

O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO TARDIO: OS DESAFIOS THE LATE PRETERM NEONATE: CHALLENGES

Helena Maria Barbosa Carvalho

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora da Faculdade de Medicina Christus. Coordenadora do Serviço de Medicina Legal do Instituto de Medicina Legal, Fortaleza-Ceará.

RESUMO

A prematuridade tem sido considerada o principal determinante da morbimortalidade neonatal. No mundo atual, tem sido observado um aumento percentual importante de nascimentos prematuros, sobretudo tardios, sendo as intervenções obstétricas responsáveis por grande parte desses nascimentos. Os recém-nascidos pré-termos tardios (RNPT-T) são comuns e significativamente associados com maior risco de problemas alimentares, desidratação, hipotermia, icterícia e hipoglicemia. Além disso, são mais suscetíveis de rehospitalização nas primeiras semanas de vida. O RNPT-T é muitas vezes avaliado rapidamente e identificado como de termo, o que pode resultar em falta de atenção aos componentes importantes para a transição bem sucedida, após o nascimento. Assim, a vigilância é necessária para garantir uma perfeita adaptação durante as primeiras horas e dias após o nascimento.

Palavras-chave: Morbidade, Mortalidade, Neonatal, Prematuridade.

ABSTRACT

Prematurity is considered the major determinant of neonatal morbidity and mortality. Due mainly to obstetric interventions, the incidence of prematurity is currently increasing, especially with regard to late preterm neonates (LPTN). Late prematurity is significantly associated with increased risk of feeding problems, dehydration, hypothermia, jaundice and hypoglycemia. In addition, LPTNs are more susceptible to rehospitalization during the first weeks of life. Because late preterm babies are often evaluated superficially and mislabeled as term, the elements required for a successful transition after birth tend to be overlooked. Surveillance is therefore necessary to ensure perfect adaptation during the first hours or days of life.

Keywords: Morbidity, Mortalidad, Neonatal, Prematurity.

INTRODUÇÃO

A determinação da idade gestacional é importante para avaliar os riscos de morbimortalidade no período neonatal. A definição de pré-termo, termo e pós-termo é bastante precisa, no entanto, para os subgrupos de recém-nascidos, essas categorias não foram bem definidas.

Em 2003, 12,3% dos nascimentos nos Estados Unidos eram prematuros, o que representa um aumento de 31% na taxa de parto prematuro desde 1981. A maior contribuição para este aumento foi de nascimentos entre 34 e 36 semanas completas de gestação¹.

Para as crianças nascidas “*próximas ao termo*”, é especialmente importante que haja uma clara definição, em função do rápido aumento de nascimento atribuído a esse grupo e da necessidade de enfatizar sua imaturidade, não devendo, portanto, receber o mesmo nível de cuidados dos recém-nascidos de termo, criando-se assim, um grupo de risco intermediário de morbidade e mortalidade, com características e necessidades específicas que os diferenciam dos outros recém-nascidos².

Para uniformizar este subgrupo de recém-nascidos prematuros, em julho de 2005, o National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) do National Institutes of Health promoveu um workshop com uma equipe multidisciplinar de especialistas da área. Foram discutidas definições e terminologias, epidemiologia, etiologia, biologia da maturação, atendimento clínico, vigilância e aspectos da saúde pública desses prematuros¹.

Recomendou-se que PRÉ-TERMO TARDIO substitua a expressão “*próximo ao termo*”, porque reflete melhor o alto risco de complicações observadas neste subgrupo. Assim, define-se como RNPT-T o grupo de crianças nascidas entre 34 semanas completas (34 0/7 ou 239 dias) e 36 semanas completas de gestação (36 6/7 ou 259 dias)¹.

Na última década, os prematuros tardios se tornaram o subgrupo de recém-nascidos prematuros de mais rápido crescimento e agora representam 74% de todos os nascimentos prematuros. Apesar disso, há poucas informações disponíveis para orientar os cuidados desses bebês especificamente³.

EPIDEMIOLOGIA

A prematuridade tem sido considerada o maior determinante da morbidade e mortalidade do recém-nascido. No mundo atual, tem sido observado um aumento percentual importante de nascimentos prematuros, sobretudo tardios, sendo as intervenções obstétricas responsáveis por grande parte desses nascimentos.

Em 2003, nos Estados Unidos, de 4 milhões de nascidos vivos, 12,3% foram pré-termos e, destes, 71% foram identificados como pré-termos tardios¹. No mesmo ano, no Brasil, de mais de 3 milhões de nascidos vivos, 6,3% foram pré-termo e, destes, cerca de 73% foram pré-termos tardios⁴.

O estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, através do Programa de Reanimação Neonatal constatou que dos 1.054 RNPT-T avaliados, 14% necessitaram de ventilação com balão e máscara, 3% de intubação traqueal e 0,9% de massagem cardíaca e/ou intubação, ao nascimento, estando assim caracterizada a necessidade de reanimação de um em cada sete RNPT-T².

Em estudo desenvolvido nos Estados Unidos, a morbidade neonatal foi significativamente aumentada em 34, 35 e 36 semanas de gestação, incluindo uso de ventilador para tratamento de desconforto respiratório, taquipnéia transitória, hemorragia intraventricular graus 1 ou 2, seps neonatal, hiperbilirrubinemia com uso de fototerapia, intubação na sala de parto. Aproximadamente 80% dos nascimentos prematuros tardios foram atribuídos a trabalho de parto prematuro idiopáti-

co ou amniorrexe prematura e 20% para complicações obstétricas⁵.

Intervenções para reduzir a morbidade e mortalidade de parto prematuro podem ser primárias (dirigida a todas as mulheres), secundárias (destinadas a eliminar ou reduzir riscos existentes), ou terciárias (destinados a melhorar os resultados de RN prematuros). A maioria dos esforços até agora tem sido de intervenções terciárias. Estas medidas têm reduzido a morbidade e mortalidade perinatal, porém a incidência de parto prematuro está aumentando. Avanços no atendimento primário e secundário, seguindo estratégias utilizadas para outros problemas de saúde complexos, vão ser necessários para prevenir doenças relacionadas com prematuridade em lactentes e crianças⁶.

MORBIDADE

Recém-nascidos prematuros tardios são comuns e significativamente associados com aumento da morbidade e mortalidade neonatal, em comparação com recém-nascidos a termo. RNPT-T estão em maior risco de problemas alimentares, desidratação, instabilidade térmica/hipotermia, icterícia e hipoglicemia e são mais suscetíveis de reospitalização nas primeiras semanas de vida.

Como resultado da sua idade gestacional e peso ao nascer, o RNPT-T é muitas vezes avaliado rapidamente e identificado como RN de termo. Essa prática pode potencialmente resultar em uma falta de atenção aos componentes importantes para a transição bem sucedida, após o nascimento. A transição do período intra para o extra-uterino costuma ser mais lenta nos pré-termos tardios. Instabilidade térmica e hipoglicemia são dois problemas importantes no RNPT-T e necessitam de tratamento imediato. Assim, a vigilância destas e de outras variáveis fisiológicas são necessárias para garantir que não afetem uma adaptação bem sucedida durante as primeiras horas e dias após o nascimento⁷.

INSTABILIDADE TÉRMICA

A maior instabilidade térmica nos RNPT-T se dá em função de uma menor quantidade de tecido adiposo, maior dificuldade em produzir calor a partir da gordura marrom, que nessa fase ainda se encontra em menor quantidade e baixas concentrações de hormônios termo-reguladores⁸.

ALIMENTAÇÃO

Os RNPT-T apresentam desvantagens em relação à habilidade de alimentação. A amamentação desses bebês pode ser difícil e frustrante, devendo-se propor planos de alimentação individualizados, que permitam operacionalização dentro das vulnerabilidades especiais do RNPT-T, para compensar a imatura habilidade da alimentação e a inadequada estimulação da mama⁹. Embora os benefícios da amamentação estejam bem documentados, as mães e seus RNPT-T estão em risco de pobres resultados na lactação. Estes incluem desmame precoce e morbidades associadas ao aleitamento, incluindo crescimento deficiente e muitas vezes incapacidade de consumir um volume adequado de leite da mama, icterícia e desidratação¹⁰.

Desse modo, é necessário iniciar precocemente a alimentação, monitorar o aleitamento materno e realizar avaliação desse recém-nascido antes da alta².

HIPOGLICEMIA

O reconhecimento precoce das alterações metabólicas da glicose relacionadas aos prematuros tardios é essencial para proporcionar adequadas e oportunas intervenções no recém-nascido internado. Embora muitas das investigações tenham orientado RN de termo, RN prematuros inclusive de muito baixo peso ao nascer e RN com crescimento intra-uterino restrito, estudos direcionados apenas aos prematuros tardios são requeridos e futura consideração necessária¹¹.

As causas de hipoglicemia transitória nos RNPT-T são classificadas em MATERNAS – infusão de glicose antes do parto, uso de tocolíticos e simpaticomiméticos, pré-eclâmpsia, gestação múltipla e RN de mãe diabética, e NEONATAIS – prematuridade, doença da membrana hialina, policitemia, síndrome hipóxico-isquêmica, sepse neonatal e deficiência específica do transporte de glicose.

DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS

Insuficiência respiratória hipóxica em prematuros tardios tem recebido uma atenção crescente na última década, e embora a incidência seja baixa, é responsável por um significativo número de admissões em UTI neonatal, devido ao grande número de nascimentos prematuros tardios nos Estados Unidos e no mundo. As causas de insuficiência respiratória incluem taquipnéia transitória do recém-nascido, deficiência de surfactante, pneumonia e hipertensão pulmonar¹².

Em recém-nascidos de 32 a 37 semanas de Idade Gestacional (IG), a maturação parassimpática parece significativamente menor do que nos RN de termo, sugerindo que os prematuros tardios são ainda mais suscetíveis à bradicardia que os RN de termo. Tanto a presença como a gravidade da apnéia da prematuridade diminuem progressivamente quanto maior a IG. Prematuros tardios, no entanto, ainda estão em risco, com taxas de prevalência tão elevada quanto 10%, em comparação com cerca de 60% dos recém-nascidos com peso <1500 g¹³.

INFECÇÃO

O RNPT-T tem suscetibilidades excepcional à infecção. A imaturidade imunológica dos prematuros determina a predisposição para o desenvolvimento de infecções hospitalares. A avaliação desses recém-nascidos com mais de 72 horas de vida, com suspeita de sepse bacteriana, deve incluir a realização de hemocultura, exame do líquido e urocultura, seguida de antibioticoterapia

direcionada ao agente etiológico mais provável¹⁴.

DESENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO

O desenvolvimento do tronco encefálico de crianças nascidas entre 33 e 38 semanas de gestação é menos maduro do que o de uma criança nascida a termo. Durante o último período da gestação, são dramáticas e não-lineares as mudanças no desenvolvimento do tronco cerebral. Isto traduz-se por imaturidade das vias aéreas superiores e controle do volume pulmonar, reflexos laríngeos, controle químico da respiração, e mecanismos do sono. Dez por cento dos RNPT-T tem significativa apnéia da prematuridade e eles frequentemente têm atrasos no estabelecimento de coordenação de alimentação e respiração. Infelizmente, existe uma escassez de dados clínicos, fisiológicos, neuroanatômicos e neuroquímicos neste grupo específico de crianças¹⁵.

Em estudo desenvolvido com mais de 140 mil crianças nos Estados Unidos, Petrini et al concluíram que a prematuridade está associada com problemas de desenvolvimento neurológico, mesmo em recém-nascidos de 34 a 36 semanas¹⁶.

ICTERÍCIA

O RNPT-T apresenta um importante fator de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia neonatal grave e kernicterus. Uma exagerada imaturidade hepática contribui para a maior prevalência, gravidade e duração da icterícia neonatal em recém-nascidos prematuros tardios¹⁷⁻¹⁸.

A icterícia nos RNPT-T está associada com um maior risco de ocorrência de kernicterus, geralmente relacionada à alta precoce¹⁵. O risco aumentado ocorre pela menor capacidade de ligação da bilirrubina com a albumina, em função de concentrações diminuídas de albumina neste período e pela imaturidade da barreira hematoencefálica que favorece a passagem de bilirrubina indireta¹⁷⁻¹⁸.

A avaliação criteriosa dos níveis de bilirrubina e o acompanhamento de sua evolução são fundamentais para um maior controle da icterícia nesse grupo de prematuros².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de RNPT-T tem aumentado consi-

deravelmente na última década e, nesse sentido, é fundamental o reconhecimento dos riscos que permeiam esse grupo de prematuros. É imperativo que os serviços de atenção neonatal discutam e elaborem protocolos específicos para seu atendimento, visando sobretudo, minimizar os efeitos da imaturidade de seus sistemas.

REFERÊNCIAS

1. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop, sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*. 2006 Sep;118 (3):1207-14.
2. Leone CR. Recém-nascido pré-termo tardio: riscos e cuidados. In: Procianoy RS, Leone CR, Organizadores. PRORN - Programa de Atualização em Neonatologia. Ciclo 5 - Módulo 4. Porto Alegre: ARTMED/Panamericana; 2008. 146p.
3. Shaw RR. Late preterm birth: a new nursing issue. *MCN Am J Matern Nurs*. 2008 Sep-Oct;33(5):287-93.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Banco de dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC). [site na internet] Brasília: MS/SVS; 2004. [Acesso em 03.01.2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/IDB>. 2006.
5. McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births at term. *Obstet Gynecol*. 2008 Jan;111(1):35-41.
6. Goldenberg RL, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 5;371(9606):75-84.

Conflito de Interesse: Não declarado

CORRESPONDÊNCIA:

Helena Maria Barbosa Carvalho.

E-mail: hellenacarvalho@hotmail.com