Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Protocolos clínicos para manejo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Neonatos com Síndrome de Edwards

Clinical protocols for Intensive Care Unit management of neonates with Edwards Syndrome

Protocolos clínicos para el manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos de neonatos con Síndrome de Edwards

Laura Ribas Dalla Roza[1], Paula Lorenz Abella[1], Lorena Ingridy de Paula[1], Giovana Godoy Blau[1], Trícia Nair Masera da Rosa[1], Júlia da Rosa Costa[1], Yasmin Linck Domingues[1], Ana Beatriz Lavor Teles[1], Diego Alex Oliveira da Silva[1].

RESUMO

Objetivo: Revisar a literatura científica atual acerca dos protocolos utilizados no manejo de recém-nascidos portadores da Síndrome de Edwards em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com ênfase nas principais condutas assistenciais e desafios clínicos encontrados. **Revisão bibliográfica:** Os estudos demonstram que a Síndrome de Edwards apresenta elevada morbimortalidade neonatal, sobretudo em decorrência de complicações respiratórias e cardiovasculares. O manejo em UTI neonatal exige avaliação individualizada, monitorização contínua e suporte intensivo, especialmente no controle da insuficiência respiratória, das cardiopatias congênitas e da sepse neonatal. Evidencia-se a relevância da atuação multiprofissional, da integração entre cuidados intensivos e paliativos e do apoio psicológico às famílias. **Considerações finais:** Pode-se considerar que, embora não exista um protocolo único aplicável a todos os neonatos com a Trissomia do cromossomo 18, as evidências recentes oferecem diretrizes que subsidiam a tomada de decisão clínica pelas equipes de saúde, contribuindo para maior estabilidade clínica e potencial melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-Chave: Síndrome da Trissomia do Cromossomo 18, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Protocolos clínicos, Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: To review the current scientific literature on the protocols used in the management of newborns with Edwards syndrome in Neonatal Intensive Care Units (NICUs), with emphasis on the main clinical care practices and the challenges encountered. **Literature review:** Studies show that Edwards syndrome is associated with high neonatal morbidity and mortality, mainly due to respiratory and cardiovascular complications. Management in the NICU requires individualized assessment, continuous monitoring, and intensive support, particularly in the management of respiratory failure, congenital heart defects, and neonatal sepsis. The relevance of a multidisciplinary approach is highlighted, as well as the integration between intensive and palliative care and the provision of psychological support to families. **Conclusion:** Although there

[1] Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas - RS.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

is no single protocol applicable to all neonates with Trisomy 18, recent evidence provides guidelines that support clinical decision-making by healthcare teams, contributing to greater clinical stability and the potential improvement of these patients' quality of life.

Keywords: Trisomy 18 Syndrome, Intensive Care Units, Neonatal, Clinical protocols, Newborn.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la literatura científica actual sobre los protocolos utilizados en el manejo de recién nacidos con síndrome de Edwards en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con énfasis en las principales conductas asistenciales y los desafíos clínicos encontrados. **Revisión bibliográfica:** Los estudios demuestran que el síndrome de Edwards presenta una elevada morbimortalidad neonatal, principalmente como consecuencia de complicaciones respiratorias y cardiovasculares. El manejo en la UCIN requiere una evaluación individualizada, monitorización continua y soporte intensivo, especialmente en el control de la insuficiencia respiratoria, de las cardiopatías congénitas y de la sepsis neonatal. Se evidencia la relevancia de la actuación multiprofesional, así como la integración entre los cuidados intensivos y paliativos y el apoyo psicológico a las familias. **Conclusión:** Aunque no existe un protocolo único aplicable a todos los neonatos con trisomía 18, las evidencias recientes ofrecen directrices que respaldan la toma de decisiones clínicas por parte de los equipos de salud, contribuyendo a una mayor estabilidad clínica y a la posible mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Síndrome de la Trisomía 18, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Protocolos clínicos, Recién nacido.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Edwards é uma doença que se origina da trissomia do cromossomo 18, ou seja, é uma aneuploidia genética rara caracterizada pela presença de um material genético duplicado, que é responsável por causar anomalias no desenvolvimento embrionário. Nesse sentido, essa condição apresenta questões congênitas complexas que fazem jus ao baixo índice de sobrevida da síndrome. Por isso, essa enfermidade ainda é considerada com inviabilidade vital, já que suas complicações possuem riscos elevados e exigem cuidados críticos e intensivos de forma contínua desde o período pré-natal até o final da vida (SHIN BS, et al., 2023).

Ademais, estima-se que a proporção de incidência dos afetados pela patologia é de, 1:6.000 e 1:8.000 entre os nascidos vivos, com uma predominância marcante do sexo feminino e uma forte associação com a idade materna avançada, mantendo-se como uma condição não-frequente, mas clinicamente relevante. Além disso, de acordo com pesquisas, 95% dos fetos evoluem para o óbito. Desse modo, anteriormente, na medicina, as únicas opções de terapia eram, predominantemente, os cuidados paliativos ou a interrupção gestacional restringindo a escolha do direito à vida. Entretanto, com os avanços da tecnologia e novos métodos na área da saúde, hoje é possível permitir e associar essa síndrome a um melhor prognóstico (MASCARENHAS KO, et al., 2023).

Nesse contexto, evidências recentes têm questionado o paradigma tradicional que classificou a Síndrome de Edwards como incompatível com a vida. Koshida e Takahashi (2023) destacam que os avanços no suporte intensivo neonatal e no manejo das complicações associadas exigem a atualização das diretrizes clínicas vigentes, a fim de orientar condutas mais bem definidas e baseadas em evidências. Os autores reforçam que a ausência de protocolos sistematizados contribui para decisões heterogêneas e, por vezes, limitadas, demonstrando a necessidade de padronização assistencial que contemple os novos desfechos clínicos observados.

Diante desse cenário, a falta de padronização de protocolos clínicos para a condução do complexo sintomático da doença de Edwards em unidades de terapias intensivas e a atuação de equipes multiprofissionais com lacunas na formação ainda são tópicos de debate que dificultam ainda mais o processo

de tomadas de decisões dos profissionais de saúde. Além disso, é notório que os maiores determinantes da letalidade de síndrome são as complicações dos sistemas respiratórios e cardiovasculares, como disfunções interventriculares e insuficiência respiratória precoce. Portanto, é necessário compreender a individualidade de cada paciente assim como seu próprio prognóstico e aplicar medidas de prevenção gerais a fim de evitar o agravamento da condição do neonato (SHIN BS, et al., 2023).

Conclui-se que embora não haja uma abordagem única de tratamento médico aplicável em todos os casos, o conhecimento fundamentado em evidências científicas recentes estabelece uma direção. Assim, este artigo tem como objetivo analisar criticamente a literatura científica atual e discutir os protocolos disponíveis para o manejo de recém-nascidos com síndrome de Edwards em unidades de terapia intensiva.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Princípios Gerais do Manejo da Síndrome de Edwards

A avaliação e o diagnóstico da Síndrome de Edwards começam no período pré-natal. De início, a triagem sérica materna apresenta baixos níveis de alfa-fetoproteína, gonadotrofina coriônica humana e estriol não conjugado. Outra alteração significativa para o diagnóstico pré-natal é o aumento da translucência nucal observado na ultrassonografia. A partir desses resultados realiza-se o teste pré-natal não invasivo, utilizando DNA fetal livre de células no plasma materno, que apresenta um valor preditivo positivo de 60,7%. No entanto, ao juntar o resultado positivo, para trissomia do cromossomo 18, deste último teste com os achados ultrassonográficos clássicos da síndrome, obtém-se um valor preditivo positivo de 100% e um valor preditivo negativo de até 100% no segundo trimestre (BALASUNDARAM P e AVULAKUNTA ID, 2025).

Outrossim, o diagnóstico pré-natal avançado da trissomia do cromossomo 18 permite que o médico responsável e a família iniciem o planejamento terapêutico de forma precoce, melhorando assim as taxas de sobrevivência e abandonando a visão de que a condição é invariavelmente fatal no período neonatal imediato (SPSP, 2020; MASCARENHAS KO et al., 2023). Sob esse prisma, observa-se que o aumento na expectativa de vida está diretamente relacionado a intervenções médicas proativas. Tais medidas alteraram o prognóstico histórico da síndrome, elevando a taxa de sobrevivência para além dos cinco anos em 12,3% dos nascidos vivos (PYLE AK, et al., 2025).

Embora a mediana de sobrevida ainda seja baixa, a implementação de suporte ventilatório e a correção cirúrgica de cardiopatias congênitas podem elevar a sobrevida no primeiro ano para até 25% (SPSP, 2020). Do ponto de vista ético, o manejo atual baseia-se no princípio da tomada de decisão compartilhada e no bem-estar superior da criança (SRINIVASAN K, et al., 2025).

Considerando-se que as diretrizes mais recentes estabelecem que a decisão sobre a intensidade do tratamento não seja baseada apenas no diagnóstico genético, mas qualifica o contexto clínico individual do paciente e os valores dos familiares (AAP, 2025). Ainda assim, a conduta de "apenas aguardar" deve ser substituída por ações assertivas que evitem sofrimento e sequelas desnecessárias tanto para a mãe como para o bebê, integrando os cuidados paliativos e curativos para garantir a melhor qualidade de vida possível ao paciente (PYLE AK, et al., 2025; SPSP, 2020).

Avaliação Inicial na UTI Neonatal

A recepção do neonato com Síndrome de Edwards (trissomia do cromossomo 18) na UTI exige um planejamento assistencial imediato e especializado, dada a complexidade das malformações multissistêmicas que frequentemente resultam em instabilidade cardiorrespiratória ao nascimento. A estabilização inicial deve priorizar a garantia da patência das vias aéreas e a termorregulação, uma vez que a vulnerabilidade a eventos de apneia e a exaustão metabólica são determinantes para o prognóstico imediato. Atualmente, as diretrizes enfatizam que a abordagem inicial deve ser individualizada, integrando o suporte tecnológico avançado a um diálogo ético contínuo com a família, refletindo uma mudança no paradigma do cuidado que considera intervenções mais proativas (CAREY JC, 2021).

A investigação por exames complementares na admissão deve ser abrangente para mapear as malformações multissistêmicas. O ecocardiograma transtorácico com Doppler é o exame padrão-ouro imediato, visto que cardiopatias congênitas, como a Comunicação Interventricular (CIV) e a Persistência do Canal Arterial (PCA), estão presentes na vasta maioria dos casos. Além da avaliação cardíaca, a realização de ultrassonografia (USG) abdominal e renal é imperativa para o rastreio de anomalias como o rim em ferradura e para a monitorização de riscos estruturais que impactam o manejo clínico, além de considerações genéticas sobre a instabilidade somática que podem influenciar a compreensão da progressão da doença (ZHAO X, et al., 2021).

No âmbito laboratorial e de imagem avançada, a conduta contemporânea na UTI foca na detecção precoce de disfunções orgânicas através do monitoramento rigoroso de eletrólitos e biomarcadores de sepse. O uso sistemático da ultrassonografia transfontanelar e de abdome total permite a identificação de anomalias estruturais que definem o curso do manejo clínico, seja ele intervencionista ou focado em cuidados paliativos de suporte. Essa estratificação diagnóstica precoce é essencial para alinhar as expectativas terapêuticas, garantir a segurança do paciente em estado crítico e humanizar a assistência neonatal (LAGO P, et al., 2020).

Por conseguinte, é válido ressaltar que o rastreio é essencial nos pacientes com Síndrome de Edwards, pois as anomalias frequentemente envolvem múltiplos sistemas orgânicos. Nessa perspectiva, após o nascimento, a variação fenotípica e a apresentação clínica orientam a avaliação e ditam o exame de escolha de forma personalizada às circunstâncias apresentadas pelo neonato (BALASUNDARAM, P, et., 2025).

Manejo Respiratório

A Síndrome de Edwards (trissomia do cromossomo 18) está associada a elevado risco de insuficiência respiratória no período neonatal, constituindo uma das principais indicações de internação em unidade de terapia intensiva neonatal. As alterações respiratórias observadas nesses pacientes decorrem principalmente de disfunções do controle central da respiração e de anomalias estruturais das vias aéreas superiores, o que predispõe a episódios frequentes de apneia, hipoventilação e dificuldade na manutenção de vias aéreas pérvias (DRESS C, et al., 2024; TAIRA R, et al., 2020).

A apneia central é uma manifestação respiratória recorrente em neonatos com trissomia 18 e pode cursar com queda significativa da saturação de oxigênio e instabilidade clínica. Nessa perspectiva, evidencia-se que a monitorização respiratória contínua é essencial para a detecção precoce desses eventos e que a instituição de suporte ventilatório adequado está associada a maior estabilidade clínica e aumento da sobrevida desses pacientes (TAIRA R, et al., 2020).

Além das alterações do controle respiratório, anormalidades anatômicas das vias aéreas superiores desempenham papel central no manejo respiratório desses neonatos. Achados como micrognatia, retrognatia, colapso hipofaríngeo e traqueomalácia são frequentemente descritos e contribuem para obstrução de vias aéreas e dificuldade durante a ventilação espontânea ou assistida (DRESS C, et al., 2024). Essas características tornam o manejo da via aérea particularmente desafiador, exigindo preparo técnico da equipe assistencial.

O suporte respiratório deve ser individualizado e escalonado conforme a gravidade do quadro clínico. Em situações leves, pode ser indicado oxigênio suplementar; entretanto, casos com apnéias recorrentes ou hipoventilação persistente frequentemente necessitam de ventilação com pressão positiva, seja por meio de métodos não invasivos ou ventilação mecânica invasiva. O uso de suporte ventilatório ativo em neonatos com apnéia associada à trissomia 18 tem demonstrado impacto positivo na evolução clínica, quando comparado à ausência de intervenção respiratória (TAIRA R, et al., 2020).

Considerando as particularidades anatômicas desses pacientes, o manejo da via aérea deve ser realizado por profissionais experientes, com planejamento prévio para situações de via aérea difícil. Estudos indicam maior risco de falha na ventilação com máscara e dificuldade na intubação traqueal, reforçando a necessidade de estratégias alternativas e disponibilidade de dispositivos auxiliares em ambiente de terapia intensiva neonatal (BIRMINGHAM EE, et al., 2021).

Portanto, o manejo respiratório de neonatos com Síndrome de Edwards deve ser conduzido em ambiente especializado, com monitorização contínua, suporte ventilatório apropriado e abordagem multidisciplinar, visando garantir estabilidade respiratória e segurança clínica, respeitando sempre os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada paciente (BIRMINGHAM EE, et al., 2021).

Manejo Cardiológico

A Síndrome de Edwards (trissomia do cromossomo 18) apresenta forte associação com cardiopatias congênitas, as quais constituem um dos principais determinantes de morbidade, mortalidade e necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Estudos populacionais demonstram que aproximadamente 56% dos pacientes com trissomia 18 apresentam alguma cardiopatia congênita o que reforça a necessidade de avaliação cardiológica sistemática logo após o nascimento (SONG et al., 2023; GREENE CL, et al., 2024).

Entre as cardiopatias mais frequentemente identificadas destacam-se comunicação interventricular, comunicação interatrial, defeitos do septo atrioventricular e coarctação da aorta, predominando lesões simples ou potencialmente corrigíveis. Essas malformações frequentemente resultam em shunts hemodinamicamente significativos, sobrecarga de câmaras cardíacas e desenvolvimento precoce de insuficiência cardíaca congestiva, o que impacta diretamente a estabilidade clínica do neonato (GREENE CL, et al., 2024; SONG IG, et al., 2023). A avaliação cardiológica precoce, por meio de ecocardiografia transtorácica, é considerada essencial para definição da anatomia cardíaca, quantificação da repercussão hemodinâmica e estratificação de gravidade. Em pacientes selecionados, exames adicionais como cateterismo cardíaco podem ser necessários para avaliação da resistência vascular pulmonar, especialmente quando há suspeita de hipertensão pulmonar, fator que influencia decisivamente a escolha terapêutica (GREENE CL, et al., 2024).

O manejo inicial é predominantemente clínico e direcionado ao controle da insuficiência cardíaca, incluindo diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e, quando indicado, suporte inotrópico. Essas medidas visam reduzir a congestão pulmonar, melhorar o débito cardíaco e promover maior estabilidade hemodinâmica, permitindo ganho ponderal e redução de sintomas, sobretudo em pacientes com defeitos septais significativos (SONG IG, et al., 2023).

Evidências recentes demonstram que intervenções cardíacas, cirúrgicas ou por cateterismo, podem estar associadas a maior sobrevida em pacientes com trissomia 18 e cardiopatia congênita. Crianças submetidas a intervenção apresentaram maiores taxas de sobrevivência durante a primeira internação e aumento significativo do tempo de sobrevida em comparação aos pacientes manejados de forma exclusivamente conservadora. Ademais, a maioria dos procedimentos realizados envolve baixo risco cirúrgico, com mortalidade pós-operatória aceitável em centros especializados (SONG IG, et al., 2023; GREENE CL, et al., 2024).

Relatos de caso recentes reforçam que uma abordagem cardiológica personalizada, baseada em seleção criteriosa dos pacientes e alinhamento com os objetivos familiares, pode resultar em estabilização clínica e melhora da qualidade de vida, desafiando a visão histórica de que apenas cuidados paliativos seriam apropriados nesses casos. Dessa forma, as decisões sobre intervenção devem ser individualizadas, multidisciplinares e eticamente fundamentadas, considerando anatomia cardíaca, comorbidades, condição clínica global e valores da família (DOWAIKH A, et al., 2024).

Infecções e Sepse Neonatal

Atualmente, devido à prevalência de infecções e alterações sistêmicas que acometem a Síndrome de Edwards, ocorre o surgimento de sepse neonatal precoce, que é manifestada nas primeiras 72 horas de vida, e permanece como uma das principais causas de mortalidade em unidades de terapia intensiva. (MASCARENHAS KO, et al., 2023).

Diante disso, a principal combinação de tratamento é Ampicilina e Gentamicina, que seguem sendo o padrão-ouro para o tratamento empírico inicial (SBP, 2025). Essa escolha visa cobrir os patógenos mais prevalentes na flora vaginal materna, como o *Streptococcus agalactiae* e a *Escherichia coli*, sendo crucial que

a administração ocorra na "hora de ouro", os primeiros 60 minutos após a suspeita clínica, para reduzir o risco de choque séptico e falência múltipla de órgãos (BALASUNDARAM P e AVULAKUNTA ID, 2025). Entretanto, o tratamento para a sepse de início tardio, que ocorre após o terceiro dia de vida e está frequentemente associada à assistência hospitalar, a abordagem terapêutica torna-se mais complexa devido ao risco de resistência bacteriana. Nesse caso, o tratamento ideal é a Oxacilina associada a um aminoglicosídeo (Amicacina), que é eficaz para a maioria dos casos, mas a presença de dispositivos invasivos pode exigir a escalada para Vancomicina e Meropenem (NICE, 2024).

A escolha deve ser sempre guiada pelo perfil epidemiológico da unidade neonatal e reavaliada em 48 a 72 horas após o resultado das hemoculturas e dos biomarcadores de fase aguda, como a PCR. A antibioticoterapia no contexto da Síndrome de Edwards (Trissomia 18) necessita de uma personalização rigorosa devido às altas taxas de malformações congênitas típicas da condição (BALASUNDARAM P e AVULAKUNTA ID, 2025). Ademais, os recém-nascidos com essa trissomia frequentemente apresentam principalmente malformações urogenitais, como o rim em ferradura, o que altera a farmacocinética de antibióticos nefrotóxicos como a Gentamicina. Portanto, o monitoramento dos níveis séricos e o ajuste da dose pela função renal são obrigatórios para evitar a toxicidade, garantindo que o tratamento da infecção não agrave o quadro multissistêmico do paciente (BALASUNDARAM P e AVULAKUNTA ID, 2025).

Cuidados Paliativos Neonatais e Apoio Psicológico à Família

Os cuidados paliativos neonatais configuram-se como componente essencial no manejo clínico de recém-nascidos portadores da Síndrome de Edwards em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, especialmente diante da elevada morbimortalidade, do prognóstico reservado e das limitações terapêuticas inerentes à condição. Evidências científicas recentes demonstram que a introdução precoce dos cuidados paliativos no contexto do cuidado intensivo contribui para a redução do sofrimento físico e emocional, bem como para a promoção da qualidade de vida do neonato e de seus familiares, não se restringindo exclusivamente às situações de terminalidade (PERALTA D, et al., 2023).

No ambiente da UTI neonatal, os cuidados paliativos devem ser compreendidos como abordagem integrada e concomitante ao manejo das complicações respiratórias, cardiovasculares e infecciosas, atuando de forma complementar às terapias intensivas. Essa abordagem inclui o controle rigoroso da dor, do desconforto respiratório, da dispneia e de outros sintomas frequentes, por meio de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, além da adequação do ambiente para redução de estímulos nocivos ao recém-nascido, favorecendo decisões clínicas mais proporcionais, individualizadas e humanizadas, sem prejuízo da qualidade da assistência intensiva (PERALTA D, et al., 2023).

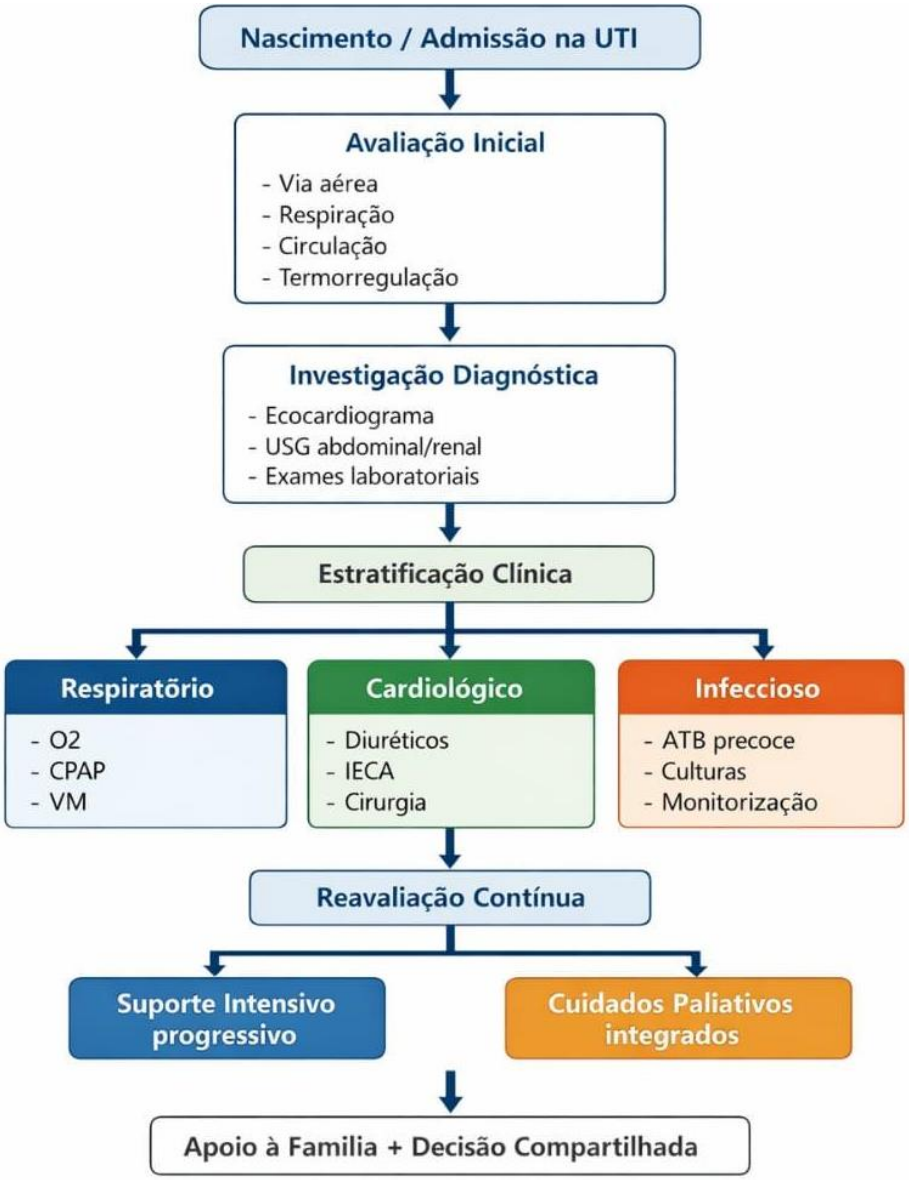
Paralelamente, o apoio psicológico à família configura-se como um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos neonatais. O diagnóstico da Síndrome de Edwards, associado à hospitalização prolongada em UTI neonatal, impõe significativo impacto emocional aos pais e cuidadores, frequentemente relacionado a ansiedade, sofrimento psíquico e luto antecipado. Nessa perspectiva, evidenciou-se que intervenções estruturadas de apoio psicológico reduzem o estresse parental, fortalecem a comunicação entre a equipe multiprofissional e a família e contribuem para uma vivência mais humanizada do processo de cuidado, inclusive em situações de fim de vida neonatal (MOHAMMADI A, et al., 2025).

A atuação de profissionais da psicologia e do serviço social no ambiente da UTI neonatal mostra-se indispensável para acolher as demandas emocionais da família, facilitar a compreensão do prognóstico e apoiar o processo de tomada de decisão compartilhada. Ademais, o modelo de cuidado centrado na família reforça a importância da inclusão dos pais no processo assistencial e na tomada de decisões terapêuticas, valorizando a comunicação clara, empática e contínua, bem como o respeito às crenças, valores culturais e aspectos espirituais da família. Essa participação ativa fortalece o vínculo parental, minimiza sentimentos de impotência diante da hospitalização e promove maior satisfação com o cuidado recebido, mesmo em cenários de prognóstico desfavorável (LEE J, 2023).

Dessa maneira, a articulação entre os cuidados paliativos neonatais e o apoio psicológico à família configura-se como estratégia indispensável no manejo de recém-nascidos com Síndrome de Edwards em

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, contribuindo para a humanização da assistência, a redução do sofrimento global e o fortalecimento da atuação multiprofissional centrada no neonato e em sua família, em consonância com o modelo de cuidado centrado na família, que valoriza a comunicação empática, a tomada de decisão compartilhada e o respeito aos valores familiares (LEE J, 2023). Por fim, o processo descrito longo da revisão bibliográfica pode ser visualizado no fluxograma apresentado que segue uma sequência lógica de etapas interdependentes (**Figura 1**).

Figura 1 - Fluxograma do manejo clínico do neonato com Síndrome de Edwards na UTI neonatal.



Fonte: Roza LRD, et al., 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução clínica de recém-nascidos com Síndrome de Edwards em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal exige uma abordagem flexível e individualizada, uma vez que a heterogeneidade fenotípica da trissomia 18 e a elevada incidência de malformações multissistêmicas inviabilizam a adoção de protocolos rígidos e universais. A literatura revisada aponta que o cuidado intensivo deve priorizar a estabilização precoce e a monitorização contínua, com intervenções direcionadas principalmente às complicações

respiratórias, cardiovasculares e infecciosas, que representam os principais determinantes de morbimortalidade neonatal. Nesse contexto, o manejo adequado da insuficiência respiratória, a avaliação criteriosa das cardiopatias congênitas e a instituição oportuna de antibioticoterapia empírica, seguida de reavaliação clínica e laboratorial, configuram pilares essenciais da assistência. Paralelamente, destaca-se a importância da integração entre terapias intensivas e cuidados paliativos, associada ao suporte psicológico à família, como estratégia para promover decisões proporcionais, éticas e centradas no neonato. Dessa forma, embora o prognóstico da Síndrome de Edwards permaneça reservado, as evidências científicas atuais oferecem subsídios relevantes para orientar a prática clínica em UTI neonatal, favorecendo maior estabilidade clínica, humanização do cuidado e potencial impacto positivo na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - AAP. Guidance for caring for infants and children with trisomy 13 and trisomy 18: clinical report. Pediatrics, 2025; 156(2).
2. BALASUNDARAM P, AVULAKUNTA ID. Síndrome de Edwards. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570597/. Acessado em: 9 de janeiro de 2026.
3. BIRMINGHAM EE, et al. Anesthesia for children with complete trisomy 18 (Edwards syndrome): a cohort review of 84 anesthesia encounters in nine patients. Paediatric Anaesthesia, 2021; 31(4): 419–428.
4. CAREY JC. Management of children with trisomy 18 and trisomy 13 syndromes: is there a shift in the paradigm of care? American Journal of Perinatology, 2021; 38(11): 1122–1125.
5. DOWAIKH A, et al. Cardiac care in trisomy 18: a path to improved outcomes (case report). Journal of Taibah University Medical Sciences, 2024; 19(3): 545–548.
6. DRESS C, et al. Airway findings in trisomy 13 and trisomy 18: a 10-year retrospective review. Pediatric Pulmonology, 2024; 59(2): 342–347.
7. GREENE CL, et al. Operative and nonoperative outcomes in patients with trisomy 13 and 18 with congenital heart disease. JTCVS Open, 2024.
8. KOSHIDA S, TAKAHASHI K. Significant improvement in survival outcomes of trisomy 18 with neonatal intensive care compared to non-intensive care: a single-center study. PeerJ, 2023; 11: e16537.
9. LAGO P, et al. Palliative care in the neonatal intensive care unit: at the center of the care for the newborn with life-limiting conditions. Jornal de Pediatria, 2020; 96(2): 153–162.
10. LEE J. Neonatal family-centered care: evidence and practice models. Clinical and Experimental Pediatrics, 2024; 67(4): 171–177.
11. MASCARENHAS KO, et al. Síndrome de Edwards: um estudo de caso abordando características, diagnóstico e evolução clínica. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, 2023; 5: 22239–22245.
12. MOHAMMADI A, et al. Impact of neonatal palliative care on neonates, their parents, and nurses: a systematic review. Palliative Care and Social Practice, 2025; 19: 26323524251326103.
13. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment. London: NICE, 2021. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng195. Acessado em: 28 de janeiro de 2026.
14. PERALTA D, et al. Palliative and end of life care in the NICU. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 2023; 28(3): 101457.
15. PYLE AK, et al. Guidance for caring for infants and children with trisomy 13 and trisomy 18: clinical report. Pediatrics, 2025; 156(2): e2025072719.
16. SHIN BS, KO JM, SHIN SH. Neonatal treatment and outcomes of patients with trisomy 18 in the neonatal intensive care unit: a single center study. Perinatology, 2023; 34(2): 64–68.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Diretrizes para uso racional de antibióticos em unidades neonatais. Rio de Janeiro: SBP, 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/news/diretrizes-para-uso-racional-de-antibioticos-em-unidades-neonatais/. Acessado em: 28 de janeiro de 2026.
18. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SPSP. Departamento de Genética. Síndrome de Edwards: trissomia do cromossomo 18. Atualização de Condutas em Pediatria, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec93_Genetica.pdf. Acessado em: 28 de janeiro de 2026.
19. SONG IG, et al. Survival of children with trisomy 18 associated with the presence of congenital heart disease and intervention in the Republic of Korea. BMC Pediatrics, 2023; 23(1): 245.
20. SRINIVASAN K, et al. Updates in trisomy 18: improving survival in patients with trisomy 18. Neoreviews, 2025; 26(12): e820–e834.
21. TAIRA R, et al. Management of apnea in infants with trisomy 18. Developmental Medicine & Child Neurology, 2020; 62(7): 874–878.
22. ZHAO X, et al. Modifiers of somatic repeat instability in mouse models of Friedreich ataxia and the fragile X-related disorders: implications for the mechanism of somatic expansion in Huntington's disease. Journal of Huntington's Disease, 2021; 10(1): 149–163.