

Nascer no Hospital de S. Bernardo

MANUELA SANTOS *

* Serviço de Pediatria do Hospital de S. Bernardo

Resumo

Efectuou-se um estudo retrospectivo dos processos clínicos dos recém-nascidos internados na Maternidade do Hospital de S. Bernardo, sem Setúbal, no período de 1/1/98 a 31/12/99, com o objectivo de avaliar a assistência prestada.

Neste período ocorreram 4349 partos a que corresponderam 4354 nados-vivos e 24 fetos-mortos. Houve 42,3% de distócias.

A gravidez foi vigiada em 87,4% dos casos.

A asfíxia perinatal ocorreu em 0,9%.

Quinze por cento dos recém-nascidos necessitaram de cuidados especiais ao nascer. Foram transferidos para hospitais centrais 1,4%, tendo sido a principal causa a necessidade de ventilação assistida.

A taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia foi, respectivamente de 2‰ e 0,2‰.

Palavras-Chave: Partos, Nados-vivos.

Summary

To Be Born at S. Bernardo Hospital

The author studied 4354 newborns born at S. Bernardo Hospital – Setúbal, in the period between 1/1/98 to 31/12/99. An analysis of the medical assistance provided was made.

Pregnancies with prenatal care was 87,4%.

Neonatal asphyxia occurred at a rate of 0,9%.

Fifteen percent of newborns needed special care. The need for artificial ventilation was the principal indication for referral to a central hospital.

The early and late neonatal mortality rate observed was 2‰ and 0,2‰.

Key-Words: Newborn, Deliveries.

Introdução

O acto de nascer implica riscos. A criação de condições que melhorem a qualidade de assistência neonatal a nível dos hospitais distritais permitirá minorá-los. Esta será uma medida estratégica fundamental para baixar os índices de morbi-mortalidade neonatal.

Com o objectivo de conhecer a realidade do Hospital Distrital de Setúbal (HDS), efectuou-se uma análise do movimento da Maternidade nos anos 1998 e 1999, com uma média anual de 2175 partos, e da qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos.

Material e Métodos

Foram analisados os registos dos recém-nascidos nados-vivos na Maternidade do HDS entre 1/1/98 e 31/12/99. Seleccionaram-se os seguintes parâmetros: idade materna, vigilância médica da gravidez, idade gestacional, paridade e tipo de parto, peso ao nascer, morbilidade e mortalidade do recém-nascido e causas de transferência para os hospitais centrais.

Foi considerada gravidez não vigiada aquela em que foram efectuadas menos de quatro consultas, critério adoptado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

A classificação dos recém-nascidos relativamente à idade gestacional foi calculada pelo tempo de amenorreia e/ou ecografia obstétrica precoce, e nos casos duvidosos pelas tabelas de Ballard ⁽¹⁾.

Considerámos como asfíxia grave um índice de Apgar ao quinto minuto igual ou inferior a três, acidose metabólica grave ou convulsões nas primeiras horas de vida e asfíxia moderada quando o índice de Apgar ao quinto minuto foi superior a três e inferior ou igual a seis. O critério utilizado foi baseado na definição da Academia Americana de Pediatria ⁽²⁾ e da Associação Americana de Obstetrícia e Ginecologia ⁽³⁾.

Considerámos anomalias congénitas major aquelas que implicam efeito adverso grave a nível da função ou da aceitabilidade do indivíduo ⁽⁴⁾.

Correspondência: Manuela Santos
Rua Cidade de S. Paulo, 10, 12.º Esq.
2685-189 Portela

Aceite para publicação em 30/11/2000.
Entregue para publicação em 29/05/2000.

Em 239 processos (5,5% dos nados-vivos) apenas se conseguiu obter o peso do recém-nascido ao nascer, o Índice de Apgar e o tipo de parto, por impossibilidade de consultar os outros dados analisados.

Resultados

No período a que se refere o estudo, 1998 e 1999, ocorreram 2111 e 2238 partos, respectivamente, totalizando 4349 partos (29 partos gemelares) (ver Quadro I), dos quais 35 (0,8%) a nível extra-hospitalar (Quadro II). Corresponderam a 4378 nascimentos, dos quase 4354 nados-vivos, cujos registos foram analisados, e 24 fetos-mortos.

QUADRO I
Partos ocorridos em 1998 e 1999

	1998	1999	Total
N.º de Partos no Hospital	2094	2220	4314
simples	2084	2201	4285
bigemelares	10	19	29
Partos extra-hospitalares	17	18	35
Fetos-Mortos	14	10	24
Nados-Vivos observados	2107	2247	4354

QUADRO II
Partos extra-hospitalares

	1998	1999	N.º	%
Total	17	18	35	
Gravidez não vigiada	6	5	11	31,4
Mãe primípara	1	3	4	11,4
Mãe múltipara (≥ IVP)	4	2	6	17,1
Idade materna ≤ 18A	1	0	1	2,9
Idade materna ≥ 35A e <40A	3	1	4	11,4
Idade materna ≥ 40A	1	0	1	2,9
RN prematuro	4	1	5	14,3
RN com BPn	2	2	4	11,4

A idade materna variou entre os 13 e os 47 anos, com uma média de 28 anos. Em 79,5% (3439 casos) situou-se entre os 19 e os 34 anos. Foi igual ou inferior a 18 anos em 242 mães (5,6%). Situou-se entre os 35 e os 39 anos em 331 casos (7,7%) e apenas 74 (1,7%) tinham idade igual ou superior a 40 anos. Não vigiaram a gravidez

307 destas mães (7,1%). Foram primíparas 2166 (50,1%), das quais 64 tinham idade superior ou igual a 35 anos, e grandes múltiparas (com quatro ou mais filhos) 167 (3,9%). Não foi possível saber a idade, vigilância da gravidez e paridade de 239 (5,5%) das 4325 mães dos nados-vivos.

A gravidez terminou prematuramente em 257 casos (5,9%), oscilando a idade gestacional, nestes, entre as 25 e as 36 semanas, sendo apenas em 22 casos igual ou inferior a 32 semanas (0,5% do total de gravidezes) (Quadro III).

QUADRO III
Idade Gestacional

	1998	1999	Total
N.º de Prematuros	110	147	257
≤ 32S	11	11	22
33 - 34S	15	23	38
35 - 36S	84	113	197

No que se refere ao tipo de parto, os partos por cesariana e por forceps corresponderam a 1221 (28,2%) e 611 (14,1%) casos, respectivamente.

Com critérios de asfixia perinatal foram incluídos 41 nados-vivos (0,9% do total), dos quais apenas 18 sofreram asfixia grave (0,4%). De notar que dos 29 partos gemelares ocorridos no Hospital de S. Bernardo apenas 8 (27,6%) foram por via baixa, não ocorrendo asfixia em nenhum.

Em 15 nados-vivos ocorreu fractura da clavícula e em um fractura do osso temporal. Houve dez casos de paralisia de Erb e três de paralisia facial.

Quanto ao peso ao nascer, variou entre 600g e 5355g. Foi superior a 4000g em 184 casos (4,2%) e inferior a 2500g em 254 (5,8%) (Quadro IV). De referir 24 com peso inferior ou igual a 1500g (0,5%).

QUADRO IV
Peso ao nascer

Peso ao nascer	1998	1999	Total	
	N.º	N.º	N.º	%
≤ 1500g	8	15	23	0,5
1501-1999g	21	31	52	1,2
2000-2499g	82	97	179	4,1
2500-3999g	1879	2037	3916	89,9
4000-4499g	104	58	162	3,7
≥ 4500g	13	9	22	0,5

Foram internados na UCEN (Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia) 653 recém-nascidos (15,0%). Foi diagnosticado SDR (Síndrome de Dificuldade Respiratória) precoce em 132 nados-vivos (3%). Apenas 21 (0,5%) corresponderam a recém-nascidos com Doença das Membranas Hialinas. Houve seis casos de Pneumotórax e três de Pneumomediastino.

O número de nados-vivos com anomalia congénita major foi de 67 (1,54%) (Quadro V). As anomalias mais frequentes foram as músculo-esqueléticas (malformações das mãos, luxação congénita da anca e joelho, pé boto e 1 caso de hérnia diafragmática), com 23 casos (34,3%). As cardiopatias congénitas foram confirmadas em 19 recém-nascidos (28,4%) e foram 14 os recém-nascidos com Síndrome Polimalformativa (20,9%) – 4 com S. de Down, 2 com S. Alcoólico-fetal, 1 com S. de Turner, 1 com Trissomia 13, 1 com S. de Waardenburg, 2 com S. de Menkes, 1 com S Adams-Oliver e 1 com uma Síndrome desconhecida. As anomalias mais graves, que implicam cirurgia precoce ou risco de vida, nomeadamente hérnia diafragmática (1 caso), epispádias associado a extrofia da bexiga (1 caso), atresia do esófago (1 caso), S. Adams-Oliver com lesão do couro cabeludo extensa (1 caso), cardiopatia congénita com SDR precoce e/ou cianose (7 casos) foram transferidas para hospitais centrais. Nenhuma destas situações tinha diagnóstico pré-natal.

QUADRO V
Anomalias Congénitas Major

Anomalias	1998	1999	Total	%
Músculo-esqueléticas	12	11	23	34,3
Cardiopatias Congénitas	9	10	19	28,4
S. Polimalformativo	8	6	14	20,9
Fenda palatina	2	2	4	6,0
Uro-genitais	1	3	4	6,0
Do Aparelho Digestivo	0	2	2	3,0
Anoftalmia unilateral	0	1	1	1,5
Total	32	35	67	

Foram transferidos para hospitais centrais 60 (1,4%) recém-nascidos (Quadro VI). A sua transferência foi determinada essencialmente pela necessidade de ventilação assistida em 37 casos (62%), anomalias congénitas major em 11 (18%), asfixia em 7 (12%). Trinta e um recém-nascidos (52%) eram prematuros.

QUADRO VI
RN transferidos para Hospitais Centrais

Motivo	1998	1999	Total	%
Necessidade de ventilação	16	21	37	62
Asfixia	1	6	7	12
Malf. Congénitas Major	2	9	11	18
CID		1	1	2
NEC IA		2	2	3
Isoimunização Rh		1	1	2
Residência materna em Évora		1	1	2

A análise da mortalidade revelou que faleceram, no período neonatal precoce, quatro e sete recém-nascidos, respectivamente em 1998 e 1999 (1,9 e 3,1%), sendo a asfixia (em quatro casos) e a imaturidade (em cinco casos) as causas de morte. As anomalias congénitas foram responsáveis por dois óbitos (Trissomia 13 e outro desconhecido). Apenas um recém-nascido faleceu após os primeiros sete dias de vida por encefalopatia hipóxico-isquémica. Dos RN falecidos seis (54,5%) eram prematuros com idade gestacional inferior a 32 semanas, e nove (81,8%) tinham baixo peso ao nascer (dos quais seis com menos de 1500g). Não houve vigilância da gravidez em sete casos (64% dos falecidos).

Discussão

Nos dois anos estudados o número de partos subiu ligeiramente, mantendo-se a tendência que se vinha a verificar nos anos anteriores.

Verificou-se uma maior percentagem (9,4%) de mães com idade superior ou igual a 35 anos em relação às mães com idade inferior ou igual a 18 anos. A incidência de mães com idade inferior ou igual a 18 anos representou 5,6% do total, semelhante à de outros estudos⁽⁵⁾.

Houve uma incidência de primíparas de 50,1%, tendo apenas 1,5% destas uma idade superior ou igual a 35 anos. Grandes múltiparas (com quatro ou mais filhos) foram 3,9%. No primeiro caso a incidência é similar à encontrada a nível nacional, mas nas grandes múltiparas é dupla⁽⁶⁾.

A maioria das gravidezes foi vigiada (87,4%), valor que pode ser considerado satisfatório.

O parto foi hospitalar na maioria dos casos, sendo de referir 42,3% de distócias. O número de nados-vivos nascidos no Hospital Distrital de Setúbal representa apenas cerca de 60% do total de recém-nascidos cujas mães residem na área da Sub-região de Saúde de Setúbal⁽⁶⁾.

Portanto, há ainda cerca de 40% de grávidas residentes na área do Hospital que recorrem a outros hospitais na altura do parto. Uma melhoria progressiva no atendimento, aumentando a confiança das utentes, fará com que se mantenha a tendência que se tem verificado de subida do número de partos anual.

Quinze por cento dos nados-vivos necessitaram de cuidados especiais.

A prematuridade ocorreu em 5,9% e cerca de 5,8 dos nados-vivos tinham baixo peso ao nascer. Verificou-se o nascimento, no Hospital Distrital de Setúbal, de 24 recém-nascidos com peso inferior ou igual a 1500g, que necessitaram de transporte pós-natal para unidades diferenciadas, com agravamento do prognóstico. A impossibilidade da sua transferência ainda in utero deveu-se ao estado adiantado do trabalho de parto à chegada à Maternidade do Hospital Distrital de Setúbal. A redução deste número passa necessariamente pela melhoria dos cuidados de saúde à grávida.

A asfixia perinatal ocorreu em 0,9% dos recém-nascidos, sendo grave em apenas 0,4%, o que se pode considerar satisfatório.

Houve 1,54% de anomalias congénitas major, semelhante à incidência referida em alguns estudos ⁽⁷⁾. Os recém-nascidos com anomalias graves nasceram neste hospital distrital por não ter sido feito um diagnóstico pré-natal.

Houve necessidade de transferência para hospitais centrais de 60 recém-nascidos (1,4%), com agravamento do prognóstico. Esta foi motivada essencialmente pela

necessidade de ventilação assistida e pelas malformações congénitas. A melhoria dos cuidados prenatais, nomeadamente no diagnóstico de anomalias congénitas, e a prevenção do parto prematuro, permitirão reduzir a mortalidade e a morbilidade destes recém-nascidos.

A taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia do Hospital de S. Bernardo (Setúbal) entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 1999 foi de 2‰ e 0,2‰, respectivamente, abaixo dos valores Nacionais.

Bibliografia

1. Ballard J L, Novak K K, Driver M A. A simplified assessment of fetal maturation of newly born infants. *J Pediatrics* 1979; 95: 769-74.
2. Committee on the Fetus and the Newborn of the American Academy of Pediatrics: Use and abuse of the Apgar score. *Pediatrics* 1986; 78: 1148.
3. ACOG Committee on Obstetrics: Maternal-fetal medicine: utility of cord blood acid-base assessment. Committee Opinion N.º 91, Washington, DC, 1991, American College of Obstetricians and Gynecologists.
4. Frias J L, Carey J C. Mild Errors of Morphogenesis. *Adv in Pediatrics* 1996; 43: 27-75.
5. Flores M M, Teixeira F, Alves V, Costa F M. Incidência da Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer e Atraso de Crescimento Intrauterino, nos Filhos de Mães com idade inferior ou igual a 18 anos numa Maternidade Central. *Nascer e Crescer* 1994; Vol. III, N.º 4: 240-2.
6. Estatísticas da Saúde. Instituto Nacional de Estatística 1997: 130.
7. Nunes L, Carvalho M C A. A contribuição das malformações congénitas para a mortalidade infantil em Portugal, 1991-3. *Saúde Infantil* 1995; 17: 47-52.