

Gravidez Não Viglada - Que Risco Infeccioso no Recém-Nascido?

CÉLIA MADALENA, DULCE OLIVEIRA, MARGARIDA GUEDES, ANTÓNIO MACHADO

Serviço de Pediatria - Hospital Geral de Santo António (HGSA)

Resumo

No Sector de Lactentes do Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António tem-se assistido a um aumento do número de infecções congénitas diagnosticadas tardiamente. Por este motivo, os autores decidiram implementar um programa de rastreio a todos os Recém-Nascidos (RN) internados com gestação não viglada, visando avaliar a dimensão do risco infeccioso e as vantagens de instituir esse mesmo estudo a todos os RN cuja gestação for inadequadamente viglada. O estudo foi efectuado entre 1/11/94 e 31/10/95, tendo sido avaliados 23 RN.

Foi possível correlacionar a não vigilância da gravidez com factores de risco social, encontrando-se, como esperado, uma grande percentagem de prematuridade e de baixo peso.

O estudo efectuado permitiu o diagnóstico de duas sífilis congénitas, uma hepatite B e serologia positiva para HIV e hepatite C.

Estes resultados denotam, para os autores, a importância de um estudo serológico sistemático a todos os RN com gestação inadequadamente viglada.

Palavras-chave: Vigilância da Gravidez, Infecção Congénita.

Summary

The number of congenital infections has dramatically increased. The authors decided to effectuate a screening to all the newborns, admitted in the Childhood Sector of the Paediatrics Service of Santo Antonio General Hospital, with no prenatal care, between November 1994 and October 1995, in order to evaluate the infectious risk.

This study includes 23 newborns in which it was possible to make the diagnose of two congenital syphilis, one hepatitis B and positive serology for HIV and hepatitis C; what proves the importance of a systematic serologic study to all the newborns with inadequate prenatal care.

Key-Words: Vigilance of the pregnancy; Congenital infection.

Introdução

A Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal, apesar de ter diminuído consideravelmente nos últimos anos, mantém ainda os índices mais elevados da Europa Ocidental⁽¹⁾. Metade dessa mortalidade infantil é atribuível a problemas perinatais. Estima-se que 1/3 dos óbitos ocorridos no período neonatal são evitáveis, nomeadamente por uma vigilância antenatal adequada^(2,3).

Sabe-se que, actualmente, pelo menos 1/4 das mulheres grávidas têm cuidados pré-natais inadequados, tanto no que diz respeito ao número como à qualidade das consultas⁽⁴⁾.

Dos vários riscos que podem ameaçar o feto, e, conseqüentemente o futuro Recém-Nascido, aquele em

que a acção preventiva pode ter melhores resultados é, sem dúvida, o risco infeccioso.

No Sector de Lactentes do Serviço de Pediatria do HGSA verificou-se, entre 1990 e 1993, um aumento do número de infecções congénitas diagnosticadas tardiamente⁵. Por este motivo, os autores decidiram implementar um programa de rastreio a todos os RN internados fruto de gestação não viglada, visando avaliar a dimensão do risco infeccioso e as vantagens de instituir esse mesmo estudo a todos os RN cuja gestação for inadequadamente viglada.

Material e Métodos

Foram incluídos neste estudo prospectivo todos os RN (idade \leq 28 dias) internados no Sector de Lactentes do S. Pediatria do HGSA, entre 1/11/94 e 31/10/95, fruto de gestação não viglada (n.º de consultas \leq 1), independentemente do motivo de internamento.

Entregue para publicação em 20/10/97.

Aceite para publicação em 15/02/98.

Avaliaram-se os seguintes parâmetros: história obstétrica (idade materna, paridade, factores de risco materno, idade gestacional, análises efectuadas durante a gravidez); período perinatal (tipo de parto, apgar, somatometria) e patologia no período neonatal.

A todos os RN seleccionados foram efectuados os seguintes exames: serologia sérica para toxoplasmose (método de aglutinação e Elisa), rubéola (Elisa), citomegalovírus (Elisa), herpes tipo II (Elisa), sífilis (VDRL; FTA-ABS, IgM; TPHA); exame do fundo ocular; ecografia transfontanelar. Os marcadores séricos de hepatite B, hepatite C, HIV 1 e 2 foram pedidos aos RN cujas mães não os efectuaram na altura do parto.

Resultados

Dos RN internados no sector de lactentes do Serviço de Pediatria do HGSA entre 1/11/94 e 31/10/95, 23 eram fruto de gestação não viglada (n.º de consultas \leq 1), re-presentando 10,6% dos RN internados no sector nesse mesmo período.

História Obstétrica

A idade materna oscilou entre 16 e 38 anos, sendo a mediana de 28 anos. Em relação à paridade, 39,1% eram primigestas e 21,7% grandes múltiparas (> 4 gestações), não se tendo verificado qualquer gestação múltipla.

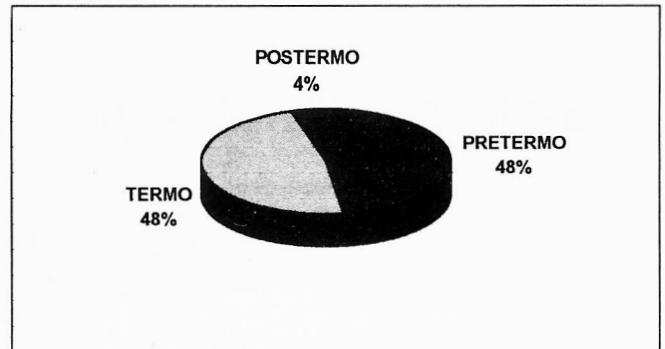
Todas as mães pertenciam às classes IV ou V de Graffard. Os factores de risco materno detectados encontram-se referidos no quadro I.

A idade gestacional variou entre 28 e 42 semanas (gráfico 1), tendo 48% uma duração inferior a 37 semanas.

QUADRO I
Factores de risco materno (n=23)

Idade	
≤ 16 anos	= 1 (4,3%)
> 35 anos	= 1 (4,3%)
Paridade	
1.ª gestação	= 9 (39,1%)
> 4 gestações	= 5 (21,7%)
Grandes fumadoras (> 20 cigarros/dia)	= 7 (30,4%)
Toxicod dependência (heroína, cocaína, metadona)	= 9 (39,1%)
Esquizofrenia	= 1 (4,3%)
Epilepsia	= 1 (4,3%)
Pré-eclâmpsia	= 1 (4,3%)
Oligoâmnios	= 1 (4,3%)

GRÁFICO 1
Idade gestacional (n=23)



Período perinatal

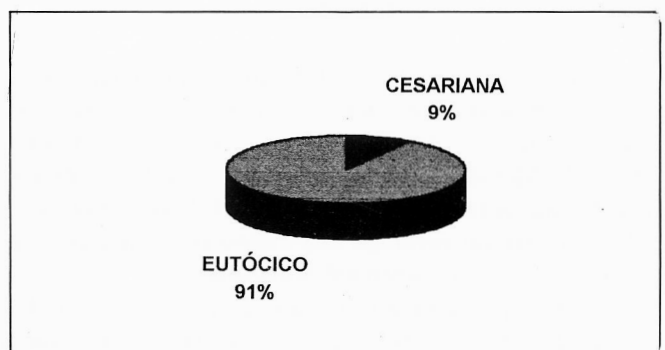
Em 21 dos RN (91%) o parto foi eutócico, como se pode verificar no gráfico 2. Um dos partos foi domiciliário.

Em dois (8,7%) dos RN o apgar ao 5.º minuto foi < 7.

O peso ao nascimento variou entre 1130 g e 3750 g, com uma mediana de 2400 g; 52,2% eram RN de baixo peso.

Dos RN estudados, cinco (21,7%) tinham atraso de crescimento intrauterino (ACIU), quatro dos quais com ACIU simétrico.

GRÁFICO 2
Tipo de parto (n=23)



Período neonatal

As intercorrências verificadas no período neonatal encontram-se no quadro II.

Quatro dos RN foram internados por motivo social (abandono materno).

QUADRO II

Patologia no período neonatal (n=23)

Icterícia neonatal	7 (30,4%)
Síndrome de privação	3 (13%)
Refluxo gastro-esofágico	1 (4,3%)
Hemorragia digestiva	1 (4,3%)
Doença de membrana hialina	2 (8,7%)
Bronquiolite	2 (8,7%)
Infecção urinária (um c/ ectasia calicial bilateral)	2 (8,7%)
Onfalite	1 (4,3%)
Sépsis	1 (4,3%)
Tumor cerebral	1 (4,3%)

Resultados dos exames efectuados

Os resultados dos estudos serológicos efectuados aos RN estão referidos nos quadros III, IV e V.

Em nove RN não foram avaliados os marcadores de hepatite B, hepatite C e HIV porque o estudo materno, efectuado na altura do parto, foi negativo.

Das ecografias transfontanelares realizadas 18 (78,3%) não apresentavam alterações (quadro VI).

Os achados na fundoscopia encontram-se referidos no quadro VII.

QUADRO III

Serologia sérica para toxoplasmose, rubéola, CMV e herpes (n=23)

	IgG-/IgM-	IgG+/IgM-	Desconhecida
Toxoplasmose	9	14	
Rubéola	5	18	
CMV	8	15	
Herpes	0	21	2

QUADRO IV

Serologia sérica para sífilis (n=23)

	VDRL-	VDRL+	FTA-ABS+	TPHA+	IgM+p/Sífilis
Sífilis	21	2	2	2	1

QUADRO V

Marcadores séricos para hepatite B, hepatite C e HIV (n=14)

Hepatite B	13 HBsAg- 1 HBsAg+
Hepatite C	10 Anti-HCV- 4 anti-HCV+
HIV 1 e 2	13 HIV- 1 HIV+

QUADRO VI

Ecografia transfontanelas (n=23)

Normal	18 (78,3%)
Com alterações	5 (21,7%) – foco hiperecogénico nos gânglios da base – focos hiperecogénicos junto aos buracos de Monro – quisto do plexo coroideu – discreta hiperecogenicidade difusa periventricular. – lesão ocupando espaço supra – selar, com efeito de massa

QUADRO VII

Exame do fundo ocular (n=23)

Normal	19 (82,6%)
Com alterações	4 (17,4%) – hemorragia em borão – três pontos hemorrágicos punctiformes – retinopatia da prematuridade grau III, com Doença Plus – fundo algo mosqueado. Discos ópticos e mácula normais

Evolução

A dois RN foi efectuado o tratamento de sífilis congénita durante o internamento.

Um RN veio a falecer durante o internamento com o diagnóstico provável de síndrome de morte súbita, baseado na clínica e na negatividade do exame anatomo-patológico^(6, 7).

Vinte e um dos RN foram orientados para a Consulta Externa de Pediatria, tendo, três deles, abandonado posteriormente esta consulta.

Dos dados já obtidos no seguimento em ambulatório, é de referir: um atraso de desenvolvimento psicomotor em duas das crianças – atraso global na criança com diagnóstico de tumor cerebral, que foi sujeita apenas a tratamento paliativo (derivação cisto-peritoneal). Diplegia, sem interferência nas outras áreas do desenvolvimento, em criança com antecedentes de grande prematuridade.

Dos RN com alterações na ecografia transfontanelar, foi diagnosticada sífilis congénita no que apresentava foco hiperecogénico nos gânglios da base. As alterações ecográficas sugestivas de discreta hiperecogenicidade difusa periventricular desapareceram no exame posterior. Não foi possível saber a evolução do RN com focos hiperecogénicos junto aos buracos de Monro, dado ter abandonado a consulta. O RN HIV+ apresentava quisto do plexo coroideu; tendo um desenvolvimento psicomotor adequado até à data.

As lesões hemorrágicas detectadas no fundo ocular ocorreram em filhos de mães toxicodependentes, tendo desaparecido duas semanas após o 1.º exame. O RN com retinopatia da prematuridade foi submetido a crioplicação retiniana, com evolução favorável. O aspecto mosqueado da retina foi detectado num dos RN com sífilis congénita.

O RN com HBsAg+ fez imunoglobulina e vacina anti-hepatite B nas primeiras 12 horas de vida, tendo completado posteriormente o esquema vacinal da hepatite B. Apesar destas medidas, e de não ter feito aleitamento materno, mantém HBsAg+.

Dos quatro RN com marcadores positivos para hepatite C, dois repetiram a serologia mantendo os anticorpos aos 3 e 7 meses, respectivamente; estando programada repetição aos 15 meses⁽⁸⁾.

O RN com serologia HIV+ tem tido um crescimento e desenvolvimento psicomotor adequados, com PCR e cultura negativos.

Discussão

Apesar de o número da amostra ser pequeno, torna-se significativo por que representa 10,6% do total de RN internados no Sector.

Não se pôde estabelecer qualquer relação entre a idade materna (mediana de 28 anos) e a paridade com a não vigilância da gestação. No entanto, parece evidente a sua relação com factores de risco social, como o baixo nível sócio-económico e a toxicodependência.

Um dos riscos conhecidos da gestação não vigiada é a prematuridade e o baixo peso, que puderam ser confirmados no nosso estudo (48% e 52,2%, respectivamente)⁽³⁾.

Dos cinco RN com ACIU, quatro tinham um ACIU simétrico, perfazendo 17,4% da amostra, o que poderá estar de acordo com os riscos de uma gestação não vigiada.

Algumas das complicações ocorridas no período neonatal relacionaram-se directamente com a prematuridade (doença da membrana hialina, icterícia neonatal, refluxo gastroesofágico), toxicodependência (síndrome de privação), e asfixia neonatal (hemorragia digestiva). Foi também observada patologia infecciosa (infecção urinária, onfalite, sépsis, bronquiolite), e, num RN com macrocefalia foi diagnosticado tumor cerebral.

Cinco RN foram orientados para famílias de acolhimento, quatro dos quais por terem sido abandonados após o nascimento e outro porque a mãe foi considerada incapaz de prestar cuidados adequados ao RN (mãe com esquizofrenia).

O estudo serológico realizado, permitiu suspeitar do diagnóstico de sífilis congénita em dois RN⁽⁹⁾. Importa salientar que cinco RN não apresentavam anticorpos para

a rubéola, traduzindo uma não imunidade materna, com os riscos inerentes.

Verificou-se que a mãe do RN HBsAg+, apresentava também HBeAg+.

Atendendo ao número de RN filhos de mães toxicodependentes (n=9), não nos surpreendeu que quatro apresentassem anticorpos positivos para a hepatite C⁽¹⁰⁾.

A pesquisa de marcadores HIV permitiu a detecção de uma infecção materna, não parecendo que o RN, pelo estudo efectuado até momento, seja portador (PCR e cultura negativos)⁽¹¹⁾.

A ecografia transfontanelar foi um importante exame auxiliar de diagnóstico, reforçado pela sua aparente inocuidade.

O exame do fundo ocular foi relevante no diagnóstico da retinopatia da prematuridade. A existência de hemorragias retinianas nos RN filhos de mães toxicodependentes (consumidoras de cocaína) está de acordo com o referido na literatura⁽¹²⁾.

O lactente que faleceu com o diagnóstico provável de síndrome de morte súbita, tinha antecedentes de prematuridade. Fica por saber qual a participação da não vigilância da gravidez nesta ocorrência^(6, 7).

Verificou-se abandono da consulta em 14,3% dos casos, o que estará de acordo com o elevado risco social em que este grupo se insere.

Comentários e Conclusões

O diagnóstico de duas sífilis congénitas e de uma hepatite B nos 23 RN estudados, além da serologia positiva para hepatite B, C e HIV encontrada, parecem confirmar a importância de um rastreio serológico a todos os RN com gestação inadequadamente vigiada.

A realização da ecografia transfontanelar e o exame do fundo ocular deverão ser ponderados em cada caso.

Poder-se-à considerar que outras doenças infecciosas deverão ser rastreadas dado que cada vez mais se alarga o leque de infecções passíveis de transmissão materno-fetal (nomeadamente o *Estreptococos* do grupo B), reforçando a necessidade de uma campanha vigorosa e eficaz para a promoção de uma vigilância adequada da gravidez.

BIBLIOGRAFIA

1. Direcção Geral de Saúde. Progressos em Saúde Infantil, n.º 19, 1995.
2. F. Gant, J.C. Leveno, C. Gilstrap et al. *Williams Obstetrics*. Cunningham Macdonald, 1993: 247-50.
3. Costa F M. Gravidez não vigiada. *Saúde Infantil* 1991; XIII: 101-6.
4. Tavares M, Barros H. Cuidados pré-natais em Portugal. *ArquiMed* 1995; 9(6): 367-71.

5. Azevedo M, Rocha E, Guedes M, et al. Infecção TORCH-Ainda um diagnóstico difícil! – Trabalho realizado no S. Pediatria do H.G.S.A., apresentado em Poster no IV Congresso Português de Pediatria em Abril 1995.
6. Hunt CE. Sudden Infant Death Syndrome in Nelson Textbook of Pediatrics, 15 Ed. Philadelphia, WB Saunders, 1995: 1991-95.
7. Davies DP, Gantley M. Ethnicity and aetiology of sudden infant death syndrome. Arch Dis Child 1994; 70: 349-53.
8. Zanetti AR, Tanzi E, Paccagnini S et al. Mother-to -infant transmission of hepatitis C virus. Lancet 1995; 345: 289-91.
9. Committee on Infectious Diseases / American Academy of Pediatrics. Red Book 1994: 445-55.
10. Resti M, Azzari C, Iega L, Rossi ME, et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. Acta Pediatr 1995; 84: 251-5.
11. Husson RN, Yan L, Kojima et al.. Vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: Autologous neutralizing antibody, virus load, and virus phenotype. J Pediatr 1995; 126: 865-87.
12. Chasnoff I. Cocaine, Pregnancy, and the Growing Child. Current Problems in Pediatrics 1992; 302-20.
13. Direcção Geral de Saúde. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. 1993.
14. Campo P, Davis MV, Gielen AC. Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women. Review and Future Directions. Seminars in Perinatology 1995; 19: 279-85.
15. Cogswell ME and Yip R. The Influence of Fetal and Maternal factors on the Distribution of Birthweight. Seminars in Perinatology 1995; 19: 222-40.

Correspondência: Célia Madalena

Serviço de Pediatria
Hospital Geral de Santo António
Largo do Professor Abel Salazar
4000 Porto