

Manuseio do Recém-Nascido Cardiopata. O Desafio Persistente

Edmar Atik, Wilma T. Maeda

São Paulo, SP

Persevera, ainda hoje, o desafio clínico-cirúrgico quanto ao manejo adequado do recém-nascido (RN) cardiopata. Apesar dos recursos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos já bem conhecidos, a mortalidade continua, em nosso meio, ainda elevada.

Em publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde ¹ sobre dados biológicos, exclusivamente do Estado de São Paulo na década de 80, referentes a RN vivos e mortalidade no 1º ano de vida por causas cardiovasculares (tab. I) reafirma-se o alto risco da criança que nasce com cardiopatia congênita. Desses dados, é de interesse notar que, nesta última década, não houve aumento do número de crianças nascidas vivas no Estado de São Paulo, tendo sido de 721.630 em 1980, 657.684 em 1985, 665.715 em 1986 e de 661.287 em 1990. Tomando-se em conta que as cardiopatias graves ocorrem em 2 de cada 1.000 RN vivos, a incidência delas nesses períodos correspondeu a aproximadamente 1.443 em 1980, 1.315 em 1985, 1.331 em 1986 e 1.322 em 1990.

Correlacionando-se o número de mortes publicado pelos órgãos governamentais, decorrentes de causas cardiovasculares com essas cardiopatias graves, houve nítido decréscimo da mortalidade que passou de 71% em 1980 para 42% em 1990. No entanto, essa redução do número de óbitos não é o suficiente a expressar progressos significativos no manejo dessas crianças. Ainda mais que, em países mais avançados, a mortalidade clínico-cirúrgica em cardiopatias graves corresponde no máximo até 20% das crianças, considerando-se o período prévio à cirurgia e à própria intervenção.

Esses dados nos forçam a estender a avaliação prévia dos nossos achados clínico-cirúrgicos no RN cardiopata, até o ano de 1993, previamente realizados desde 1982 a 1990 e publicados em 1992 ², dividindo-os em períodos evolutivos de 1982 a 87, 1988 a 90 e 1991 a 93 a fim de se estabelecer as possíveis diferenças no que respeita principalmente à mortalidade clínico-cirúrgica.

No Instituto do Coração da FMUSP, no período de 1982 a 1993 constatamos a internação de 718 RN cianóticos e de 399 em insuficiência cardíaca, a maioria (78%)

Tabela I - Dados biológicos do Estado de São Paulo¹

| | 1980 | 1985 | 1986 | 1990 |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Nº nascidos vivos | 721.630 | 657.684 | 665.715 | 661.287 |
| Nº provável cardiopatia congênitas* | 5.772 | 5.261 | 5.325 | 5.290 |
| Nº provável cardiopatias congênitas graves** | 1.443 | 1.315 | 1.331 | 1.322 |
| Nº óbitos no 1º ano de vida por alterações cardiovasculares | 1.030 | 675 | 637 | 553 |
| Correlação do nº de óbitos com cardiopatias graves | 71% | 51% | 47% | 42% |

* -0,8%; ** -0,2%

Tabela II - Cardiopatias cianogênicas internadas no Incor com idade inferior a 30 dias. Prevalência em diferentes períodos evolutivos de 1982-93.

| | Total | % | 1982-87 | 1988-90 | 1991-93 |
|------------------------------------|-------|-------|---------|---------|---------|
| Transposição das grandes artérias | 262 | 36,49 | 91 | 72 | 99 |
| Atresia pulmonar | 177 | 24,65 | 61 | 48 | 68 |
| Atresia tricúspide | 43 | 5,98 | 19 | 14 | 10 |
| Estenose pulmonar | 41 | 5,71 | 12 | 15 | 14 |
| Ventrículo único | 35 | 4,87 | 17 | 10 | 8 |
| Anomalia de Ebstein | 33 | 4,59 | 10 | 12 | 11 |
| Dupla via saída ventrículo direito | 32 | 4,45 | 13 | 10 | 9 |
| Tetralogia de Fallot | 30 | 4,17 | 13 | 9 | 8 |
| Cardiopatias complexas | 12 | 1,67 | 4 | 4 | 4 |
| Outras | 53 | 7,38 | 25 | 14 | 14 |
| Total | 718 | 100 | 265 | 208 | 245 |

em mau e regular estado geral. Dentre os 718 cianóticos, 431 (60,02%) prevaleceram na 1ª semana de vida e as cardiopatias mais encontradas (tab. II) nos 3 períodos considerados, foram a transposição das grandes artérias (36,4%) e a atresia pulmonar (24,6%). Dos 399 com insuficiência cardíaca, prevalência maior na 1ª semana de vida - 135 (33,8%) - e também na 4ª semana - 111 (28,3%) - predominaram nos 3 períodos (tab. III) cardiopatias obstrutivas do coração esquerdo (20,8%), hipoplasia do coração esquerdo (17,2%) e comunicação interventricular e canal arterial (11,2%).

A mortalidade clínica dos neonatos cianóticos correspondeu a 36 de 143 (25,1%) a 37 de 99 (37,3%) e a 36 de 109 (33%) nos 3 períodos respectivamente de 1982 a 87, 1988 a 90 e 1991 a 93 e dos neonatos com insuficiência cardíaca a 61 de 123 (49,5%), a 48 de 60 (80%) e a 49 de 91 (53,8%), nesses mesmos períodos. A mortalidade cirúrgica, dentre os cianóticos, correspondeu a 42 de 122 (34,4%), a 32 de 109 (29,3%) e a 31 de 136 (22,7%) e dos, com insuficiência cardíaca a 28 de 39 (71,7%), a 19 de 37 (51,3%) e a 19 de 49 (38,7%), respec-

Tabela III - Cardiopatias com insuficiência cardíaca, internadas no Incor, com idade inferior a 30 dias. Prevalência em diferentes períodos evolutivos de 1982-93

| | Total | % | 1982-87 | 1988-90 | 1991-93 |
|--|-------|-------|---------|---------|---------|
| Obstrução via saída ventrículo esquerdo (CoAo, EAo, AAo, IAAo) | 83 | 20,80 | 27 | 17 | 39 |
| Hipoplasia do coração esquerdo | 69 | 17,29 | 23 | 21 | 25 |
| CIV e/ou PCA | 45 | 11,27 | 30 | 7 | 8 |
| Disritmias | 31 | 7,76 | 12 | 4 | 15 |
| Drenagem anômala de veias pulmonares | 20 | 5,01 | 5 | 8 | 7 |
| Tronco arterial comum | 19 | 4,76 | 8 | 6 | 5 |
| Dupla via saída ventrículo direito | 19 | 4,76 | 6 | 4 | 9 |
| Ventrículo único | 14 | 3,50 | 6 | 3 | 5 |
| Atresia mitral | 14 | 3,50 | 2 | 5 | 7 |
| Outras | 85 | 21,30 | 44 | 21 | 20 |
| Total | 399 | 100 | 162 | 97 | 140 |

tivamente nos 3 períodos considerados. Assim, o alto risco ainda persiste nos últimos anos e não diminuiu significativa e idealmente, em especial se considerarmos a mortalidade clínica, antes da intervenção cirúrgica. Tal fato é explicado pela continuidade do número de pacientes encaminhados, já em mau estado geral, além da gravidade das próprias anomalias.

Face a estes resultados, é clara a necessidade de melhorar, através da reformulação de conduta, nestas cardiopatias, que ainda hoje, apesar de todos os avanços continuam a desafiar a argúcia do clínico e a perícia do cirurgião.

A atuação no RN cardiopata requer diagnóstico precoce e aprimoramento das medidas terapêuticas, para diminuir a mortalidade clínico-cirúrgica, ainda elevada.

Procede-se ao diagnóstico pré-natal, pela ecocardiografia fetal, ao diagnóstico pós-natal precoce pela avaliação clínica funcional e ecocardiográfica, ao tratamento farmacológico, ao cateterismo cardíaco intervencionista e ao estabelecimento da oportunidade ideal da cirurgia^{3,4}.

A ecocardiografia fetal tem mostrado avanços consideráveis na caracterização estrutural das cardiopatias e no diagnóstico de arritmias. Ademais, é útil no acompanhamento evolutivo dos defeitos durante a gestação, na avaliação de drogas sobre a dinâmica cardiovascular, e ainda no planejamento após o nascimento. A ecocardiografia pós-natal substitui, com vantagens, o cateterismo cardíaco na caracterização anátomo-funcional da maioria das cardiopatias congênitas, tornando-se, por isso, o método de escolha para o diagnóstico.

O tratamento farmacológico⁵ é representado principalmente por drogas que agem sobre o canal arterial, restringindo-o – indometacina em prematuros – ou dilatando-o – prostaglandina E₁ – ao lado de medidas anticongestivas, de drogas antiarrítmicas, vasodilatadoras, e de suporte para correção dos distúrbios do equilíbrio ácido-base, eletrolíticos e metabólicos. O cateterismo cardíaco inter-

vencionista é eficaz na melhoria da função cardíaca, quer ampliando comunicações (técnica de Rashkind), quer aliviando obstruções valvares e arteriovenosas.

A determinação da oportunidade operatória é capital para o melhor prognóstico. Daí a necessidade do conhecimento da história natural dos defeitos, assim como da adoção de cuidados gerais adequados a impedir a deterioração clínica. Assim, a maioria desses RN é encaminhada à cirurgia em condições próximas do ideal, passo importante para o sucesso operatório. No entanto, hoje, intercorrências obscurecem essa perspectiva, representadas principalmente pelas infecções, causa maior da mortalidade, ainda elevada. São desencadeadas pela própria cardiopatia, especialmente as com congestão venocapilar pulmonar, por manipulação médica necessária, mas por vezes exagerada e imprudente, por manipulação através de cateteres veno-arteriais, intubação endotraqueal, sondas nasais. Acrescentam-se, ainda, como fatores associados, alterações de coagulação nas cardiopatias cianogênicas, insuficiência renal e trombozes arteriovenosas.

Embora os fatores do insucesso sejam já bem conhecidos, devem ser lembrados e conscientizados para que os erros não sejam repetidos. Salientam-se como capitais, o encaminhamento precoce aos centros especializados, o transporte com condições mínimas de oxigenação e manutenção da temperatura corporal, diminuição dos riscos de intercorrências, em especial quanto à prevenção de infecções, indicação operatória precoce e o aprimoramento e até criação de outros centros especializados de atendimento ao RN cardiopata. Estas normas visam a manutenção de uma homeostase adequada e da conservação do estado geral, condições básicas para o sucesso clínico-cirúrgico.

Frente a anomalias mais complexas e até não suscetíveis a correções cirúrgicas convencionais, e mesmo com a motivação hoje da realização de transplantes cardíacos no RN, esta reformulação proposta, é válida, que bem conscientizada, implicará em sensível melhora do prognóstico da criança portadora de cardiopatia.

Referências

1. Anais de Dados Biológicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde, 1980-1990.
2. Atik E, Maeda WT - Manuseio do recém-nascido cardiopata. O estado atual e a necessária reformulação. Arq Bras Cardiol 1992; 58: 83-5.
3. Lees MH, King DH - Heart disease in the newborn. In: Adams FH, Emmanouilides GC, Riemenschneider TA - Heart Disease in Infants, Children and Adolescents. Baltimore, Williams & Wilkins 1989; 842.
4. Quero-Jimenez J, Rodrigues JP, Valero MB, Granado FM - Cardiologia neonatal. In: Sanchez PA - Cardiologia Pediátrica: Clínica e Cirúrgica. Madrid, Salvat SA 1986; 1066.
5. Schneeweiss A - Drug Therapy in Infants and Children with Cardiovascular Diseases. Philadelphia, Lea I. Febiger 1986.