

3157

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - INTERNATO HOSPITALAR - 11a. fase

SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO

(ANÁLISE DE 94 CASOS)

CRISTIANA HARTMANN

ORIENTADOR : PROF. DR. MAURO SCHUTEL FILHO

FLORIANÓPOLIS - JUNHO/1987

Agradecimentos:

Dr. Mauro Schutel Filho

Dr. Nelson Grisard

Sra. Rosa Carolina Lima d'Aquino

Sra. Tereza Machado.

sem a colaboração dos quais, este trabalho seria muito difícil de concluir.

INDICE:

=====

	PAGINA
RESUMO.....	03
ABSTRACT.....	04
INTRODUÇÃO.....	05
MATERIAL E MÉTODOS.....	07
RESULTADOS.....	09
DISCUSSÃO.....	28
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

RESUMO:

=====

Foi determinada a incidência de Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) entre as admissões para trabalho de parto no período de 01/01/85 a 31/12/86 na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis.

A SAM estava presente em 134 crianças (0,84%) de 15.770 nascidos vivos, das quais 94 foram estudadas. A maioria dos 94 casos com SAM (98,93%) tinha 37 semanas de idade gestacional ou mais, e apenas uma estava abaixo de 36 semanas de gestação.

As principais bases diagnósticas foram os sintomas respiratórios, aspiração de secreção meconial de traquéia e radiologia sugestiva ou típica de SAM.

Dos 94 casos de SAM, todos tiveram Apgar no primeiro minuto abaixo de 6, e 60 neonatos foram classificados com nota acima de 7 no quinto minuto.

O óbito ocorreu em 13 casos (13,83%) e a maioria (69,23%) com menos de 24 horas de vida.

Foram também analisados o tratamento e a evolução dos 94 casos e a importância do diagnóstico precoce de sofrimento fetal agudo intra-parto.

ABSTRACT:

=====

The incidence of Meconium Aspiration Syndrome among the admissions to delivery in Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Brazil, from 01/01/85 to 31/12/86 was determined.

Meconium Aspiration Syndrome was present in 134 (0,84%) children among 15.770 alive birthes, but just 94 cases were studied. The majority of those with Meconium Aspiration Syndrome (98,93%) was of 37 weeks gestation or greater and one was less than 36 weeks gestation.

The principal diagnosis basis were respiratory symptoms, meconium aspirated from trachea and typical or suggestive radiology.

From 94 cases of Meconium Aspiration Syndrome, all of there had Apgar classification less than 6 at first minute, and 60 neonates had their classification more than 7 at fifth minute.

Death happened in 13 cases (13,83%) and the majority (69,23%) less than 24 hours of life.

It was also analysed the treatment and evolution of the 94 cases and the importance of intra delivery fetal distress precocius diagnosis.

INTRODUÇÃO:
=====

Entre a patologia respiratória do recém-nascido, a insuficiência ocasionada pela ocupação dos alvéolos pulmonares com material aspirado é uma das mais importantes. Mesmo que se registrem menos casos que outras entidades como a Síndrome de Insuficiência Respiratória Idiopática ou outras, trata-se de uma patologia cujas formas graves causam alta mortalidade ou provocam elevada porcentagem de seqüelas neurológicas e mentais graves nos sobreviventes. Afeta ambos os sexos, cuja gestação geralmente foi normal e que apresentam sofrimento fetal agudo por situações, na maioria das vezes evitáveis, se for feita uma boa vigilância obstétrica, e nos casos em que sabe-se haver o problema, a possibilidade de prevenir suas conseqüências mais sérias se fizermos o correto atendimento do parto e tratamento rápido e adequado do recém-nascido.³

Há de considerar-se também que as complicações decorridas da própria patologia ou do manuseio dos pacientes são graves (pneumotórax, pneumomediastino, infecção, etc.) e que podem apresentar seqüelas graves como a insuficiência respiratória crônica, atrasos do crescimento e desenvolvimento e diversos transtornos neurológicos.

Por razões como as mencionadas, a SAM deve ocupar a atenção dos obstetras e neonatologistas para aprofundar conhecimento tanto de aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêu-

ticos que permitam abater o seu aparecimento e letalidade.

O estudo que agora se apresenta, teve os seguintes objetivos:

A) Determinar a incidência da entidade segundo a idade gestacional e seu crescimento intrauterino (pré-termo, termo, pós-termo; pequeno, adequado ou grande para a idade gestacional).

B) Analisar os aspectos epidemiológicos perinatais.

C) Analisar a evolução clínica dos pacientes para avaliar:

1- A utilidade de parâmetros clínicos para seu diagnóstico e prognóstico.

2- Conhecer as complicações que se apresentam, sua frequência e magnitude.

3- Conhecer a letalidade e condições com que se relacionam.

4- Comparar com casuística de outros grupos hospitalares.

MATERIAL & MÉTODOS:

=====

Fez-se uma pesquisa entre os nascimentos ocorridos no período de 01/01/85 a 31/12/86 (total de 15.770 casos) no Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis. Constatou-se que foram diagnosticados 134 casos de SAM, que tiveram ingresso no berçário de Alto Risco. Excluíram-se os casos onde havia líquido amniótico meconial infectado. Dos 134 casos, apenas 94 prontuários foram encontrados e estes foram analisados seguindo este protocolo:

I - Dados Materno-gestacionais:

- 1) Idade materna
- 2) Idade gestacional (Dia da última menstruação)
- 3) Paridade (gestação anteriores, abortos, partos normais, cesarianas)
- 4) Gestoses
- 5) Hora do Parto

II - Dados Obstétricos:

- 1) Tipo de parto
- 2) Apresentação
- 3) Trauma obstétrico
- 4) Circular de cordão
- 5) Amniorrexe prematura - tempo ?

6) Sofrimento fetal

III - Dados Fetais:

- 1) Apgar 1 e 5 minutos
- 2) Idade gestacional (DUM e Capurro Somático)
- 3) Sexo
- 4) Peso ao nascimento
- 5) Aspecto líquido amniótico
- 6) Diagnóstico clínico e radiológico
- 7) Tratamento
- 8) Evolução
- 9) Mortalidade

RESULTADOS:
=====

Nos dois anos compreendidos, diagnosticou-se SAM em 134 crianças (0,84%) entre todos os nascimentos ocorridos neste período na Maternidade Carmela Dutra, numa frequência de 8,49 para cada mil nascidos vivos (QUADRO I).

QUADRO I: Síndrome de Aspiração de Mecônio

Frequência (janeiro/85 a Dezembro/86)

NÚMERO	NASCIMENTOS	15.770
CASOS DE SAM		134
PROPORÇÃO	POR MIL NASCIDOS VIVOS	1 : 8,49

Este estudo corresponde apenas para os 94 casos estudados, o que equivale a 0,59% de todos os nascimentos de Janeiro/85 a Dezembro/86. No QUADRO II se anota a distribuição dos casos segundo a idade materna. Pode-se ver que a maior porcentagem (69,15%) ocorreu em parturientes abaixo de 30 anos de idade, pro-

vavelmente pelo fato da grande parcela de partos acontecerem em primigestas, principalmente com idade de 16 a 25 anos.

QUADRO II:

IDADE MATERNA NOS 94 CASOS DE SAM

IDADE (anos)	NÚMERO	%
16 - 20	22	23,40
21 - 25	28	29,79
26 - 30	15	15,96
31 - 35	10	10,64
36 - 40	11	11,70
41 - 45	8	8,51

A Análise do Quadro III revela-nos que a grande porcentagem dos casos de SAM aconteceram em primigestas (51,06%) ou na segunda gestação (13,83%), dando um total de 64,89%. Questiona-se daí, a importância de maior apoio principalmente às primíparas, que são inexperientes e possuem trabalho de parto mais prolongado. Relatou-se que todas as crianças com SAM procederam de gestações com produto único.

QUADRO III:

INCIDENCIA DE PARTOS ANTERIORES

PARTOS	NÚMERO	%
ZERO	48	51,06
I	13	13,83
II	7	7,45
III	9	9,45
IV	6	6,38
V	4	4,26
VI	4	4,26
VII	1	1,06
VIII	2	2,13

Dos 94 casos, 87 parturientes (92,55%) haviam feito pré-natal (considerado um mínimo de três consultas). Entre todas elas, 82 (87,23%) sabiam a data da última menstruação, o que é considerado um alto índice (QUADRO IV).

Devido ao alto índice de consultas pré-natais, pode-se averiguar a variedade de gestoses:

82 gestantes (87,23%) apresentaram emese gravídica, 76 (80,85%) anemia, 27 (28,72%) infecção urinária, 68 (72,34%) leucorréia e 39 (41,5%) eram fumantes. As pacientes que apresentaram HAS

(3 = 3,19%) não eram hipertensas antes da gravidez; o caso de alcoolismo (1,06%) já ocorria antes da gravidez; a sífilis (1 caso = 1,06%) e o condiloma acuminado (1 caso = 1,06%) foram diagnosticados durante a gravidez (QUADRO U).

QUADRO IV:

FREQÜÊNCIA DE PARTURIENTES QUE TINHAM DUM:

* DUM	NÚMERO	%
SIM	82	87,23
NÃO	12	12,77
TOTAL	94	100

*DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO.

QUADRO U:

INCIDÊNCIA DE INTERCORRÊNCIAS NESTA GRAVIDEZ:

GESTOSE	NÚMERO	%
EMESE GRAVIDICA (até 3 meses)	82	87,23
ANEMIA	76	80,85
INFECÇÃO URINÁRIA	27	28,72
LEUCORRÉIA	68	72,34
* HAS	3	3,19
SÍFILIS (3 MÊS)	1	1,06
ALCOÓLATRA	1	1,06
CONDILOMA	1	1,06
FUMANTES	39	41,50

*Hipertensão Arterial Sistêmica.

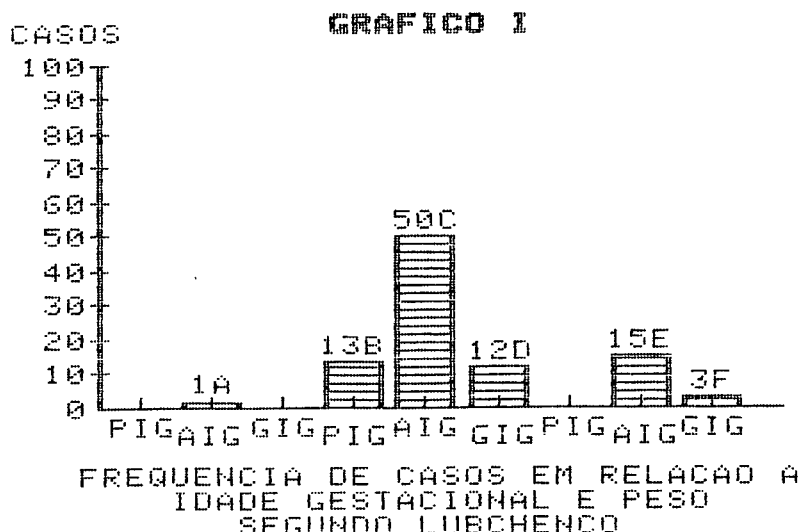
A idade gestacional dos neonatos foi verificada segundo o DUM e confirmada pelo Capurro Somático, dando como resultado uma maior incidência de SAM nos termos e pós-terms, totalizando 98,93%. Apenas em um caso a idade gestacional foi de 35 semanas (1,06%) (QUADRO VI).

QUADRO VI:

RISCO DE APRESENTAR SAM SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL:

IDADE GESTACIONAL (em semanas)	NÚMERO	%
< 37	1	1,06
37 - 41	75	79,78
> 42	18	19,15

Colocamos num gráfico a frequência dos casos segundo a Tabela de Lubchenco, onde analisamos que 75 crianças (79,78%) eram à termo, das quais 13 (13,82%) eram PIG, 50 (53,19%) eram AIG e 12 (12,76%) eram GIG; 18 crianças eram pós-termo (19,14%), das quais 15 (15,95%) eram AIG e 3 (3,19%) GIG. Apenas uma criança (1,06%) era pré-termo (35 semanas) e AIG (GRÁFICO I).



- Legenda:
- 1A - pré-termo AIG.
 - 13B - termo PIG.
 - 50C - termo AIG.
 - 12D - termo GIG.
 - 15E - pós-termo AIG.
 - 3F - pós-termo GIG.

Averiguou-se a incidência de amniorrexe prematura e constatou-se que 51,06% (48 casos) a apresentaram, de tempo variável, principalmente com menos de 20 horas (46 casos). Apenas em 2 casos (2,13%) não havia informação no prontuário e 44 casos (46,81%) não tiveram amniorrexe precoce (QUADRO VII). Este é um dado importante pelo fato de acarretar maior incidência de sofrimento fetal, sendo SAM uma das complicações.

QUADRO VII:

INCIDÊNCIA E TEMPO DE AMNIOREXE PREMATURA:

AMNIOREXE PREMATURA	TEMPO (hs)	NÚMERO	%
SIM		48	51,06
	[0,5 ; 2]	9	9,57
	(2 ; 4]	9	9,57
	(4 ; 6]	4	4,26
	(6 ; 8]	4	4,26
	(8 ; 10]	5	5,32
	(10 ; 12]	5	5,32
	(12 ; 14]	4	4,26
	(14 ; 16]	2	2,13
	(16 ; 18]	3	3,19
	(18 ; 20]	1	1,06
	(20 ; 22]	-	
	(22 ; 24]	-	
	> 24	2	2,13
NAO		44	46,81
NAO CONSEGUIDO		2	2,13

Dentre os 94 casos, é importante assinalar que em 52 deles (55,32%) foi feito diagnóstico de sofrimento fetal agudo

intra-parto e não o foi em 42 deles (44,68%) (QUADRO VIII).

QUADRO VIII:

DIAGNÓSTICO DE SOFRIMENTO FETAL PRÉ-PARTO:

SOFRIMENTO FETAL	NÚMERO	%
SIM	52	55,32
NÃO	42	44,68

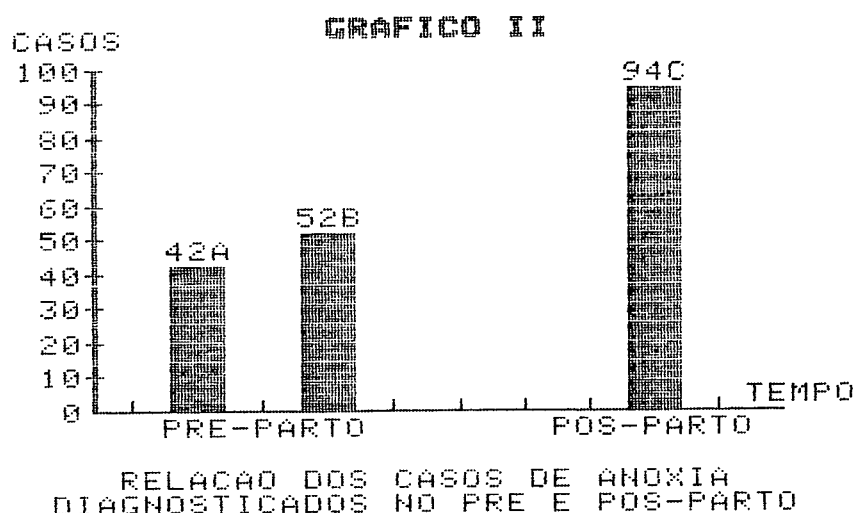
Já pela classificação de Apgar, pode-se notar que todas as crianças nasceram com anóxia (de grau moderado a grave), concluindo-se daí que há falha no diagnóstico precoce de sofrimento fetal (QUADRO IX).

QUADRO IX:

CLASSIFICAÇÃO DE APGAR NOS 94 CASOS DE SAM:

CLASSIFICAÇÃO	CASOS	
	1'	5'
0 a 3	55	4
4 a 6	39	27
7 a 10	--	60
NÃO CONSEGUIDO	--	3

Fez-se daí um gráfico relacionando o número total de casos e os casos com e sem diagnóstico de sofrimento fetal precoce (GRÁFICO II).



Legenda:

42A - sem diagnóstico no pré-parto.

52B - com diagnóstico no pré-parto.

94C - neonatos com anóxia no pós-parto.

É importante assinalar que todas as crianças (94 casos => 100%) sofreram anóxia intra-útero, pois nasceram com Apgar variando de 1 a 6 no primeiro minuto de vida. Após reanimação e primeiros cuidados, pode-se notar que o prognóstico (classificação de Apgar no 5 minuto) foi ótimo para 60 crianças (63,82%). Mais a frente verificaremos a evolução dos casos.

Quanto ao tipo de parto, verificamos que 50% foi parto normal e 50% cesariana, e de todos os casos, em 86 deles (91,46%) a apresentação foi cefálica. Nos QUADROS X E XI há uma análise minuciosa dos tipos de parto e do tipo de apresentação.

QUADRO X:

RELAÇÃO ENTRE SAM E TIPO DE PARTO:

PARTO		NÚMERO	%
NORMAL	COM EPISIOMIA	33	35,11
	SEM EPISIOMIA	12	12,77
	COM FÓRCEPS	2	2,13
CESARIANA	POR SFAIP *	17	18,09
	POR SFAIP + DT	11	11,70
	POR SFAIP + PELUICO	3	3,19
	POR SFAIP + TRANVERSA	2	2,13
	POR SFAIP + PELUEPODÁ- LICO	1	1,06
	POR DO **	1	1,06
	POR PÓS-DATISMO	3	3,19
	POR HAVER CESARIANA ANTERIORA	2	2,13
	POR DT ***	6	6,38
	PRIMÍPARA IDOSA	1	1,06

* - Sofrimento Fetal Agudo Intra-Parto

** - Distócia de Objeto

*** - Distócia de Trajeto

QUADRO XI:

INCIDÊNCIA DO TIPO DE APRESENTAÇÃO NOS CASOS DE SAM:

APRESENTAÇÃO	NÚMERO	%
CEFÁLICA	86	91,49
PÉLVICA	5	5,32
TRANSVERSÁ	2	2,13
PELVUPODÁLICA	1	1,06

Quanto ao diagnóstico é importante ressaltar os sintomas respiratórios (dispnéia, taquipnéia, tiragens intercostais, batimento de asa de nariz, estertores subcrepitantes e cianose), a aspiração de secreção meconial de traquéia (esta como dado diagnóstico e manobra terapêutica imediata) e a radiologia sugestiva ou típica de SAM.

Analisar QUADRO XII para suas incidências e porcentagens.

QUADRO XII:

DIAGNÓSTICO DE SAM:

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
PELE IMPREGNADA DE MECÔNIO	40	42,55
ASPIRADO MECÔNIO DE UAS E TRAQUEIA	42	44,68
DISPNÉIA	55	58,51
GEMÊNCIA	42	44,68
TRAQUIPNEIA	4	4,26
TIRAGENS INTERCOSTAIS	17	18,09
RETRAÇÃO SUBCOSTAL	3	3,19
BATIMENTO DE ASA DE NARIZ	15	15,26
BRADIPNEIA	2	2,13
APNEIA	7	7,45
RONCOS E ESTERTORES SUBCREPITANTES	57	60,64
CIANOSE DE EXTREMIDADES	53	56,38
CIANOSE GENERALIZADA	21	22,34
HIPOTONIA	2	2,13
PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA	1	1,06
RADIOLOGIA		
TÍPICA	46	48,94
SUGESTIVA	32	34,04
NORMAL	16	17,02

O tratamento imediato foi Rotina (aspirar, aquecer e credeizar), uso de tenda de O₂ e antibioticoterapia. Apenas 12 crianças fizeram uso de Fenobarbital por apresentarem crise convulsiva em sua evolução; 8 delas foram entubadas (3 delas por Parada Cárdio-respiratória).

Quanto a evolução, nove crianças foram para a UTI do HIJG, onde três foram a óbito.

Notou-se que cinco (5,32%) fizeram infecção neonatal, três delas necessitando isolamento; 9 desenvolveram pneumotórax e/ou pneumomediastino (9,56%). Analisar QUADROS XIII, XIV E XV.

* UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.

QUADRO XIII:

TRATAMENTO UTILIZADO NOS 94 CASOS DE SAM:

TRATAMENTO	NÚMERO	%
ROTINA	94	
TEJDA DE O 2	90	95,74
ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	8	8,51
PENICILINA CRISTALINA	87	92,55
AMICALINA	70	74,47
GARAMICINA	3	3,19
KANAKION	35	37,23
SOROTERAPIA	29	30,85
GLICOSE 10% OU 20%	21	22,34
FENOBARBITAL	12	12,77
ISOLAMENTO	3	3,19
PENICILINA BENZATINA (NA ALTA HOSPITALAR)	4	4,26

QUADRO XIU:

EVOLUÇÃO DOS CASOS DE SAM:

EVOLUÇÃO	NÚMERO	%
PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA	3	3,19
CONVULSÃO	12	12,77
HIPOGLICEMIA	6	6,38
INFECÇÃO NEONATAL	5	5,32
PNEUMOTÓRAX E/OU PNEUMOMEDIASTINO	9	9,57
FORAM PARA A UTI (HIJG)	9	9,57
ALTA HOSPITALAR		
2 - 5 DIAS	31	32,98
6 - 8 DIAS	31	32,98
9 - 11 DIAS	9	9,57
> 12 DIAS	1	1,06
MORTO (TOTAL)	13	13,83

QUADRO XV:

EVOLUÇÃO DOS CASOS DE SAM QUE FORAM PARA UTI DO HIJG:

EVOLUÇÃO	NÚMERO	%
ALTA HOSPITALAR:		
6 dias	1	11,11
9 dias	1	11,11
10 dias	1	11,11
UTI + BERÇÁRIO		
4 dias UTI + 3 dias BERÇÁRIO	1	11,11
11 dias UTI + 4 dias BERÇÁRIO	1	11,11
18 dias UTI + 6 dias BERÇÁRIO	1	11,11
ÓBITO (TOTAL)	3	33,33

Deu-se maior importância para a evolução dos casos em que foi feita aspiração de secreção meconial de traquéia. Destes, 76,19% tiveram alta hospitalar; 5 foram para a UTI do HIJG (onde 3 foram a óbito e 2 evoluíram bem) (QUADRO XVI).

QUADRO XVI:

EVOLUÇÃO DOS NEONATOS COM ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO
MECONIAL DA TRAQUEIA (42 casos):

EVOLUÇÃO	NÚMERO	%
ALTA HOSPITALAR EM:	35	83,33
3 dias	10	
4 dias	4	
5 dias	3	
6 dias	6	
7 dias	6	
8 dias	3	
10 dias	2	
13 dias	1	
FORAM PARA UTI - HIJG:	5	11,90
*		
PERMANECERAM NA MCD	2	4,76

Entre os 42 casos em que houve aspiração de traquéia, 5 tiveram êxito letal (três daqueles que foram para a UTI do HIJG e os dois que permaneceram na MCD). O total de alta hospitalar foi de 88,09%.

* MATERNIDADE CARMELA DUTRA.

Analisou-se também a idade (em horas de vida) de todas crianças que foram a óbito e foi notado que a maioria ocorreu com menos de 24 horas (69,23%) (QUADRO XVII).

QUADRO XVII:

IDADE DOS 13 NEONATOS QUE FALECERAM:

HORAS DE VIDA	NÚMERO	% DOS QUE MORRERAM
0 - 6	3	23,08
7 - 12	2	15,38
13 - 18	3	23,08
17 - 24	1	7,69
25 - 30	1	7,69
31 - 36	1	7,69
37 - 42	-	-
43 - 48	1	7,69
> 48	1	7,69

DISCUSSÃO:

=====

De acordo com vários autores, sabe-se que aproximadamente 10% de todos os nascimentos apresentam líquido amniótico contaminado com mecônio, mas apenas uma terça parte evoluirá para aspiração maciça.
2,3,6,7,9,12,14

Um fator importante e comumente associado à presença de mecônio no líquido amniótico é a isquemia fetal. É sabido que a saturação da hemoglobina fetal é de aproximadamente 60%, e quando esta for a níveis aquém de 30%, haverá alteração circulatória intestinal, o que acarretará hiperperistaltismo e relaxamento esfinteriano e finalmente eliminação precoce de mecônio.
1,9

Constatou-se que SAM ocorre com maior freqüência nos neonatos à termo ou pós-termo (total de 98,92%) e geralmente adequados a idade gestacional, o que coincide com outros autores.
3,7

Ostrea e Naqvi fizeram um estudo sobre a influência da idade gestacional na habilidade do feto em eliminar mecônio intra-utero chegando a conclusão que se trata de um sinal de maturidade fetal, pois ocorre predominantemente em termos e pós-termos.
10

Os filhos de primigestas (51,06%) foram os mais acometidos, provavelmente pelo fato do trabalho de parto ser mais prolongado, associado à inexperiência materna quanto à sua evolução.
3
Castilho obteve resultados semelhantes em sua análise.

Pela classificação de Apgar, 100% dos neonatos nasceram anoxiados, variando, no primeiro minuto, de grau moderado

(41,48%) a grave (58,51%). Após os primeiros cuidados, 63,83% se recuperaram e possuíam bom prognóstico (Apgar 5' = 7 - 10, ocorreu em 60 casos). Entende-se por primeiros cuidados a aspiração de vias aéreas superiores e adequação térmica da criança. Podemos basear-nos aqui no estudo de Gregory em relação ao prognóstico, segundo a classificação de Apgar.

O maior percentual de dados clínicos para o diagnóstico de SAM, foram os de origem respiratória. Cabe ressaltar a importância de se aspirar secreção meconial alojada em traquéia, tanto como diagnóstico ou para medida terapêutica imediata. Quarenta e duas crianças (44,68%) submeteram-se à aspiração traqueal, sendo que 88,09% sobreviveram. Entende-se que não basta apenas a aspiração de cavidade oral ou nasal, pois a presença de mecônio em traquéia é comum, e sua retirada é fundamental para o prognóstico da SAM.

Amniorrexe precoce ocorreu em 51,06% e a prevalência foi entre 2 e 14 hs, principalmente em primigestas, levando a maior risco de anóxia.

Quanto às gestoses, houve considerável aparecimento de infecção urinária (28,72%), leucorréia (72,34%) e anemia (80,85%), não coincidindo com outros autores.

Dos 94 casos, a relação entre parto normal e cirúrgico permaneceu equivalente (50%).

Das complicações de SAM, 9 crianças apresentaram pneumotórax e/ou pneumomediastino, sendo que 4 foram encaminhadas para o UTI do HIJG, onde nenhuma delas faleceu. Devemos aqui ressaltar que todos os neonatos que desenvolveram pneumotórax e/ou

pneumomediastino não tiveram suas traquéias aspiradas. Houve também incidência razoável de complicações neurológicas (12,77%) e destes, 2 casos (2,13%) foram a óbito, podendo-se comparar com outros autores.³

A porcentagem geral de sobrevivida foi de 86,17% (81 casos) e o cômputo geral de óbitos foi de 13 casos (13,83%), sendo que 69,23% faleceram em menos de 24 hs. Em relação a Gregory, é uma porcentagem elevada, porém se comparada a Castillo é um resultado favorável.⁷ Tiramos assim, pela incidência de maior número de óbitos nas primeiras 24 horas de vida, a importância do acompanhamento pré, intra e pós-parto imediato, de acordo com os procedimentos de Gregory,⁷ condutas de Ting,¹² Zachman,¹⁴ Eisner e Shussman,¹¹ que pregam melhor prognóstico para o recém-nascido com aspiração de traquéia.

CONCLUSÕES:

=====

- 1) A maior incidência de SAM é em primigestas.
- 2) A idade materna varia de 16 a 43 anos, ocorrendo principalmente dos 16 aos 25 anos.
- 3) As gestoses foram consideradas normais, havendo um certo aumento na freqüência de infecção urinária e leucorréia.
- 4) A prevalência foi nos termos e pós-termos, em sua maioria adequados para a idade gestacional.
- 5) Houve grande incidência de amniorrexe prematura, sendo a maior entre 2 e 14 horas.
- 6) Dos 94 casos, 52 deles possuíam diagnóstico precoce de sofrimento fetal (pré-parto).
- 7) Cem por cento das crianças sofreram anoxia perinatal, pois todas foram classificadas com Apgar menor que 6 no primeiro minuto. Destes, 60 apresentaram Apgar do quinto minuto maior que 7, o que traduz bom prognóstico.
- 8) Os dados que levam ao diagnóstico de SAM são basicamente clínicos e incluem principalmente distúrbios respiratórios e sinais radiológicos (RX típico ou sugestivo).
- 9) É de relevante importância a aspiração de vias aéreas superiores e traquéia, tanto como dado diagnóstico quanto de conduta terapêutica imediata, visando melhor prognóstico (88,09% sobreviveram).
- 10) A porcentagem de óbito foi de 13,83%, sendo classificada co-

no uma margem considerável.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

=====

- 1 - ALGER, L.S.; KISNER, H.J.; HAGEY, D.A. The presence of a meconium - like substance in second-trimester amniotic fluid. Am. J. Obstet. Gynecol. 150: 380 - 385; 1.984.

- 2 - BACSIK, R.D. Meconium Aspiration Syndrome. Pediatric Clinic of North America 24: 463 - 479; 1.977.

- 3 - CASTILLO C., E.D. DEL; SOSA, A.S.; KARCHMER S. Síndrome de aspiración masiva de meconio. Observaciones sobre 47 casos. Gynecol. Obstet. Méx., 47: 9 - 20; 1.980.

- 4 - EISNER, P. Suctioning meconium from the trachea: a new solution to an old problem. Pediatrics 64: 713; 1.986.

- 5 - FARREL, E.E.; HAGEMAN, J.R. Fatal meconium aspiration syndrome occurring despite airway management considered appropriate. Am. J. Obstet. Gynecol. 1: 593 - 596; 1.985.

- 6 - FUJIKURA, T.; KLIONSKY, B. The significance of meconium staining. Am. J. Obstet. Gynecol. 121: 45 - 50; 1.975.

- 7 - GREGORY, G.A.; GOODING, C.A.; PHIBBS, R.H.; TOOLEY, W.H. Meconium aspiration in infants - a prospective study. Pediatrics 85: 848 - 852; 1.974.

- 8 - LEAKE, R.D.; GUNTHER, R.; SUNSHINE, P. Perinatal aspiration
syndrome: Its association with intrapartum events and
anesthesia. Am. J. Obstet. Gynecol. 118: 271 - 275; 1.974.
- 9 - MATTHEWS, T.G.; MARSHAW, J.B. Relevance of the gestational age
distribution of meconium passage in utero. Pediatrics
64: 30 - 31; 1.979.
- 10 - OSTREA, E.M.; NAQUI, M. The influence of gestational age on
the ability of the fetus to pass meconium in utero. Acta
Obstet. Gynecol. Scand. 61: 275 - 277; 1.982.
- 11 - SCHUSSMAN, L.C. Pathophysiology and Prevention of Meconium
Aspiration Syndrome. The Journal of Family Practice 10:
997 - 1.002; 1.980.
- 12 - TING, P.; BRADY, J.P. Tracheal suction in meconium aspiration
tion. Am. J. Obstet. Gynecol. 122: 767 - 771; 1.975.
- 13 - UIDYASAGAR, D.; YEH, T.F.; HARRIS, U.; PILDES, R.S. Assisted
ventilation in Infants with meconium aspiration syndrome.
Pediatrics 56: 208 - 213; 1.975.
- 14 - ZACHMAN, R.D. Prevention of neonatal meconium aspiration
syndrome. Wisconsin Medical Journal 79: 46 - 47; 1.980.

**TCC
UFSC
PE
0315**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0315

Autor: Hartmann, Cristian

Título: Síndrome de Aspiração de Mecônio



972814851

Ac. 253931

Ex.1 UFSC BSCCSM