

PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS DO BEBÉ PREMATURO

O bebé prematuro, em geral com peso inferior a 2.500 gramas, está mais propenso a problemas de saúde tendo em conta que a gravidez encurtada não permitiu o desenvolvimento suficiente dos órgãos; por isso, ele é mais vulnerável do que o recém-nascido que atinge o termo da gravidez (a partir das 37 semanas completas).

O aparelho respiratório é precisamente uma das partes do organismo afectada que pode levar a problemas de funcionamento do mesmo, de vários tipos, e que originam a chamada dificuldade respiratória ou síndrome de dificuldade respiratória - termo usado correntemente pelos médicos e profissionais de saúde.

Uma vez que é nos pulmões que se verificam as trocas gasosas que permitem levar oxigénio a todos os órgãos do corpo, para compensar tal dificuldade torna-se indispensável dar artificialmente oxigénio ou ar misturado com oxigénio de vários modos, o que exige a prestação de cuidados por equipas de médicos e enfermeiros especializados, a realização de exames e análises várias (de sangue, radiografias, etc.), e a utilização de aparelhos, quer para compensar a dificuldade que os bebés apresentam, quer para vigiar a sua evolução, nas chamadas unidades de cuidados especiais e unidades de cuidados intensivos.

Será, pois, útil que os pais se familiarizem com certos termos da linguagem médica para melhor perceberem a situação da criança quando o médico assistente dá informações e troca impressões com os mesmos.

É natural que os pais façam as seguintes perguntas:

Como se pode manifestar a dificuldade respiratória?

De vários modos:

- Apneia (termo que significa ausência de respiração), podendo surgir em episódios ou crises, típicos do bebé prematuro;

É importante referir que a respiração do bebé recém-nascido em geral é irregular, sendo que por vezes se verificam pausas passageiras de duração inferior a 20 segundos. A apneia verdadeira é a que tem duração superior e é acompanhada de algumas das manifestações descritas a seguir;

- Gemido

- Cianose (o bebé fica roxo) o que significa, em princípio, dificuldade nas trocas gasosas no pulmão o que origina deficiência de oxigenação nos vários órgãos-cérebro, coração, etc.;

- Taquipneia ou “respiração acelerada ou com número elevado de respirações” por minuto. É precisamente o contrário da apneia. Considera-se taquipneia se o nº de respirações por minuto é superior a 60.

- Adejo nasal ou movimento rítmico de abertura do rebordo do nariz, como se o bebé “tentasse” compensar o problema “facilitando” a entrada de ar nos pulmões;

- Retracções no peito (tórax), ou seja, como entra pouco ar nos pulmões ou o mesmo ar não é retido suficientemente, a cada movimento respiratório, verificam-se “covas “ a meio do peito (peito em “funil”), depressão entre as costelas, e na transição das costelas com a barriga que fica mais distendida); diz-se, por vezes, nestas circunstâncias, “que o bebé parece respirar com a barriga dado que, quando o ar “tenta “ entrar nos pulmões, o peito não se expande ou expande-se pouco enquanto a barriga se expande a cada movimento respiratório.

Quais os problemas que podem originar estas manifestações?

Em primeiro lugar é preciso esclarecer que os problemas de respiração também podem afectar os bebés que nascem de termo.

Focando agora a atenção nos problemas de respiração que são típicos do bebé prematuro, eis os mais frequentes:

- Doença das membranas hialinas ou síndrome de dificuldade respiratória da prematuridade, o qual surge tanto mais frequentemente e com tanto maior duração quanto mais encurtada tiver sido a gravidez.

Este problema manifesta-se logo após o nascimento e é explicado pelo facto de os pulmões não completamente desenvolvidos produzirem quantidade insuficiente duma substância (chamada surfactante) que forra interiormente os pequenos sacos aéreos chamados alvéolos; a insuficiência de surfactante não permite, assim, que os referidos sacos aéreos retenham certa quantidade de ar respirado; por isso há tendência para se fecharem e há fuga total de ar o que dificulta as trocas entre o oxigénio inspirado e o anidrido carbónico expirado. Os médicos dizem que os alvéolos “colapsam”, ou seja, fecham-se, esvaziam-se de ar.

- Taquipneia transitória ou “pulmão húmido”. Este problema – que também pode surgir nos bebés não prematuros – explica-se do seguinte modo:

Durante o desenvolvimento do feto dentro do saco das “águas” (líquido amniótico) os pulmões que se vão desenvolvendo estão cheios de líquido que nos casos de parto vaginal é eliminado à medida que vai descendo do útero para a vagina. Ora, nas cesarianas ditas electivas (as realizadas antes do início do trabalho de parto) o bebé “chega ao mundo exterior”, é extraído de modo brusco, com os pulmões cheios do tal líquido e não com as vias respiratórias vazias e prontas para receber o ar para respirar; em condições habituais, como foi dito, o líquido vai

sendo expulso de modo progressivo à medida que o feto “desce”na direção útero → exterior. Daí a dificuldade em respirar enquanto o mesmo não é expulso na totalidade.

- Displasia broncopulmonar - Trata-se dum problema dos bebés que foram submetidos a ventilação mecânica durante tempo prolongado e que se pode tornar crónico após o período de recém-nascido. A imaturidade dos pulmões, com efeito, torna-os muito mais vulneráveis às medidas salvadoras na fase crucial da doença respiratória (ventilação mecânica e de tratamento com oxigénio); as consequências são a formação de “cicatrizes” no pulmão que deformam as vias respiratórias dificultando as trocas gasosas e a chegada de oxigénio em quantidade suficiente aos vários órgãos do organismo.

Virá a propósito dizer que o oxigénio em excesso é tóxico para vários órgãos.

Nas unidades de recém-nascidos como se procede à vigilância destas situações?

Para além da vigilância contínua das equipas de enfermagem e de médicos pediatras-neonatologistas, existem muitos aparelhos (monitores electrónicos) que permitem avaliar de modo contínuo e sem que seja necessário proceder a colheitas de sangue, os seguintes parâmetros, entre outros: o número de batimentos cardíacos, de movimentos respiratórios, a temperatura cutânea, a pressão arterial e o grau de oxigenação do sangue (quer através do chamado oxímetro de pulso que determina a saturação do sangue em oxigénio através de sensor em forma de mola de roupa que emite uma luz vermelha e é aplicado no dedo do bebé, pulso e, por vezes, na orelha, quer através de monitor de pressão de oxigénio e anidrido carbónico transcutâneo cujo sensor é diferente, semelhante a pequeno disco ou moeda aplicado sobre a pele).

Claro que por vezes é preciso tirar sangue do bebé para avaliar o grau de oxigenação e proceder a outras análises; com as novas tecnologias é possível hoje em dia obter muitos resultados com quantidade mínima de sangue.



E quais as medidas de tratamento utilizadas nos recém-nascidos com dificuldade respiratória?

Para além de cuidados gerais a aplicar em todo e qualquer bebé prematuro e descritos nouro capítulo do livro, as medidas específicas a aplicar nos casos de dificuldade respiratória dizem respeito essencialmente a:

1 - Administração de oxigénio (oxigenoterapia) – que depende do estado geral do bebé e da avaliação do grau de deficiência da oxigenação:

2 - Compensação da dificuldade respiratória (assistência respiratória que pode culminar na chamada ventilação mecânica. Assim, há as seguintes possibilidades:

- Campânula transparente utilizada em berço ou em incubadora; a cabeça do recém-nascido fica dentro deste “habitação” ligado a uma fonte de oxigénio cuja concentração em percentagem do ar é medida de modo contínuo com um sensor colocado perto da boca e do nariz (em forma de microfone). O ar tem cerca de 21% de oxigénio; portanto o suplemento de oxigénio (que deve ser humidificado) é regulado conforme a condição clínica; por vezes torna-se necessário 25-30%, por vezes mais; se fosse oxigénio puro (situação rara e a evitar, excepto em casos especiais), o aparelho marcaria 100%. O monitor mostra em écran os valores desta fracção de oxigénio no ar inspirado ou FiO_2 .

- Cânula de oxigénio nasal obrigando a vigilância em litros /minuto e à FiO_2

- Aparelho de CPAP nasal com aplicação de prongas nasais em que a mistura de ar e oxigénio é administrada através dum sistema que permite garantir a expansão alveolar mantida no fim da expiração (pressão positiva contínua no fim da expiração), lutando contra o tal “colapso a que antes nos referimos; a sigla que médicos e enfermeiras usam na gíria – CPAP é derivada do inglês significando *continuous positive airway pressure*.

- Ventilador que permitem de modo muito eficaz e controlado compensar a alteração do funcionamento pulmonar. Em geral utiliza-se mistura de oxigénio e ar e, em situações especiais, óxido nítrico. Diz-se que o bebé está ventilado ou submetido a ventilação mecânica o que implica a introdução dum tubo na traqueia- tubo endotraqueal - por via nasal ou pela boca.

- Administração de surfactante artificial - Hoje em dia é possível administrar artificialmente surfactante através do tubo traqueal como modo de compensar a deficiência da referida substância que é fundamental para garantir a “abertura dos alvéolos pulmonares” e as trocas gasosas eficientes.

- Outras medidas dizem respeito à manutenção do funcionamento eficaz do coração e da circulação; ou seja, mesmo que a oxigenação pulmonar se processe eficazmente, torna-se necessário que o oxigénio chegue a todos os órgãos, que a “bomba cardíaca “ funcione e que as artérias e veias por onde circula o sangue com glóbulos que distribuem oxigénio aos órgãos e dele retiram o anidrido carbónico a eliminar pelos pulmões, também funcionem. A circulação deve também ser eficaz.

Daí a necessidade de medicação com vários fármacos e de vigilância contínua e quantificada dos batimentos cardíacos, dos movimentos respiratórios e da pressão arterial. Estas implicam a aplicação de muitos soros aplicados na veia com agulhas ou tubinhos especiais de vários comprimentos e calibres chamados cânulas ou cateteres.