



Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.

nº 20

Verão 2003

Ano VIII

Direcção: Valdemar Martins, Hercília Guimarães, Teresa Tomé, Margarida Albuquerque

EDITORIAL:

A neonatologia portuguesa ficou mais pobre. Dois eminentes pediatras, o Prof. Martins Palminha e o Dr. Nicolau da Fonseca deixaram-nos prematuramente. Do Prof. Palminha acedeu gentilmente a dra. Maria dos Anjos, sua colaboradora no hospital S. Francisco Xavier, em prestar-lhe uma pequena homenagem neste boletim.

Quanto ao Dr. Nicolau da Fonseca, mestre e amigo, um dos pioneiros neonatologistas da região Centro, magnífico contador de histórias, aqui fica o nosso tributo e a nossa saudade.

Todos os neonatologistas portugueses estão de parabéns por se ter conseguido o Prémio Bial da Medicina Clínica 2003 à Secção de Neonatologia pelo trabalho "Nascer Prematuro em Portugal – 1996-2000". Apesar de alguns precalços e incidentes que a atribuição do prémio motivou, e que esperamos estejam definitivamente sanados, ele veio mostrar que, e mais uma vez, a Secção e todos os colegas, mantêm um espírito de entrega, dedicação e iniciativa capazes de produzir trabalhos de excelência.

É também a esse espírito que a Direcção da Secção apela a todos os sócios para a participação crítica e entusiasta nas próximas Jornadas de Neonatologia, que terão lugar em Guimarães no final do mês de Novembro e onde se colocarão a debate franco e aberto vários temas da nossa realidade clínica, tentando atingir para cada um deles um consenso nacional, orientador de uma boa e uniforme prática neonatal.

Esperamos ainda nessa reunião, ponderar sobre a revisão do nosso Regulamento, tarefa consecutivamente adiada, mas tão necessária para a adequação de algumas regras aos tempos que correm. E para que essa revisão se faça é fundamental que ela reflita a vontade maioritária dos sócios, pelo que a presença de todos é imprescindível.

Este boletim aparece com atraso considerável. Várias foram as razões e imprevistos que motivaram esse atraso. Gostaríamos de reforçar que ele é pertença e só existe para os sócios, pelo que toda a colaboração dos nossos leitores é fundamental. Aguardamos a vossa inestimável colaboração.

Valdemar Martins

Neste Número

O Professor Martins Palminha 2*Deteção Precoce e Intervenção Tardia* 3*Vacinas - Aspectos Práticos* 5*Cuidados com o Cordão Umbilical* 7*Displasia Broncopulmonar -
O que há de Novo?* 11*O Prematuro e os Déficits de Visão* 13*Importância da Alteração de Práticas na
Diminuição de Septicémias de Recém
Nascidos com Cateter Central* 14*Agenda* 15

Escrever sobre o Prof. J.M.Martins Palminha é uma tarefa que me é particularmente dolorosa e difícil .

Dolorosa porque nos unia uma forte amizade e o seu desaparecimento tão recente não permite a clareza e serenidade necessárias a esta tarefa .

Difícil porque tivemos carreiras profissionais paralelas permitindo o conhecimento da sua personalidade forte e complexa o que dificulta uma análise imparcial . A sua capacidade de liderança , o espírito de equipa , justeza e clareza de posições , defesa intransigente da equipa , dedicação absoluta às causas em que acreditava , disponibilidade para ajudar a ultrapassar dificuldades , foram alguns traços da sua personalidade que me marcaram profundamente . A sua palavra amiga estava sempre presente, com conselhos precisos para o momento exacto .

Era um homem dotado de invulgar inteligência , grande capacidade de trabalho, insaciável curiosidade científica , assente em princípios humanos e éticos de grande rigor . Lutador intransigente e seguro , para ele não existiam obstáculos intransponíveis .

Todas estas características permitiram que um reduzido grupo o acompanhasse no difícil desafio de criar e organizar a Neonatologia / UCIN do HSFX . Mais tarde , ao ser convidado para Director do Serviço de Pediatria, consolidou o prestígio desse serviço tornando-o , na sua articulação com os Cuidados de Saúde Primários, um exemplo a nível nacional.

Foi igualmente um dos pilares fundamentais das Comissões Nacionais Materno-Infantil e da Mulher e da Criança , que elaboraram a carta organizativa dos cuidados perinatais no país . A execução destes programas colocou-nos , em poucos anos , ao nível europeu na área da Saúde Perinatal.

Como homem generoso e solidário , era muito sensível aos problemas sociais , estimulando a investigação e intervenção nesse âmbito . Daí que a toxicod dependência , a SIDA , a criança maltratada tenham sido áreas por si desenvolvidas , neste âmbito veio a obter o grande prémio Bial de Medicina Clínica com a investigação “ Os filhos das toxicod dependentes, novo grupo de risco bio-psico-social “, o 1º prémio de humanização instituído pela Comissão Nacional de Humanização em Cuidados de Saúde do Ministério de Saúde, o 1º prémio Dr. José Luís Champalimaud na área das Ciências Sociais e Humanas , atribuído pela CNLCS .

O seu entusiasmo pela transmissão de

conhecimentos aos colegas e aos mais jovens e o gosto pela investigação levou-o ao doutoramento no ano de 1997 , com a dissertação “ Contribuição para o estudo de alguns marcadores bioquímicos na asfixia perinatal no recém-nascido de termo “.

Durante anos foi responsável pelo ensino de semiologia pediátrica na Faculdade de Ciências Médicas . Nos últimos anos , no seguimento desta linha, coordenou uma vasta equipa onde contou com os pediatras mais notáveis do país , editando a obra “ Orientação diagnóstica em pediatria “, um trabalho de grande envergadura único no panorama científico pediátrico nacional . Sob a sua coordenação publica também um livro de bolso “A terapêutica pediátrica em ambulatório “ destinada a médicos de família , pediatras e alunos de medicina .

A sua elevada competência profissional e qualidades humanas enobrecem a classe e são um exemplo para todos nós .

Como homem , foi um cidadão de princípios e valores que mesmo nos momentos mais difíceis nunca abdicou de idealizar e lutar por uma sociedade mais justa , mais humana e mais solidária .

Pelo Homem que foi o nosso Obrigada .

DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO TARDIA

Que responsabilidade para pediatras/neonatólogistas?

Ana Jorge

Um dos objectivos principais em Saúde Infantil e da Pediatria senão a razão da sua existência é a Saúde e o Desenvolvimento da Criança. As acções têm de ser dirigidas à Promoção da Saúde e à Prevenção da Doença nas suas três componentes, primária, secundária e terciária. Importa pois identificar, diagnosticar e tratar os desvios/perturbações ou doenças o mais precocemente possível. Estes conceitos são verdades aceites e defendidas por todos, mas ainda somos confrontados com uma realidade de execução bem diferente.

Há cerca de um ano a convite da Direcção Geral do Ensino Básico participei num Encontro Nacional – Pensar a Intervenção Precoce -, em que foram apresentados os resultados de um Estudo coordenado (1) pelo Professor Joaquim Bairrão Ruivo da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação do Porto, sobre a prática da Intervenção Precoce após a publicação do Despacho Conjunto nº891/99 que a regulamenta. Dos resultados apresentados preocupou-me a constatação que a identificação ou sinalização das crianças com desvios do desenvolvimento é feita tardiamente. Apenas 25% das crianças, com apoio das equipas de Intervenção Precoce, tinham sido sinalizadas antes dos três anos de idade.

Intervenção Precoce (2) é uma medida de apoio integrada, centrada na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social, com vista a:

- a) assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- b) potenciar a melhoria das interações familiares;
- c) reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

A execução deste despacho, pressupõe a constituição de equipas multidisciplinares de intervenção local e de coordenação, tem encontrado muitas dificuldades. No entanto, com esforço e empenho de muitos profissionais da saúde, da educação e de acção social há um número de respostas prontas a serem usadas e, não o são, ou então só tardiamente o são, com todas as consequências que o encaminhamento tardio de uma criança acarreta no seu desenvolvimento e prognóstico.

A Intervenção Precoce, como o seu nome indica,

destina-se, principalmente, a crianças até aos três anos podendo abrangê-las até aos 6 anos de idade, e é do conhecimento geral que, quanto mais cedo se iniciar uma intervenção, maior é a capacidade de resposta da criança.

A identificação e o diagnóstico precoce das crianças com problemas de desenvolvimento psicomotor, de doença neurológica ou qualquer outra ou simplesmente, de risco bio-psico-social cabe aos serviços de saúde, hospitais e centros de saúde que acompanham o crescimento e o desenvolvimento desde o nascimento. Os profissionais de saúde são os que mais precocemente e, mais vezes, contactam com a população infantil até aos três anos, pelo que estão em posição estratégia facilitadora dessa sinalização.

O estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde e a sua interligação com as outras estruturas de apoio à criança e família quer no âmbito da educação, acção social ou das estruturas da comunidade é essencial para uma resposta integrada e adequada, potencializando os recursos que muitas vezes são inferiores aos necessários.

O desafio que se coloca então é o uso dos meios existentes e potenciá-los para que mais crianças e, mais precocemente, possam beneficiar duma intervenção, senão a ideal, a possível e adequada a cada uma.

As Unidades Coordenadoras e Funcionais para a área materno-infantil (3) ao agruparem profissionais dos hospitais/serviços de obstetrícia e pediatria e dos centros de saúde são as estruturas mais adequadas para identificarem todos os recursos existentes em cada comunidade no âmbito da saúde, acção social e educação, incluindo as instituições particulares de solidariedade social, que possam de forma articulada organizar as respostas necessárias às crianças e famílias com necessidades de intervenção em diversas áreas terapêuticas e sociais.

A existência da Notícia de Nascimento (4), documento de interligação entre o local em que cada criança nasce e o serviço/ médico que vai acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, contendo um número de informações, recolhidas no momento do nascimento e enviada ao Centro de Saúde da área da residência, permitem para quem recebe identificar algumas situações de risco que exigem um acompanhamento mais cuidado.

O Boletim de Saúde Infantil, que permite o

anotar sistemático da evolução do crescimento e desenvolvimento da criança se bem usado, é outro documento muito valioso na identificação precoce das situações-problema e na interligação de serviços. É da responsabilidade de todo o serviço de saúde que identifica uma criança/família com uma situação de risco ou doença estabelecida que beneficie do apoio de uma equipa de intervenção precoce, sinalizar e referenciá-la.

Apesar dos apoios médico-terapêuticos que a criança possa necessitar e que seja o hospital, onde nasceu ou diagnosticou, a facilitá-los, não invalida ou substitui a intervenção da equipa cediada na comunidade. Esta permite um trabalho mais amplo com a criança e família para que esta possa ser capaz de assumir o mesmo papel que qualquer família sem problemas assume na educação dos seus filhos em

idade pré-escolar.

A Intervenção Precoce (5) pressupõe a criação de uma rede de suporte social às famílias que incluem crianças de baixa idade com problemas de desenvolvimento ou em risco de forma a dar-lhes capacidade e poder para desempenhar o papel de pais.

Muito há por fazer na organização e implementação de respostas para as crianças e famílias no âmbito da Intervenção Precoce, mas sejamos corajosos e aprendamos com aqueles que têm experiência comprovada, pois, como refere José Boavida (5), “ser pai e ser mãe de uma criança com problemas nos primeiros anos, gera em qualquer parte do mundo as mesmas necessidades de informação, de apoio técnico, de empatia, de não discriminação e de respeito”.

Bibliografia

1. Despacho Conjunto nº891/99 – Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.
2. Contributo para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal – Departamento da Educação Básica, Núcleo de Orientação Educativa e de Educação Especial – Editor Ministério de Educação – Departamento de Educação Básica, 2002, Autores: Joaquim Bairro Ruivo, Isabel Chaves de Almeida
3. Despacho nº6/91 de 20 de Junho, D.R. II Série de 20 de Junho de 1991 e Despacho nº12917/98 de 27 de Julho, D.R. II Série de 27^{de} Julho de 1998
4. DGS – Circular Normativa nº 02/DSMIA de 08/02/02 – Notícia de Nascimento
5. A Família na Intervenção Precoce – da Filosofia à Acção : Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra – Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce, 1995

Vacinas – Aspectos práticos

Ana Leça

Introdução

A imaturidade imunológica do recém-nascido e especialmente do prematuro, a interferência dos anticorpos maternos (com vantagens e desvantagens), a presença de doenças e sequelas da prematuridade e as terapêuticas decorrentes da prematuridade, vão determinar adaptações do PNV, quer em qualidade, quer em tempo de administração, assim como a necessidade de vacinas adicionais que concorram para uma melhor qualidade de vida do prematuro.

A imaturidade imunológica tem um papel determinante na resposta à vacinação, quer em relação às vacinas que dependem da imunidade humoral, quer das vacinas dependentes da imunidade celular, quer ainda das vacinas em que os dois tipos de imunidade são essenciais para o sucesso da vacinação (Quadro I).

IMATURIDADE IMUNOLÓGICA

Resposta de AC à vacinação

- resposta limitada de Ig G
 - aos Ag T–dependentes
 - aos Ag polissacáridos
 - defeitos na qualidade dos Ac induzidos pela vacinação
- memória das células B

Resposta das células T à vacinação

- maturação CD4/CD8

O padrão de resposta aos diversos antígenos vai evoluindo com a maturação do sistema imunitário, determinando a necessidade de uma adaptação dos antígenos vacinais, e a efectivação de esquemas cronológicos de vacinação que assegurem a maior protecção a nível individual e de grupo (Quadro II).

A passagem transplacentária de anticorpos maternos traduz-se por uma protecção parcial contra algumas doenças preveníveis pela vacinação (ex. sarampo, varicela, hepatite A). O grande prematuro encontra-se em franca desvantagem, já que este fenómeno ocorre tardiamente na gravidez. A passagem

vai condicionar o adiamento de algumas imunizações, nomeadamente vacina tripla contra sarampo, rubéola e parotidite e a vacina contra hepatite A.

Quadro I

EVOLUÇÃO DO PADRÃO DE RESPOSTA ÀS VACINAS

Resposta de Ac – aspectos quantitativos

- Indução de resposta IgG 1ªria - 2 / 3 meses
- Ac IgG aos Ag proteicos - 12 / 24 meses
- Persistência de resposta de Ac - 12 meses (?)
- Resposta aos polissacáridos - 18 / 24 meses
- Memória imunológica cel B - Nascimento (?)

Resposta de Ac – aspectos qualitativos

- Resposta Ig G2/Ig G2a -12 / 18 meses
- Repertório de Ig G - 8 / 12 meses
- Avidéz dos Ac - (?)

Siegrist CA, Neonatal and early life vaccinology. *Vaccine* 19 (2001) 3331-3346

Quadro II

Regras gerais e particularidades

Em relação ao prematuro, há regras que estão bem estabelecidas: início da vacinação na idade cronológica recomendada e dose exactamente igual à da criança de termo.

Existem, contudo algumas particularidades no que se refere às vacinas do PNV, nomeadamente em relação ao BCG, à vacina contra hepatite B, contra pólio e DTP (Quadro III).

PARTICULARIDADES DO PREMATURO EM RELAÇÃO AO PNV

1. Vacina contra Hepatite B

Mãe Ag HBs + ou serologia desconhecida - vacinar logo, independentemente do peso*
Mãe Ag HBs negativo - vacinar apenas quando atingir dois quilos

* Se vacinado com peso inferior a dois quilos, começar a contabilizar as doses apenas na vacina administrada aos 2 meses (a primeira "não conta").

2. BCG

Vacinar apenas quando atingir dois quilos.
Acima dos dois meses, a vacinação deve ser sempre precedida de intradermo-reacção de Mantoux.

3. Vacina contra Poliomielite

Se o prematuro estiver internado nunca administrar a vacina oral (viva) para evitar a disseminação nosocomial dos virus vacinais. Nesta circunstância deve ser administrada a vacina inactivada (injectável).

4. Vacina contra *Bordetella pertussis*

Se houver convulsões ou doença progressiva do sistema nervoso central não deve ser administrada a vacina de células completas, mas sim a vacina acelular.

Nota: existem *stocks* nos Centros de Saúde; basta escrever uma carta justificativa e a vacinação será efectuada

Quadro III

Vacinas adicionais

As doenças e sequelas da prematuridade, nomeadamente a displasia broncopulmonar, obrigam a uma maior protecção do prematuro em relação a doenças intercorrentes que possam agravar a sua situação de base, donde a indicação para a vacina anual contra a gripe (de acordo com a indicação da OMS para cada ano) e vacina conjugada contra *Streptococcus pneumoniae*.

A **vacina contra gripe** deve iniciar-se apenas acima dos seis meses, sendo que no primeiro ano devem ser feitas duas administrações com um intervalo mínimo de um mês. Abaixo desta idade a prevenção da gripe no prematuro assenta na vacinação dos seus contactos mais próximos, quer em casa, quer no hospital (no caso de se manter internado), sendo contra-indicação a alergia grave ao ovo e derivados. Na vacinação contra

gripe devem ser utilizadas vacinas de sub-unidades. As chamadas vacinas pediátricas, com metade da dose da formulação do adulto só devem ser utilizadas até aos 3 anos.

No que se refere à **vacina contra *Streptococcus pneumoniae***, a tecnologia da conjugação, que consiste na ligação do antigéneo capsular do pneumococo a uma proteína (mutante não tóxico da toxina diftérica CMR 197) permitiu que estas vacinas fossem imunogénicas abaixo dos dois anos, permitindo a sua administração a partir dos dois meses, ao contrário do que acontecia com a vacina de polissacáridos. Sabendo que a maior morbidade e mortalidade da doença pneumocócica correspondem aos extremos etários da vida, abaixo dos 2 anos e acima dos 65 anos, e em condições de doença subjacente, nomeadamente doença pulmonar crónica, é fácil apercebermo-nos da importância da administração desta vacina nos prematuros. A vacina conjugada tem

ainda as vantagens adicionais de diminuir o estado de portador assintomático e induzir imunidade de grupo.

Terapêutica e vacinas

Um aspecto importante é a interferência com a resposta à vacinação decorrente da terapêutica que muitas vezes é utilizada no tratamento das complicações da prematuridade.

Salienta-se que não há qualquer interferência no que se refere à utilização de antimicrobianos.

A maior interferência verifica-se em relação à terapêutica com corticoides, imunoglobulina e.v e transfusões. No entanto, é de salientar que a interferência tem a ver com uma menor ou ausência de resposta à vacinação (e não com o aumento de reacções adversas) e que esta se verifica apenas com as vacinas vivas injectáveis, nomeadamente VASPR e vacina contra varicela, não havendo qualquer contra-indicação à administração das outras vacinas do PNV assim como a vacina contra gripe de sub-unidades ou vacinas conjugadas contra *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*.

De salientar ainda que a administração de anticorpo monoclonal contra vírus sincicial respiratório não interfere com a administração de qualquer vacina, tal como já foi salientado nas normas emanadas pela secção de Neonatologia da SPP, o que representa uma vantagem adicional em relação à administração de imunoglobulina contra o VRS.

No Quadro IV apresentam-se os intervalos desejáveis entre a administração de transfusões e imunoglobulinas e a vacinação contra vacinas vivas injectáveis (VASPR).

Indicação	Via	Intervalo
Ig HB	IM/IV	3m
Ig VZ	IV	5m
GV lavados	IV	0m
Concentrado GV	IV	5m
Sangue total	IV	6m
P l a s m a / plaquetas	IV	7m
Ig RSV	IV	9m
Ig IV	IV	8-11m

O futuro da vacinologia neo-natal passará pela imunização da mulher em idade fértil com vacinas que tenham a potencialidade de aumentar os anticorpos do recém-nascido contra agentes ainda comuns neste grupo etário e condicionantes de uma morbidade não negligenciável, estando neste momento em estudo vacinas que possam prevenir a doença contra *Streptococcus B*, VRS, CMV, VHS₁ e VHS₂.

Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 24th edition 1997

Quadro IV

Bibliografia

1. Programa Nacional de Vacinação, Direcção Geral da Saúde, 2000, Orientações técnicas nº 10.
2. Administração do anticorpo monoclonal anti-vírus respiratório sincicial (*Palivizumab*) – secção de neonatologia da SPP – Circular Informativa da Direcção Geral da Saúde nº 24/DSMIA de 09/10/01
3. Leça-Pereira, Ana – novas vacinas, comunicação pessoal, 2001 e 2002
4. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 24th edition 1997
5. Vaccines, Plotkin, Orenstein, W.B. Saunders Company, 3rd edition, 1999
6. Infections in immunocompromised infants and children, Christian C. Patrick, Churchill Livingstone, 1st edition, 1992
7. Neonatal and early life vaccinology, Claire-Anne Siegrist, Vaccine 19 (2001) 3331-3346

Ao longo das civilizações o cordão umbilical tem sido envolto numa áurea mística que chegou aos nossos tempos. Este misticismo resulta da sua conhecida relação com a vida e da sua reconhecida implicação na morte. Causa de vida, enquanto fonte da mesma, na condição de feto; causa de morte, enquanto fonte potencialmente infecciosa, na condição de recém-nascido (RN).

Este risco potencial justificou a necessidade de “cuidar” do coto umbilical, que também chegou até à actualidade. Os cuidados têm evoluído temporalmente, inicialmente ao sabor dos usos e costumes e desde meados do século passado à luz do que os conhecimentos científicos vão ditando. E na actualidade? Na actualidade não há consenso sobre quais são os melhores cuidados a prestar ao coto umbilical e por isso a diversidade de actuações a nível internacional, constatadas em publicações recentes¹⁻³. A nível Nacional esta diversidade também foi verificada num inquérito realizado a algumas Instituições com maternidade⁴.

Com a intenção de fazer um ponto de situação dos cuidados a prestar ao coto umbilical, em RNs de termo saudáveis que permaneçam junto da mãe, revisitamos este capítulo da puericultura. Para o efeito e com base nas evidências disponíveis procurou-se responder a duas perguntas.

Porquê tratar do coto umbilical ?

Com quê? Apurar o tópic(o)s, cuja(s) especificidade(s), reuna(m) unanimidade de utilização.

Porquê ?

História

É conhecida a relação do tétano e infecção sistémica com a colonização/infecção bacteriana do umbigo. Em relação ao tétano neonatal e nos países desenvolvidos, conseguiu-se uma redução drástica da sua incidência, com a administração do toxoide tetânico à grávida e com o recurso ao chamado parto limpo e ao uso de assepsia no corte e cuidados posteriores do cordão umbilical. Já a incidência de infecção bacteriana, na ausência de imunização específica, ficou dependente dos outros cuidados. Com eles assistiu-se no primeiro quarto do século passado, a uma redução importante na sua incidência. Entretanto na década de 1940-50 assiste-se a uma recrudescência a nível hospitalar. Esta foi coincidente com a mudança de atitude nas

maternidades que, para facilitar os cuidados, separavam os RNs da mães internando-os em enfermarias. Desta forma o risco de infecções nosocomiais e infecções cruzadas entre os lactentes aumentou acentuadamente. O principal agente infeccioso era o estafilococo aureus e o umbigo foi detectado como um seu importante reservatório⁵. Este facto condicionou a conduta do uso profilático de antisépticos/antimicrobianos tópicos, na tentativa de “esterilizar” o umbigo que, com evoluções nos produtos usados, chegou até nós⁶⁻⁹.

Especificidades/Riscos¹⁰⁻¹²

O cordão umbilical é o primeiro local do RN a ser colonizado. Esta colonização é influenciada principalmente pelo tipo de parto, flora materna, prestadores de cuidados e, na eventualidade de necessitar de cuidados diferenciados, pelo local de internamento. Na ausência desta eventualidade os organismos prevalentes nestes primeiros dias são: estafilococos coagulase negativos, difteroides e bacilos entéricos gram negativos (incluindo E. Coli),...Esta colonização, um tecido em processo de desvitalização, que o torna num excelente meio de cultura microbiano e vasos umbilicais recentemente trombosados, que permitem acesso directo à corrente sanguínea, transformam o umbigo numa potencial ameaça no despoletar de infecções.

As infecções de origem umbilical podem ser localizadas (onfalite), ou tornarem-se generalizadas com elevado risco de vida (fascíte necrotizante, peritonite, sepsis, êmbolos sépticos,...).

Os mecanismos que levam a colonização do cordão a progredir para infecção são mal conhecidos. Esta tem uma idade média de apresentação de cerca de 3.2 dias.

Os sinais da sua presença em fase inicial são pouco sensíveis (1/3 de RNs com sépsis de origem umbilical sem sinais locais) e específicos (descarga serosa/hemática/cheiro fétido/rubor).

Será de lembrar que durante o normal processo de queda do cordão, pequenas quantidades de material mucóide podem-se colectar na superfície de separação. Este facto pode ser confundido com pus e o coto pode ter uma aparência húmida, dura e malcheirosa. O inverso também é verdadeiro. Nesta situação é conhecido que a progressão de uma exsudação umbilical para celulite e posteriormente para fascíte, é um processo inicialmente muito subtil, mas pode ser incrivelmente rápido, com um curso galopante de sépsis fulminante

e falência multiorgão^{13,14}. Desta forma, a dificuldade em distinguir fácil e claramente, um processo normal de cicatrização de uma infecção em início, condiciona elevada ansiedade e inerente apetência por “tratar”.

São a História e as especificidades/riscos do umbigo, que norteiam o uso de antisépticos/antimicrobianos tópicos profilácticos, com intenção de reduzir a taxa de colonização e consequentemente reduzir o risco de infecções.

Com quê ?

São muitos os antisépticos/antimicrobianos que ao longo dos anos têm sido usados. Os referenciados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹² e por ordem alfabética são: álcool a 70º, antibióticos tópicos (bacitracina e nitrofurazona), chlorohexidina, corante triplo (verde brilhante, hemissulfato de proflavina, violeta de genciana), iodopovidona, pó talco com óxido de zinco, sulfadiazina de prata a 1%, tintura de iodo a 2% em solução alcoólica, violeta de genciana a 0.5% em solução aquosa.

Será de referir que só os sublinhados fazem parte da sua lista de medicamentos e portanto têm o seu aval para eventual utilização. O hexaclorofeno, não referido nesta lista, foi abandonado pela sua associação com neurotoxicidade³.

Comentando alguns destes produtos^{3,8,12,15}

- álcool a 70% - não promove a secagem, efeito antibacteriano menor que os outros antimicrobianos e atrasa a queda do cordão. Não é assim apropriado para limpeza ou aplicação de rotina no cordão umbilical.
- chlorohexidina - atrasa a queda do cordão condicionando cuidados médicos adicionais. Preço elevado. Bom espectro antibacteriano. O seu uso foi associado com um aumento de culturas puras de bactérias gram negativas.
- violeta de genciana - dados escassos no uso dos cuidados do cordão.
- iodopovidona - supressão moderada reversível da função tiroideia. Alergias.
- corante triplo - eventuais efeitos carcinogénicos.

Assim é constatável que não existe uma clara vantagem de cada um destes tópicos “per si”. Se a este facto juntarmos que o seu uso modifica a flora da pele do RN, podendo conduzir à emergência de estirpes resistentes^{11,12,15}, interroga-se se a sua utilização seja rotineiramente necessária ou eficaz².

Então que cuidados com o cordão?

A OMS¹² refere que, não há ainda uma resposta cabal para a questão de quais são os melhores cuidados com o cordão. No entanto recomenda que se após um parto hospitalar, o RN ficar junto mãe e esta for a principal prestadora de cuidados e se existe uma taxa baixa de infecções cutâneas, a aplicação de antisépticos não será necessária.

Desta forma as atenções a ter com o cordão serão as de limpeza, secagem e vigilância. Esta conduta pode ser resumida da seguinte maneira:

- Lavagem criteriosa das mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados.
- Limpeza do coto umbilical e da pele adjacente sempre que se suje com fezes ou urina. Usar água tépida e sabão suave não perfumado. Secar o cordão e pele adjacente com gaze esterilizada após estas manobras.
- Manter o cordão seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas.
- Apertar a fralda abaixo do umbigo.
- Após a alta a mãe deverá vigiar: presença de zona “avermelhada” ao redor do umbigo, mau cheiro, corrimento e sangramento. Se presentes deve recorrer de imediato a cuidados médicos.
- Após a queda manter os mesmos cuidados.

A amamentação ao peito e o encorajamento do contacto pele com pele entre mãe e RN, para promover a colonização deste com bactérias não patogénicas, complementarão as medidas para redução do risco de infecções do cordão.

Esta conduta foi abalizada numa revisão de dados da Cochrane¹⁶ cujo objectivo foi o de verificar os efeitos, na prevenção da infecção umbilical, doença e morte, do uso de antimicrobianos tópicos nos cuidados do cordão. Os revisores concluíram: manter o cordão limpo parece ser tão efectivo e seguro com usar antibióticos ou antisépticos.

Apesar destas orientações terem na actualidade algum consenso e parecerem pertinentes, a cessação dos cuidados do cordão com antibacterianos tópicos, deve ser acompanhada por vigilante atenção aos sinais e sintomas iniciais de onfalite¹⁷.

Desta forma claras instruções deverão ser dadas à mãe enquanto prestadora de cuidados e elemento vigilante do eventual aparecimento de complicações, no processo de cicatrização. Assim, na sua eventual presença, ela recorrerá a cuidados médicos de forma pronta.

Bibliografia:

1. Baley J, Fanroff A . Neonatal infections.Part 1:Infection related to nursery care practices.In: Sinclair J.Bracken M.eds.Effective Care of Newborn Infant. New York: Oxford University Press.1992:454-76
2. Walker C. Care of umbilical cord after birth: a limited review of recent literature. Paediatr Child Health. 1999;4: 105-7
3. Siegfried E, Shah P . Skin care practices in the neonatal nursery: a clinical survey. J Perinatol. 1999;19:31-9
4. Caetano A, Borges L. Comunicação pessoal. Maternidade Dr Daniel de Matos. 2002
5. Gilletie W, et al. Staphylococcal infection in a maternity hospital ; epidemiology and control. Lancet.1958;2: 1075-80
6. Johnson J, et al. A sequential study of various modes of skin and umbilical care and the incidence of staphylococcal colonization and infection in the neonate. Pediatrics.1976;58:354-61
7. Speck W, et al. Effect of antiseptic cord care on bacterial colonization in the newborn infant. Chemotherapy. 1980;26(5):372-6
8. Verber I, Pagan F . What cord care-if any ? Arch Dis Child. 1993;68:594-6
9. Pezzati M, et al. Umbilical cord care: the effect of eight different cord-care regimens on cord sepeation time and others outcomes. Biol Neonate. 2002; 81:38-44
10. Klein J, Marcy S. Bacterial Sepsis and Meningitis. In Remington & Klein eds. Infectious Disease of the Fetus & Newborn Infant Remington. Philadelphia: W B Saunders Company.1995:835-90
11. Marcy S, Overturf G. Focal Bacterial Infections. In Remington & Klein eds. Infectious Disease of the Fetus & Newborn Infant Remington. Philadelphia: W B Saunders Company.1995:935-79
12. World Health Organization. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva,WHO,1998
13. Samuel M, et al. Necrotizing fasciitis: a serious complication of omphalitis in neonates. J Pediatr Surg.1994;29: 1414-16
14. Hsieh W, et al. Neonatal necrotizing fasciitis: a report of three cases and review of the literature. Pediatrics.1999;103:e53-8
15. Perapoch J, et al.Umbilical colonization in normal newborns. A comparative study of 4 methods for umbilical antiseptis. An Esp Pediatr.1993;39:195-8
16. Zupan J, Garner P. Topical umbilical cord care at birth. The Cochrane Database of Syst Rev. 2000;(2): CD001057
17. Janss P, et al. To dye or not to dye : A randomized, clinical trial of a triple dye/alcohol regimen versus dry cord care. Pediatrics. 2003;111:15-20

DISPLASIA BRONCOPULMONAR

O Que Há de Novo

Hercília Guimarães

O termo displasia broncopulmonar (DBP) foi introduzido em 1967 por Northway, para descrever as características clínicas, patológicas e radiológicas dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) com Síndrome de Dificuldade Respiratória grave tratados com ventilação mecânica.

Actualmente são duas as definições de DBP: a de Bancalari, definida pela necessidade de O_2 aos 28 dias de vida (ventilação com pressão positiva na primeira semana de vida, clínica de compromisso respiratório persistindo para além dos 28 dias de vida, necessidade de O_2 suplementar aos 28 dias de vida para manter a PaO_2 acima de 50 mmHg e anomalias documentadas na radiografia pulmonar) e a de Shennan, pela necessidade de O_2 às 36 semanas de idade pós-concepcional.

A prevalência da DBP é dependente da idade gestacional. Ela é de 25% aos 28 dias de vida e de 10% às 36 semanas de idade pós-concepcional, nos recém-nascidos pré-termo (RNPT) com idade gestacional inferior a 32 semanas, e de 70% aos 28 dias e 20% às 36 semanas, nos RNPT com menos de 28 semanas de idade gestacional. O risco é maior nos recém-nascidos com menos de 30 semanas e leves para a idade gestacional.

Em Portugal surgem em média cerca de 150 novos casos por ano. Entre 1996 e 2000 registaram-se 776 casos o que corresponde a cerca de 22% do total de recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), se considerarmos a dependência do O_2 aos 28 dias de vida (Registo Nacional de RNMBP - dados não publicados).

Ainda na análise dos casos de DBP do registo nacional dos RNMBP verificou-se não haver diferenças na morbilidade na alta e aos 3 meses, quando que se avaliam os RN com dependência de oxigénio aos 28 dias e às 36 semanas.

No entanto, acreditando que a gravidade da DBP possa estar relacionada com a duração da dependência do oxigénio, julgamos importante manter as duas definições de DBP dado que uma avaliação destas crianças em idade escolar poderá permitir encontrar diferenças, particularmente a nível respiratório ou intelectual.

Todos temos a noção de que actualmente se assiste a uma diminuição da DBP nos RNPT com idade gestacional superior a 28 semanas e a um desvio da sobrevida com DBP para os RNPT de peso cada vez menor e de idade gestacional cada vez mais jovem.

O termo “nova DBP” surge nos últimos anos, para significar que houve uma modificação nesta entidade nosológica.

Observa-se, na “nova DBP”, uma paragem do desenvolvimento pulmonar com hipoplasia alveolar e vascular. Os RNPT com 24 - 28 semanas estão no início da alveolarização e do desenvolvimento do leito capilar pulmonar quando nascem, o que explica que, na era do surfactante, os RNPT com DBP tenham alvéolos maiores e em menor número, com menos fibrose e inflamação que no passado.

A “nova DBP” difere da “velha DBP” pela localização das lesões e pelas características histopatológicas do aparelho respiratório. Comparada com a “velha DBP”, a “nova DBP” desenvolve-se nas crianças nascidas em idades gestacionais mais jovens, portanto com pulmões menos maduros, resultando assim em lesões pulmonares mais distais. Há alteração das vias aéreas, hipoplasia alveolar, mas as lesões a nível brônquico são mínimas.

Isto explica que a designação DBP actualmente esteja desactualizada, e deva ser substituída por doença pulmonar crónica da prematuridade (DPCP), onde o termo “bronco” é omitido e se dá ênfase à cronicidade da patologia.

A DBP é agora a doença mais frequente nos RNPT com peso inferior a 1000 gramas (78% nalgumas séries).

Cerca de 35 anos depois sabemos como estão os adultos com DBP dos finais da década de 60 e na década de 70. Desconhecemos com estarão na idade adulta os actuais doentes com DPCP, mas pelas características histopatológicas poderemos antever que estejam pelo menos tão doentes quanto os primeiros. Houve, no entanto, um ganho, dadas a maior sobrevida sem DBP.

Actualização da função pulmonar destes doentes tem vindo a despertar um interesse crescente nos últimos anos, na criança com DBP, tendo-se desenvolvido técnicas que permitem efectuar o estudo longitudinal das curvas débito/volume em todos os grupos etários. Contudo, actualmente ainda não se recomenda por rotina a sua realização nos doentes com DBP.

O diagnóstico baseia-se na radiografia pulmonar e na dependência do O_2 , sendo no seguimento destes doentes fundamental a monitorização da saturação do O_2 durante o estado de alerta, no sono e no esforço, pe., nas mamadas e no banho.

A hiper-reatividade brônquica existe nalguns doentes com DBP, parecendo ser inespecífica e portanto relacionada com a agressão da ventilação mecânica. O papel da atopia ou alergia nestes doentes tem demonstrado resultados contraditórios na literatura.

Apesar de na história natural da DBP se assistir a uma melhoria franca do quadro clínico respiratório nos primeiros anos de vida destas crianças, não há tratamento eficaz, procurando a comunidade científica um anti-inflamatório potente que bloqueie o processo inflamatório existente nesta patologia de etiologia multidisciplinar.

Os corticoides pré e pós-natais tão utilizados e discutidos devem ser ministrados criteriosamente. Em pré-natal os estudos apontam para as vantagens da betametasona, dados os efeitos deletérios a nível cerebral e do desenvolvimento psicomotor da dexametasona, e em pós-natal só devem ser usados pontualmente nos casos graves.

Procura-se ainda o anti-inflamatório mais eficaz e sem efeitos secundários para tratar estes doentes.

Estudos recentes, e refiro-me entre outros aos trabalhos do Professor Rangasamy Ramanathan, presente no Encontro Internacional de Neonatologia da Maternidade Dr Alfredo da Costa, em Novembro último, que nos mostram a eficácia do “caril indiano” no processo inflamatório pulmonar da DBP. Será o “caril indiano” o futuro ? Quem sabe!

Referências bibliográficas

- . Bancalari E, Abdenour GE. Bronchopulmonary dysplasia:clinical presentation. J Pediatr 1979;95:819-23.
- . Coalson JJ, Pathology of chronic lung disease of early infancy. In: Bland RD, Coalsom JJ editors. Chronic lung disease in early infancy.2000:85-124.
- . Commitee on fetus and newborn. Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants. Pediatr 2002;109(2):330-8.
- . Davis PG, Thorpe K et al: Evaluating “old” definitions for the “new” BPD. J Pediatr 2002;140:555-60
- . Glucocorticoid therapy in fetus na newborn. Seminars in Neonatology 2002.
- . Jobe AJ. The new BPD : An arrest of Lung Development.Ped Res 1999;46(6):541-3.
- . Makland IR:Neonatal lung injury and “new BPD”: Need for a new terminology. J Pediatrics 2002:150.
- . Northway WH. Bronchopulmonary dysplasia:Thirty Three Years Later. Ped Pulmonol 2001:23:5-7.
- . Northway WH, Rosan RC et al. Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline membrane disease: bronchopulmonary dysplasia. N Engl J Med 1967;276:357-68.
- . Shennan AT, Dunn MS. Abnormal pulmonary outcomes in premature infants: prediction from oxygen requirements in the neonatal period. Pediatrics 1988;82:527-32.
- . Talmaciu I, Ren CL et al. Pulmonary Function in Thechnogy-Dependent Children 2 years and Older with Bronchopulmo-nary dysplasia. Ped Pulmonol 2002:33:181-8.

“O que é que o meu bebé consegue ver”? Esta é a pergunta clássica que todos os pais fazem aos Pediatras e aos Oftalmologistas. Durante anos o único método para determinar se uma criança “já via” era verificar se ela seguia uma luz ou um objecto.

Nos últimos anos desenvolveram-se métodos que nos permitem determinar a acuidade visual dos bebés.

Os principais são o método do olhar preferencial, que se baseia na nossa observação do comportamento do olhar da criança, quando deparada com objectos com uma frequência espacial sucessivamente menor, o método do nistagmo optocinético, que se baseia na observação dos movimentos que o olho da criança faz, quando em presença de objectos de determinada frequência espacial colocados em rotação à frente dos seus olhos, e o método dos potenciais evocados visuais padronizados, em que se regista a resposta electrofisiológica do cortex visual, a um determinado estímulo ocular.

Importa todavia realçar, que quer ao neonatologista quer ao oftalmologista, interessa muito mais determinar não a acuidade visual da criança, mas antes se esta tem boas condições anatómicas para poder ver. Por isso é importante verificar se a córnea está transparente e brilhante, ou se está baça ou com opacidades e estrias, como acontece nas diversas formas de glaucoma congénito; determinar se a área pupilar é negra ou esbranquiçada (o que designamos por leucocória, e que significa que há uma catarata ou um tumor, um vitreo primário hiperplástico ou qualquer outra lesão por detrás do cristalino); verificar se a pupila reage bem a luz e finalmente observar com o oftalmoscópio o nervo óptico e a retina.

No que respeita às crianças prematuras, levanta-se frequentemente a questão de saber se a determinação da sua acuidade visual deve ser comparada com os padrões para crianças de termo com a mesma idade pós-natal ou se com os padrões para crianças com a mesma idade corrigida da criança prematura. A evidência actual da literatura, vai no sentido de que o desenvolvimento da acuidade visual do prematuro deve ser determinado tendo em conta a sua idade pós-termo, em lugar da idade pós-natal, sabendo-se que o desenvolvimento da acuidade visual no prematuro é inferior à das crianças de termo da mesma idade pós-natal, mas semelhante à das crianças de termo se se tiver em conta a idade corrigida.

Todavia, há alguns factores de risco adicionais para as crianças prematuras, que têm de ser tidos em consideração. Com efeito, além da retinopatia

da prematuridade, que como é sabido pode assumir diversos graus evolutivos, o mais grave dos quais é o descolamento da retina com a consequente cegueira, têm sido referidas uma maior incidência de alterações refractivas e da motilidade ocular. Ora, quer as alterações refractivas como a miopia, a hipermetropia, o astigmatismo e a anisometropia, quer o estrabismo, são entidades que impedem que o cortex visual que está em desenvolvimento, receba impulsos nervosos que gerem imagens nítidas e por conseguinte são factores que podem provocar ambliopia. Este termo pode ser definido como um decréscimo unilateral ou bilateral da acuidade visual, causado por privação sensorial da visão ou por uma interacção binocular anormal (estrabismo), que em determinados casos é reversível se detectada precocemente e se usados os meios terapêuticos adequados. Daqui resulta a importância do seguimento muito cuidadoso destas crianças.

No nosso Hospital, em estudo retrospectivo efectuado recentemente em 84 prematuros nascidos com peso inferior a 1500 gramas e seguidos durante 3 anos, verificámos que além de 8,3% possuírem uma retinopatia da prematuridade, acima do estadio 2 e 2,4% terem alterações cicatriciais da retina, 15% destes prematuros vinham a desenvolver um estrabismo e 50% tinham alterações refractivas, incluindo 27% de crianças com astigmatismo superior a 0,5 dioptrias. Por todos estes motivos recomendamos que as crianças prematuras sejam vigiadas durante os 3 primeiros anos de vida, que sendo uma fase importante da maturação do cortex visual nos permite instituir terapêuticas que revertam a ambliopia.

Importância da Alteração de Práticas na Diminuição do Número de Episódios de Septicemia em Recém-nascidos com Cateter Central

Rita Ventura, Vicência Pacífico, Cristina Friaças e Sofia Nuno

As características próprias de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), particularmente as dos seus doentes e patologias, implica que a presença de cateteres centrais seja uma realidade quase banal no nosso quotidiano. No entanto, a par dessa “quase banalidade”, deve existir a preocupação da prestação de cuidados de qualidade, o que implica que se questione a forma como são feitos alguns procedimentos e o seu porquê, tentando sempre melhorar.

A manipulação e manutenção de cateteres centrais são disso um exemplo.

A existência de uma taxa elevada de episódios de septicemia em recém-nascidos com catéter central e o desejo de poder contribuir para alterar esta situação, motivou e envolveu toda a equipa de enfermagem na mudança de procedimentos que, na altura, foram considerados poder contribuir para a redução dessa taxa.

Assim, até Março de 2000, a prática corrente, consistia em:

- Técnica limpa na preparação de perfusões
- Torneiras de três vias ligadas directamente ao cateter e colocadas dentro da incubadora
- Conexões em campo aberto
- Penso diário

Com estes procedimentos, registaram-se em 1995, 18,5 episódios de septicemia por 1000 dias de catéter.

No decorrer do ano de 2000, foram introduzidas algumas modificações, resultantes quer da troca de experiências com elementos da UCIN do Hospital Gregorio Marañon, num Workshop realizado no hospital de Dona Estefânia, quer pela pesquisa feita por elementos da equipa de enfermagem.

Assim, passámos a:

- Utilizar técnica asséptica na preparação de todas as perfusões de modo a reduzir ao mínimo as probabilidades de contaminação.
- Proteger filtro e torneiras com campo estéril.
- Filtro e torneiras passaram a ficar colocados fora da incubadora de modo a evitar a sua permanência num meio quente e húmido, altamente favorável à proliferação de microorganismos. Para isso, passou a ser colocado um prolongamento⁽¹⁾ entre o catéter e o final do sistema de soro. Esta

metodologia condicionou por outro lado que a manipulação para administração de fármacos, passasse a ser feita longe do local de inserção do catéter.

- Proteger a ligação do cateter ao prolongamento com penso estéril⁽²⁾ o que permite visualizar eventuais desconexões.
- Pulverizar as conexões com solução alcoólica⁽³⁾ antes e depois de cada utilização
- O penso no local de inserção do catéter⁽⁴⁾ passou a ser substituído de 72/72 horas ou em SOS com o objectivo de reduzir ao mínimo indispensável a exposição do local.

Com estes procedimentos, o número de episódios de septicemia foi reduzindo substancialmente - 3,9 episódios por 1000 dias de catéter, no ano de 2002.

Concluindo, pensamos que a reflexão sobre a prática e a procura de soluções face aos problemas identificados, nos levaram a introduzir alterações profundas nos procedimentos. A análise dos resultados, validou a adequação das medidas adoptadas.

1. Prolongamento de 150 cm, com capacidade para 2cm; opaco no caso de alimentação parentérica ou aminas.
2. Penso feito com compressa pequena, dentro de papel celofane, esterilizado em manga.
3. Desinfecção das conexões com spray de solução alcoólica, preconizado pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar.
4. Penso no local de inserção do cateter, feito com penso transparente com compressa; local de inserção desinfectado com solução alcoólica iodada 1%. O penso é feito de 72/72 horas para cateteres tipo Broviac e percutâneos. Nos cateteres epicutâneo-cava o penso é feito apenas em SOS.

Próximas Reuniões

XXXI Jornadas da Secção - 26, 27 e 28 de Novembro de 2003 - Hospital Nossa Senhora da Oliveira - Guimarães

Consensos em Neonatologia

Temas: Anemia, Hiperbilirrubinémia, Hipotensão, Ética, Limites de Viabilidade, Ventilação Neonatal, CPAP Nasal, Infecção Neonatal, Tiróide e R.N., Nutrição, etc., etc...

Hot Topics - 7 a 9 de Dezembro de 2003 - The Omni Shoreham Hotel, Washington, DC.

Caro Sócio. Este Boletim é Seu!

Ficará muito mais interessante com o seu artigo, história, imagem, opinião, crítica ou sugestão.

Escreva-nos para:

Direcção da Secção de Neonatologia da SPP
Maternidade Dr. Daniel de Matos
Rua Miguel Torga
3030 - 165 Coimbra
e-mail: vmartins@mail.telepac.pt

Colaboraram neste número

Ana Jorge - Directora de Serviço de Neonatologia - Hospital Garcia de Orta - Almada

Ana Leça - Assistente Graduada de Pediatria - Hospital D. Estefânia - Lisboa.

Cristina Friças - Enfermeira -- Hospital D. Estefânia - Lisboa

Hercília Guimarães - Directora de Serviço de Neonatologia- Hospital S. João - Porto.

Jorge Breda - Assistente Graduado de Oftalmologia - Hospital S. João - Porto.

Mario Branco - Assistente Graduado de Neonatologia - Maternidade Dr. Daniel de Matos - Hospitais da Universidade de Coimbra. - Coimbra

Rita Ventura - Enfermeira -- Hospital D. Estefânia - Lisboa.

Sofia Nuno - Enfermeira -- Hospital D. Estefânia - Lisboa

Valdemar Martins - Asssistente Graduado de Neonatologia - Maternidade Dr. Daniel de Matos - Coimbra.

Vicência Pacífico - Enfermeira -- Hospital D. Estefânia - Lisboa

