

Casuística da Unidade de Neonatologia Hospital de Santa Maria – 1994

MARGARIDA ALBUQUERQUE, GRAÇA OLIVEIRA, MARGARIDA ABRANTES, ROSA MOREIRA, LINCOLN SILVA

*Unidade de Neonatologia – Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria – Universidade de Lisboa*

Resumo

Apresentação da casuística perinatal de 1994 da Unidade de Neonatologia do serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Total Nados vivos: 2727 (9,2% pretermo), 10,5% internados na Unidade de Cuidados Especiais.

Total internamentos de recém-nascidos transferidos do exterior: 82

Mortalidade perinatal: 18,1‰

Mortalidade Neonatal: 3,7‰

Taxa de sobrevivência de Recém-nascidos pretermo nascidos no Hospital de Santa Maria (excluindo malformações incompatíveis com a vida) – c/ 25 semanas ou menos: 25%; – de 26 e 27 semanas: 50%; – de 28 a 31 semanas: 91%; – c/ 32 semanas ou mais: 100%

Taxa de mortalidade na UCERN: 4,8%

Palavras-chave: Estatística Neonatal.

Summary

Perinatal statistics of «Hospital de Santa Maria», Lisbon, 1994:

Total live births: 2727 (9,2% preterm) (admitted at NICU: 10,5%)

Outborn babies admitted at NICU: 82

Perinatal mortality: 18,1‰; Neonatal mortality: 3,7‰

Survival Rate for inborn preterm babies:

– babies with 25 weeks or less: 25%; – babies from 26 to 27 weeks: 50%; – babies from 28 to 31 weeks: 91%; – babies with 32 weeks or more: 100%

Mortality Rate at NICU: 4,8%

Key-words: Perinatal statistics.

Introdução

As taxas de mortalidade peri/neonatal são importantes indicadores de Saúde e, embora tenham maior valor quando usados com base geográfica, consideramos fundamental a sua monitorização na avaliação crítica da prática da nossa unidade.

Guiámo-nos pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e British Paediatric Association e Royal College of Obstetricians and Gynaecologists^(1, 2). Usámos a classificação de Wigglesworth (revista) para as causas de morte perinatal⁽³⁾, mas analisamos mais especificamente os diagnósticos dos nados-vivos falecidos para tentar melhorar a sua sobrevivência. 50% dos nados-mortos e 78% dos recém-nascidos falecidos foram submetidos a autópsia, estando referido que a generalização do exame necrópsico aumenta a percentagem das mortes atribuíveis a malformações⁽⁴⁾. Comentam-se alguns

indicadores de funcionamento como a taxa de ocupação e a demora-média do internamento da Unidade de Cuidados Especiais a Recém-nascidos (UCERN).

Casuística

O total de nados-vivos (NV) foi de 2727. A taxa de mortalidade perinatal foi de 18,1‰ e a taxa de mortalidade neonatal de 4,4‰ (Quadro I).

A percentagem de NV pretermo foi de 9,2%.

No Quadro II encontra-se a distribuição dos NV do Hospital de Santa Maria (HSM) por idade de gestação (IG) e óbitos intra-grupo. Quanto à sobrevivência dos RN pretermo, para uma IG até às 25 semanas foi de 25%, entre as 26 e 27 semanas de 50%, entre as 28 e as 31 semanas de 90,9% e acima das 32 de 100% – excluindo malformações incompatíveis com a vida.

No Quadro III observa-se a distribuição das causas de morte perinatal de acordo com a classificação de Wigglesworth, na maternidade de HSM.

QUADRO 1
Maternidade H. S. M. - 1994

Total	2727
Total de Fetos mortos \geq 22 semanas	38
Total de Fetos mortos \geq 28 semanas	21
Total de óbitos	13
Mortes neonatais precoces	12
Mortes neonatais tardias	0
Mortes pos-neonatais	1
Taxa de mortalidade perinatal	18,1‰
Taxa de mortalidade perinatal tardia	12,0‰
Taxa de mortalidade neonatal	4,4‰
Taxa de mortalidade neonatal corrigida *	3,7‰

QUADRO 2
Taxas de Mortalidade Neonatal por Idade de Gestação 1994

Idade de gestão	Nado-vivos	Óbitos	Mortalidade (‰)	Mortalidade corrigida
\leq 25 semanas	4	3	750	750
26-27 semanas	9 *	5 *	555	500
28-31 semanas	33	3	90	90
32-36 semanas	205	0	0	0
37-41 semanas	2408 *	1 *	0,4	0
\geq 42 semanas	68	0	0	0

* 2 casos de trisomia 18

QUADRO III
Mortalidade Perinatal
Classificação de Wigglesworth Corrigida(3)

Grupo	Nado-mortos	Mortes neonatais precoces
I	11	–
II	7	3
III	–	8
IV	20	1
V	–	0

Grupo I : fetos mortos antes do início do trabalho de parto
 Grupo II: malformações
 Grupo III: prematuridade
 Grupo IV: morte associada ao trabalho de parto / NM não especificado
 Grupo V: outras causas especificadas

Na UCERN foram internados 288 recém-nascidos do HSM (10,5%) e 82 RN do exterior. Registrou-se uma demora-média de 17,4 dias e uma taxa de ocupação de 79,5%. Faleceram 18 crianças (4,8% dos internados) – quadro IV.

Nos quadros V e VI pode observar-se a distribuição dos RN internados por IG e PN e percentagem respectiva de óbitos intragrupo.

QUADRO IV
UCERN - 1994

Total de internamentos	370
HSM	228
Exterior	82
Demora-média	17,4 dias
Taxa de ocupação	79,5%
Ventilação mecânica	72 RN
Cateterismo central	223 RN
Submetidos a cirurgia	24 RN
Óbitos	18 (4,8%)

QUADRO VI
UCERN - 1994
Internamentos e Óbitos por Peso ao Nascer
(NV HSM e exterior)

Peso ao Nascer (g)	Internamentos	Óbitos / percentagem
< 750	7	5 / 71%
750-999	13	6 / 46%
1000-1499	37	2 / 5%
1500-2499	142	3 / 2%
2500-3999	150	2 / 1,3%

Os principais diagnósticos dos RN internados na UCERN foram a prematuridade não complicada, as doenças do aparelho respiratório, as infecções, síndromas malformativos e síndrome de abstinência em filhos de mães toxicodependentes (quadro VII).

Nos Quadros VIII e IX encontram-se discriminados os RN nascidos no HSM e provenientes do exterior que faleceram durante o internamento.

QUADRO V
UCERN - 1994
Internamentos e Óbitos por Idade de Gestação
(NV HSM e exterior)

Idade de gestação	Internamentos	Óbitos / percentagem
≤ 25 semanas	7	5 / 71%
26-27 semanas	12	5 / 41%
28-31 semanas	37	3 / 8%
32-36 semanas	124	1 / 0,8%
37-41 semanas	186	4 / 2%
≥ 42 semanas	4	0 / 0%

QUADRO VII
Diagnósticos Principais (UCERN 1994)

Prematuridade	175
Doença de membrana hialina	45
Taquipneia transitória	26
Pneumotorax	10
Síndrome de aspiração meconial	9
Asfixia grave	5
Isoimunização AB/O ou Rh	7
Infecção	43
c/ sepsis bacteriologicamente documentada	15
Enterocolite necrosante	3
Síndrome de abstinência (filhos de mães toxico-dependentes)	29
Dislplasia broncopulmonar	2
Hemorragia intraventricular grau I e II não complicada	7
Hemorragia intraventricular III/IV ou dilatação	5
Leucomalácia periventricular (pretermo)	1
Malformações	40

QUADRO VIII
Mortalidade - Maternidade do HSM - 1994

	I.G (sem)	PN (g)	Idade óbito	Diagnósticos
1	24	678	1.ª sem (1.º dia)	SDR I / choque
2	28	784	1.ª sem (1.º dia)	gémeo SDR I / pneumotorax / choque
3	38	2470	1.ª sem (1.º dia)	trisomia 18
4	26	831	1.ª semana	gémeo SDR I / pneumotorax / hematoma subcapsular do fígado
5	31	1574	1.ª semana	SDR I / mielomeningelo insuficiência renal aguda
6	37	2560	> 1 mês	miocardiopatia
7	30	1190	1.ª semana	SDR I / hematoma subdural choque / insuf. renal
8	26	799	1.ª sem (1.º dia)	SDR I / Hematoma subcapsular do fígado
9	26	477	1.ª semana	SDR I / choque / HIV III
10	27	929	1.ª sem (1.º dia)	SDR I / pneumotorax / choque
11	26	655	1.ª sem (1.º dia)	trisomia 18
12	24	825	1.ª sem (1.º dia)	SDR I / pneumotorax Hematoma subcapsular do fígado
13	24	600	1.ª sem (1.º dia)	gémeo / SDR I

QUADRO IX
Mortalidade - RN Admitidos do Exterior
UCERN - 1994

	I.G (sem)	PN (g)	Idade óbito	Diagnósticos	Origem
1	25	840	1.ª sem (1.º dia)	gémeo SDR I / pneumotorax HIV + foice cérebro	Hospital Garcia da Horta
2	40	3140	1.º mês	mielomeningocelo e raquisquisis	Vila Franca de Xira
3	25	680	1.º mês	sepsis	Ponta Delgada
4	37	2350	> 1 mês	asfixia	Vila Franca de Xira
5	33	1440	1.ª sem (1.º dia)	atrésia duodeno + cardiopatia complexa	Angra do Heroísmo

Comentários:

A percentagem de RN pretermo pode considerar-se ligeiramente elevada e deve-se entre outras razões ao facto da maternidade do HSM ser um centro de referência de Alto-Risco ⁽⁵⁾.

As taxas de mortalidade são semelhantes às das outras maternidades centrais do país mas ainda um pouco elevadas se comparadas com as de outros países europeus ⁽⁶⁻¹²⁾. As causas de morte predominantes são a imaturidade extrema e as malformações tal como seria de esperar ⁽¹³⁾. No primeiro caso o óbito ocorre em geral muito precocemente, sendo crucial a primeira semana de vida.

Quanto à taxa de ocupação na UCERN, pode considerar-se adequada para este tipo de unidade. A demora-média é elevada e relaciona-se com diversos factores um dos quais é o facto de ser uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, predominando a alta directamente para o domicílio, com dificuldade de transferência para serviços de retaguarda. O número crescente de filhos de mães toxico-dependentes aguardando alta social também contribui para o aumento do tempo de internamento. Também a viabilidade de RN cada vez mais pequenos e imaturos prolonga muito o tempo de que necessitam de cuidados especiais.

BIBLIOGRAFIA

1. Chiswick ML. Joint Committee of the British Paediatric Association and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Commentary on current World Health Organization definitions used in perinatal statistics*. *B J Obst Gynaecol*. 1986. 93: 1236-8.
2. MacFarlane A, Cole S, Hey E. *Comparisons of data from regional perinatal mortality surveys*. *Arch Dis Child*. 1989. 93: 1224-32.
3. Keeling JW, MacGillivray I, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn PM. *Classification of perinatal death*. *Arch Dis Child* 1989. 64: 1345-51.
4. Duley I. *Avaliação de underlying cause of death, as recorded by clinicians on stillbirth and neonatal death certificates*. *B J Obst. Gynaecol* 1986. 93: 1233-5.
5. Avery ME. History and epidemiology. In Taeusch HW, Ballard RA, Avery ME. *Diseases of the newborn*. WB Saunders Company. 6th ed. Philadelphia. 1988.
6. Almeida A, Matias A, Silva G, Guedes MB, Alves JR, d'Orey C, Mateus M, Santos A, Guimarães H. Casuística do Serviço de Neonatologia do Departamento de Pediatria do Hospital de S. João nos anos de 1993/94. Poster apresentado na reunião "Perspectivas actuais em medicina neonatal". Lisboa 23-24 Maio 1995.
7. Colaço T, Ramos C, Teixeira R. *Incidência e mortalidade do RN de muito baixo peso numa maternidade central*. *Rev Port Pediatr*. 1992. 23: 299-302.
8. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Relatório de 1994. NP.
9. Pepys C, Hope P, Wilkinson A. *1991 perinatal statistics report*. The John Radcliffe Maternity Hospital ED. Oxford. 1992.
10. Working group on the Very low Birthweight infant. *European community collaborative study of outcome of pregnancy between 22 and 28 weeks gestation*. *Lancet*. 1990. 29: 782-3.
11. Neto T, Serelha M, Carvalhosa G, Tavares MN, Amaral JV. *Mortalidade numa unidade de recém-nascidos - retrospectiva de 10 anos*. *Rev Port Pediatr*. 1993. 24: 169-74.
12. Sousa MJ, Silva T, Silva M, Rocha E, Barros MF, Silva PV, Caeiro C. *Mortalidade perinatal na Maternidade do Hospital distrital de Faro. Estudo estatístico de 8 anos*. *Rev Port Pediatr*. 1993. 24: 179-85.
13. Autio-Harminen H, Rapola J, Hoppu K, Osterlind K. *Causes of neonatal deaths in a pediatric hospital neonatal unit. An autopsy study of a ten-year period*. *Acta Paed Scand*. 1983. 72: 333-7.

Correspondência: Margarida Albuquerque
Unidade de Neonatologia
Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria
1600 Lisboa