificuldades na realização do diagnóstico diferencial das dermatoses bolhosas. **Relato de caso:** R.F.B., 3 anos, masculino, sem uso de medicamentos, quadro respiratório há 3 semanas e lesão característica de Impetigo há 7 dias. Interna com lesões dolorosas e pruriginosas tipo máculas eritematosas evoluindo para pápulas e bolhas flácidas no mento e abdome, com progressão para membros, tronco e dorso. Hemograma normal, VSG 8, PCR 1,96 (VR0,6) e Herpes IgM negativo. Início anti-histamínico VO e Oxacilina IV. Na evolução, houve deterioração do estado geral, dor ao toque da pele, e disseminação das bolhas, porém com mucosas íntegras. Iniciado Prednisona 1,5 mg/kg/dia e as lesões regrediram. Biópsia de pele inconclusiva. Melhora do quadro com uso de hidratação, corticoterapia e antibiotioterapia, recebendo alta hospitalar com descamação cutânea difusa, inclusive em couro cabeludo. **Comentários:** O diagnóstico das doenças cutâneas bolhosas é complexo, a biópsia da lesão pode ser de difícil realização ou inconclusiva. No diagnóstico diferencial estão Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SSS) e Pênfigos. SSJ e NET são hipersensibilidades mediadas por complexos imunes por fármacos, infecções ou neoplasias, caracterizados por acometimento cutâneo pronunciado e de mucosas. A SSS, causada por toxinas do *Staphylococcus aureus*, tem eritema difuso, esfoliação superficial e dor à palpação da pele. Os pênfigos são mediados por autoanticorpos. Concluímos que, apesar de difícil, o diagnóstico das dermatoses bolhosas é guiado por anamnese, exame físico e evolução do paciente. Nesse caso, diagnosticou-se SSS e o paciente mantém acompanhamento ambulatorialmente.

P-095 - ÍNDICE DE FALHA E INDICADORES DE RISCO PARA PERDA AUDITIVA EM PROGRAMA DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Vanessa Ferrari Wallau¹, Tania Ferrari Wallau²,
Paulo J. H. Nader³

¹ULBRA, ²PRÓAUDI, ³UCS

Objetivo: Identificar os principais fatores de risco para perda auditiva, bem como avaliar se os índices de falha na TAN estão adequados para uma triagem de qualidade, de acordo com a literatura. **Métodos:** Estudo de coorte, retrospectivo, que analisou os recém-nascidos da microrregião noroeste do Rio Grande do Sul que realizaram a TAN pelo SUS entre junho de 2011 e junho de 2016. Os dados foram coletados do Livro de Registros da TAN e dos prontuários eletrônicos e o *software* utilizado foi o SPSS 22.0. O CAAE de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa é 69493917.0.0000.5349. **Resultados:** Foram analisados 3.998, sendo 50,97 do sexo masculino. A média de idade foi 28,5 dias e o índice de falha no primeiro teste foi 3,4, no reteste 9,9 e no PEATE 8,9. A taxa de comparecimento ao reteste dos pacientes que falharam no primeiro exame foi de 86,1. Observou-se 0,12 dos pacientes com diagnóstico de PA, sendo que 0,07 receberam amplificação sonora. Os indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA) foram observados em 13,2, sendo prematuridade, internação em UTI e história familiar os mais prevalentes, os dois primeiros apresentaram $p=0,000$ para falha na TAN. Foi constatado que 12,7 dos pacientes com IRDA reprovaram em alguma etapa da TAN, em comparação com 3,1 dos que não possuíam. 20 dos diagnosticados com PA não possuíam IRDA, enquanto o restante apresentou múltiplos. **Conclusão:** O índice de falha encontrado está de acordo com o considerado adequado para TAN de qualidade. Observou-se similaridade entre os índices de diagnóstico de PA encontrados com os descritos na bibliografia. A porcentagem de PA sem IRDA foi abaixo do descrito na literatura. Além disso, dos IRDAs mais prevalentes apenas prematuridade e internação em UTI neonatal foram relevantes estatisticamente para falha na TAN.

P-096 - USO DE PROPRANOLOL EM HEMANGIOMA INFANTIL: UM RELATO DE CASO

Júlia Tonin, Monique Zambra Messerschmidt, Yuri Pereira Secco, Gabriela Alves Turcatti, Eduardo Pedrosa Perkoski, Tatiana Kurtz, Jaquelini Barboza

UNISC

Introdução: O Hemangioma infantil é o tumor mais comum na infância, presente em 4 dos lactentes, composto por proliferações benignas endoteliais. É mais comum em prematuros, idade materna avançada e em mães com doenças placentárias. O quadro clínico evidencia-se pelo início da lesão após a 2ª semana de nascimento e por fase de crescimento proliferativo por aproximadamente um ano, seguido de uma fase involutiva. Por ser uma patologia benigna de resolução espontânea, frequentemente pode apenas ser observadas. Lesões em locais de alto risco de comprometimento estético ou quando combinados com outros hemangiomas internos merecem tratamento. Também deve-se verificar a possibilidade de hemangiomas adicionais do cérebro, fígado, trato respiratório e gastrointestinal. Raramente hemangiomas viscerais são sintomáticos e associados a complicações graves. **Descrição do caso:** A.S.K., 2 meses, masculino, interna por hemangioma tuberoso em couro cabeludo, para avaliação cardiológica prévia ao início de tratamento com Propranolol VO e monitoração de seus possíveis efeitos colaterais. ECG normal, ultrassonografia transfontanelar: lesão de partes moles restrita aos tecidos dérmicos e subcutâneos altamente vascularizado não infiltrando a tábua óssea, compatível com hemangioma. Iniciou propranolol VO na dose de 1mg/kg/dia, mantendo-se estável, sem intercorrências. Após 72h de observação, clínica e hemodinamicamente estável, recebeu alta hospitalar e controle de tratamento ambulatorial. **Comentários:** O Propranolol é o fármaco de escolha para hemangiomas, inexistindo preocupações cardíacas ou neurovasculares. O propranolol inibe o crescimento e induz regressão dos hemangiomas. Os mecanismos de ação incluem vasoconstrição, diminuição da expressão do fator de crescimento endotelial vascular e fator de crescimento básico de fibroblastos e/ou desencadeamento da apoptose. Inicia-se o tratamento oral com 0,5-1 mg/kg/dia. Se tolerada, a dose é gradualmente aumentada (em 0,5 mg/kg/dia) por uma a duas semanas até a dose alvo de 2mg/kg/dia. Efeitos adversos graves incluem hipotensão, bradicardia, sibilância e hipoglicemia.