



ISSN 1645-264X

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

nº 18

Inverno 2001

Ano VI

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

Editorial

A Secção de Neonatologia da S.P.P. comemorará em breve o seu 18º aniversário.

Progressiva e decididamente, a neonatologia portuguesa foi crescendo, quer quantitativa, quer qualitativamente. Os meritórios resultados alcançados são o produto do esforço, dedicação e perseverança das sucessivas direcções da Secção, dos responsáveis, das equipas de médicos e enfermeiros das diversas Unidades de Neonatologia e Serviços de Pediatria, enfim do carinho, esforço e empenho que todos os colegas têm dedicado ao recém nascido.

A nossa aprendizagem foi-se construindo sobre o saber feito do dia a dia dos nossos colegas mais experientes, da formação contínua que se foi levando a cabo, alicerçada na literatura, conferências, contactos com outras unidades e realidades intra e fora de portas, mas sobretudo baseada no entusiasmo de uma especialidade nova.

Muito ainda há (sempre) por fazer; um dos temas prioritários será o do auditoria do nosso próprio trabalho, pela recolha e análise dos dados do seguimento dos recém nascidos de alto risco.

É necessário partilhar a nossa realidade, quer os sucessos, quer as dificuldades e as limitações. Tal partilha poderá ser objectivada pela adesão das nossas Unidades às embrionárias, mas promissoras redes perinatais europeias *Euroneonet* e *European Union of Peri Neonatal Societies*.

A formação deverá constituir outro motivo de reflexão para todos nós. Para além da preocupante falta de recursos humanos, sentida já, e com evolução no curto e médio prazo altamente problemática, dever-se-ão redefinir métodos e tempos de aprendizagem, reformular objectivos e programas.

Mais ou menos divorciada, sempre recordada como doce utopia, o calcanhar de Aquiles de Neonatologia (Medicina?) Portuguesa, a Investigação deverá ser encarada séria e resolutamente. Não só investigação clínica, mas também investigação básica. Aos formandos deverá ser pedido curricularmente tal experiência, aos formadores deverá exigir-se-lhes o reconhecimento e valorização adequados dessa necessidade.

Estes são alguns temas que a nova direcção da Secção gostaria de partilhar consigo.

Acreditamos que a sua colaboração empenhada, franca e aberta irá tornar possível uma melhor e maior neonatologia.

Para todos, para si, um Bom Ano de 2002

Valdemar Martins

Neste Número

<i>Infecção Bacteriana Neonatal de Origem Materna</i>	<i>2</i>
<i>Reuniões & Companhia</i>	<i>4</i>
<i>Um mocho entre as cegonhas</i>	
<i>Jornadas de Neonatologia</i>	
<i>Hot Topics- I</i>	
<i>Jogar com a Manca</i>	<i>5</i>
<i>Hot Topics - II</i>	<i>8</i>
<i>Qualidade dos Cuidados Neonatais em Portugal</i>	<i>9</i>
<i>Irá Acontecer</i>	<i>10</i>

Infecção bacteriana neonatal de origem materna

Estudo multicêntrico da Secção de Neonatologia da SPP

M. T. Neto, M. Serelha, A. Nunes, O Guerreiro, A. C. Braga, C. Lemos, E. Afonso, C. Carvalho, M. Mateus, H. Carreiro, J. M. Garrote, T. Costa

Hospitais - Dona Estefânia, S. Francisco Xavier, Stª Maria, Maria Pia, S. João, Fernando Fonseca.
Maternidades - Júlio Dinis, Bissaya Barreto, Daniel de Matos, Alfredo da Costa.

Introdução: A infecção de origem materna é uma importante causa de morbidade e mortalidade no período neonatal. Classicamente, as *Enterobacteriaceae* eram consideradas os agentes mais frequentes da infecção neonatal de origem materna, até a bibliografia anglo-saxónica começar a referir o *Streptococcus* do grupo B (SGB) como um agente causal de importância crescente. Em Portugal não só era desconhecida a incidência deste tipo de infecção como também os agentes mais frequentemente envolvidos. Numa tentativa de lançar alguma luz sobre este assunto a Secção de Neonatologia da SPP levou a efeito um estudo prospectivo multicêntrico, nos anos de 1999 e 2000 englobando 10 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), cujos resultados aqui se apresentam.

Material e Métodos: O estudo seguiu o protocolo testado num estudo retrospectivo previamente realizado. Duas das UCIN que participaram no estudo no ano de 1999 não participaram no ano de 2000 e foram substituídas por duas UCIN diferentes. Foram englobados todos os recém-nascidos (RN) com sinais clínicos de sépsis e parâmetros hematológicos sugestivos de infecção bacteriana, quer a hemocultura fosse positiva quer fosse negativa, RN com meningite e RN com pneumonia. Pela dificuldade de diagnóstico no período neonatal

e discrepância de critérios de diagnóstico entre as várias unidades não foram incluídos os casos de infecção urinária quando não acompanhados de sinais clínicos de sépsis. Foram excluídas as infecções congénitas e as infecções víricas. Foram consideradas infecções de origem materna as que tiveram início nas primeiras 72 horas de vida e as que, tendo início depois dessa idade, foram causadas por SGB ou *Listéria* ou *Enterobacteriaceae* com sensibilidade aos antibióticos comuns.

Resultados: Nos dois anos nasceram nas maternidades das UCIN envolvidas no estudo, 50 883 nados-vivos(NV). No mesmo período foram admitidos nas referidas UCIN 5 339 RN dos quais 400 tinham infecção que cumpria os critérios atrás referidos (7,9/1000 NV). A infecção mais frequente foi a sépsis clínica – 239 episódios (4,7/1000 NV), seguida pela pneumonia – 115 episódios (2,3/1000 NV), a sépsis confirmada – 85 episódios (1,7/1000 NV) e a meningite - 15 RN (0,3/1000 NV). A infecção de origem materna ocorreu em percentagem semelhante nos RN de Muito Baixo Peso (RNMBP) e nos RN com peso superior a 1500g – respectivamente 7,2% e 7,5%. No entanto, este tipo de infecção foi responsável por 67% dos episódios infecciosos destes últimos RN, contra 23,7% nos RNMBP.

Foram isoladas 96 bactérias nos 400 episódios infecciosos (24% de isolamentos), das quais 72% eram Gram positivo (n= 69). A bactéria mais frequentemente isolada foi o SGB (50 RN = 52% de todos os isolamentos). A *Listéria* e o *Streptococcus pneumoniae* foram isolados respectivamente em 3 RN. A *E. coli* foi causa de infecção em 16 RN (Quadro). Tanto o SGB como a *E. coli* provocaram predominantemente infecção precoce.

A letalidade foi de 4% sendo francamente superior nos RNMBP, com diferença estatisticamente significativa (8,5% vs 3%). Aliás, a maior mortalidade por infecção ocorreu no RNMBP com infecção de origem materna. O SGB foi, isoladamente, o principal responsável pelos óbitos

Isolamentos

n = 96 / 400 (24%)

Gram positivo – 69 (72%)		Gram negativo - 27	
<i>Group B Streptococcus</i>	50 (52%)	<i>E.coli</i>	16
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	<i>Klebsiella</i>	3
<i>Strep viridans</i>	2	<i>Enterobacter</i>	3
<i>Enterococcus, Strep mitis</i>	2	<i>Proteus</i>	2
<i>Strept. spp</i>	2	<i>Haemophilus</i>	2
<i>Listeria</i>	3	<i>Chlamydia</i>	1
<i>Staph aureus</i>	5		
<i>Staph. coagulase negativa</i>	2		

causados por infecção de origem materna (37,5%) e também o mais letal.

Discussão: O facto de muitos dos microorganismos de origem materna poderem causar infecção precoce ou tardia levou-nos a, como outros autores (1), denominá-la “infecção de origem materna” não atendendo ao início dos sinais de infecção. Embora mais clara, esta classificação traz alguns problemas já que, se é fácil considerar que a infecção por SGB ou *Listeria* é de origem materna, afirmar que uma infecção causada por *Enterobacteriaceae* é de origem materna poderá parecer atrevido e apenas o antibiograma nos poderá dar algum apoio nesta decisão.

Apesar de ser limitado a UCINs, admitimos que os resultados deste estudo traduzem a realidade portuguesa. No entanto, com a política de cuidados de saúde perinatal, que condiciona a transferência de RN gravemente doentes nascidos num hospital onde os cuidados de que necessita não podem ser prestados, para outro mais diferenciado, é impossível fazer estudos de incidência de infecção de origem materna, já que se contabilizam os RN infectados sem tomar em consideração o número de NV da maternidade onde nasceu. Apesar deste factor de enviesamento que poderá condicionar uma sobre-avaliação, a taxa de infecção de origem materna é semelhante à descrita por outros autores (2).

Ao contrário do esperado, a infecção de origem materna não constituiu a infecção mais frequente do RNMBP nem, sob o ponto de vista percentual, ela foi mais frequente neste subgrupo ponderal quando comparado com os RN com peso superior a 1500g. Na realidade, a principal causa de infecção no RNMBP é a infecção hospitalar.

A aparente baixa taxa de isolamento bacteriano, que tem como contrapartida uma elevada percentagem de sépsis clínica, é certamente condicionada pelo uso generalizado de antibióticos à mãe, em situações de risco infeccioso. Apesar disso, a frequência da septicémia é superior à

referida pelo Grupo Castrillo – 0,6 a 0,8/1000 (1) e a da meningite semelhante à referida por outros autores (3, 4).

Em algumas unidades a realização sistemática de estudos bacteriológicos no aspirado traqueal e em fragmentos de pulmão em casos de óbito nas primeiras horas de vida, funcionam como uma mais valia no conhecimento da etiologia da infecção, por um lado e da causa de morte por outro.

O SGB passou a ser o principal agente na infecção de transmissão vertical invertendo o clássico predomínio das *Enterobacteriaceae* que constituíram “apenas” 28% dos isolamentos. A incidência de infecção por SGB nesta população foi de 0,98/1000 NV, um valor dentro do vasto leque referido na bibliografia que se estende de 0,3/1000 a 3,7/1000 NV. A *Listeria* que tanto preocupa os neonatologistas e que condiciona a prescrição de ampicilina no esquema de antibioterapia empírica a administrar ao RN com infecção precoce, foi causa de infecção em 3 RN apenas.

O SGB causou predominantemente infecção precoce o que pode ser justificado pelo facto do estudo abranger apenas RN admitidos em UCINs. Na generalidade, nas UCIN integradas em hospitais gerais, os RN infectados vindos do domicílio são admitidos em unidades de cuidados intensivos pediátricos, não sendo portanto abrangidos pelo estudo. Este outro factor de enviesamento leva-nos a especular que, eventualmente, a frequência da infecção por SGB será maior do que a encontrada. O estudo da incidência de infecção pelo SGB em crianças com idade inferior e 90 dias, actualmente em curso sob os auspícios da Unidade de Vigilância Pediátrica da SPP irá certamente esclarecer este ponto.

A mortalidade foi relativamente baixa quando comparada com a referida pelo Grupo Castrillo – 4% vs 8,7%.

Em conclusão pode dizer-se que o interesse deste estudo é indiscutível e deve ser alargado a todas as UCIN.

Referências

1. Lopez Sastre JB, Coto Cotallo GD, Fernández Colomer B. Infecciones bacterianas de transmisión vertical. In: Medicina Neonatal y del Desarrollo. Oviedo, Universidade de Oviedo, 2001
2. Philip AGS. The changing face of neonatal infection: experience at a regional medical center. *Pediatr Infect Dis J.* 1994; 13: 1098-102.
3. Isaacs D, Moxom ER. Neonatal infections. Oxford: Butterworth—Heinemann, 1991
4. Davies PA, Rudd PT. Neonatal meningitis. London: Mac Keith Press, 1994

Reuniões & Companhia

Um mocho entre as cegonhas



A reunião luso espanhola de Neonatologia de 2001 ocorreu em Cáceres, presidida pela imagem da filha de Montezuma, o imperador azteca; a princesa casara com um fidalgo local que a terá conquistado tal como a outros aztecas, cinco séculos antes.

Alguns dos medicamentos ainda em uso (cocaína, curare) são oriundos dessa América pré-colombiana. São drogas — analgésicos e inibidores do movimento — que atenuam as reacções nociceptivas e que seriam usadas nos sacrifícios humanos rituais, que presumiam que as virtudes dos inimigos imolados poderiam ser transmitidas aos vencedores.

Na reunião, também se discutiu a eficácia de produtos de origem humana (albumina, eritropoietina, imunoglobulina) na terapêutica de outros humanos — RN em situação grave. Um dos intervenientes alertou para os perigos do afã intervencionista de parecer moderno (Fraga).

Lá fora, três cegonhas pousadas nos pináculos de S. Francisco, resistiam, em equilíbrio instável, voltadas para de onde vinha a chuva, aguardando, pacientes, que ela passasse; então, sacudiram as penas, abriram as asas e voltaram a voar.

Quantas das mais débeis, que nunca tiveram oportunidade de voar, a teriam tido se tivessem sido submetidas a esse “afã intervencionista” ?

Se fossem humanas, quantas teriam sido medicadas, com boa intenção mas sem necessidade comprovada?

H. Carmona da Mota

XXVII Jornadas de Neonatologia



Em 22 e 23 de Novembro decorreram em Lisboa as XXVII Jornadas de Neonatologia, mais uma vez caracterizadas por um assistência entusiástica e participativa.

No primeiro dia, um curso teórico prático dedicado à comunicação científica escrita e oral, com a coordenação do Prof. Neil McIntosh, transformou todos os participantes em cientistas

de excelência. Com a ressalva do exagero, realmente os convidados, Prof. Vineta Fellman, Prof. Patricia Hamilton e o Prof. Malcon Chiswich conseguem imprimir um grande dinamismo na participação de todos e de forma interactiva em revistas internacionais.

A falta de planificação da investigação científica nas estruturas hospitalares, faz com que entre nós a capacidade existente não seja muitas vezes aproveitada.

O segundo dia da reunião foi dedicado à análise da realidade nacional em relação aos cuidados perinatais, abordados pela Dra Beatriz Calado e pelo Prof. Octávio Cunha; verificámos com agrado que nos últimos 25 anos chegámos à Europa!

Pelos coordenadores dos diferentes registos em curso, nomeadamente os das anomalias congénitas, anomalias nefrourológicas, mortalidade perinatal e muito baixo peso, foram apresentados os resultados disponíveis.

Nos últimos 6 anos, em relação ao recém-nascido de muito baixo peso e através dum esforço colectivo, tem sido possível conhecer a realidade nacional e dá-la a conhecer à comunidade nacional e internacional.

Estaremos num caminho certo, não mais devotados ao nosso fatalismo e parafraseando uma citação feita provavelmente por termos sido quem fomos.

Teresa Tomé

Hot Topics 2001- I



A “Hot Topics 2001 in Neonatology” decorreu no mês de Dezembro em Washington D.C.

As palestras abriram com um painel sobre lesão cerebral com o Dr. Volpe a captar a atenção dos presentes para os últimos conhecimentos sobre a patogénese da lesão da substância branca no prematuro (leucomalácia periventricular – LPV), tendo sido demonstrado que as células precursoras da oligodendróglia, que representam o alvo celular principal na LPV, são muito sensíveis, devido à sua imaturidade e elevado conteúdo em ferro, à agressão pelos radicais livres

Continua na Pág. 7

Jogar com a manca...

Mário Branco

Quando li o estudo multicêntrico da Secção de Neonatologia da SPP sobre “ **Infecção bacteriana neonatal de origem materna** ”, cujos resultados referem o *Streptococcus do Grupo B* (SGB) como a principal bactéria (52%) isolada nos casos comprovados de infecção, lembrei-me do jogo com a manca.

Na minha terra, nos jogos de cartas, quando se joga com ou contra um parceiro imaginário, diz-se que estamos a jogar com a manca. Não está em presença física mas tem direito a lugar, a cartas e a jogar na sua vez. Um jogo par é assim possível de jogar com um número ímpar de parceiros, as regras são cumpridas por todos excepto pela manca que, não visualizando o jogo, joga as cartas às cegas, causando absurdos de surpresa, com influência nos resultados finais. Ninguém se zanga, porque o jogo é a nada e a manca vai alternando. Mas então onde entra o SGB?

O SGB é a manca da nossa actuação na prevenção da sépsis neonatal precoce. Se não vejamos...

Da teoria sabemos que: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

-É o principal responsável pela sépsis neonatal precoce com uma incidência referida de 0.7 - 3.7 casos/1000 nados vivos, com uma mortalidade geral de 5 - 20% e sequelas major em 15 - 30% dos sobreviventes de meningite.

-A sua incidência é cerca de 20 vezes mais elevada que a incidência de herpes neonatal, sífilis ou rubéola congénitas, para as quais existe uma sistematização de rastreio na grávida.

-Cerca de 10-30 % das mulheres grávidas estão colonizadas com o SGB.

-A doença invasiva estreptocócica neonatal (DIEN) precoce ocorre em 1-2% dos recém-nascidos (RNs) de mães colonizadas. Cerca de 80% acontece em RNs de termo.

-RNs de mães colonizadas com o SGB têm um risco de DIEN 29 vezes superior ao de RNs de mães com culturas negativas.

-Na presença de outros factores de risco infeccioso, os RNs das mães colonizadas têm uma incidência de DIEN 45 vezes superior.

-Os RNs de mães colonizadas e com outros factores de risco infeccioso têm uma probabilidade de DIEN 8 vezes superior à dos RNs de mães colonizadas sem aqueles factores de risco.

-A administração profiláctica de antibióticos

intraparto à mãe baseada, ou na presença de pelo menos um factor de risco (RN prévio com DIEN, bacteriúria a SGB durante a gravidez, trabalho de parto antes das 37 semanas de gestação, duração da ruptura de membranas \geq a 18 horas, febre intraparto \geq 38°C), ou na presença do SGB em cultura vaginal efectuada entre as 35-37 semanas de gestação, prevenirá 54 a 75% dos casos de DIEN com a inerente redução da mortalidade e morbilidade.

-Os resultados desta estratégia demonstraram, nos Países em que foi implementada, uma nítida redução de custos e inequívocos e indiscutíveis benefícios quer em termos de mortalidade ou morbilidade neonatal. O custo por caso prevenido foi semelhante ao registado noutros programas para prevenção de doença perinatal (Ex: Sífilis congénita).

-Que a hipótese da imunização activa, de pertinência indiscutível, aguarda aperfeiçoamentos de vária natureza que legitime o seu uso.

Da prática sabemos:...sabemos a hora da ruptura da bolsa amniótica,... sabemos da eventualidade da presença de clínica de amniotite ou de pelo menos da presença de febre materna,...sabemos que do SGB, ...do SGB..., não sabemos mesmo nada para além do que a teoria avisa e vamos ter de jogar com a manca, tentando minimizar os efeitos das suas imprevisíveis intervenções, já que o resultado final é a contar...

Reconheço as dificuldades e problemas inerentes à metodologia de implementação da profilaxia intraparto da DIEN precoce de que saliento:

- **Motivação**

-Do ponto de vista prático não é objectivamente um problema obstétrico, mas é sobre esta Especialidade que recai a quase totalidade do trabalho e responsabilidade na implementação. Terão de ser os Neonatologistas através dos números e do diálogo a “motivar” os Obstetras para a importância de uma estratégia preventiva.

- A “pequenez” dos benefícios quando se perspectiva o problema por Instituição.Ex: 3000 partos/ano; 450 grávidas colonizadas (taxa de colonização de 15%).

Conduta actual: haverá \pm 4,5 casos de DIEN precoce = \pm 0.45 óbitos/ano (mortalidade de 10%).

Estratégia da profilaxia intraparto (PIP) nas mães portadoras ou com factores de risco:

haverá ± 1 caso de DIEN precoce (redução em 75%) = ± 0,1 óbitos/ano (mortalidade de 10%). Serão submetidas a antibióticos cerca de 810 mulheres/ano (27% de grávidas com critério para PIP).

Benefícios: “ cerca de três anos para se verificar a redução de 1 óbito”

“Prejuízos” - 2430 grávidas tratadas.

Complexidades no estabelecimento e efectivação da metodologia, que terá de ter máxima eficácia para justificar os custos e meios envolvidos e adquirir o estatuto de credibilidade.

- Alteração/implementação de rotinas nos diversos níveis de prestação de cuidados. No despiste de portadoras pretender-se-á a universalidade.

- Adequação em meios humanos e materiais dos Serviços e criação de acessíveis linhas de funcionalidade entre eles.

- Investimentos iniciais eventualmente não agendados.

- **Riscos da profilaxia** ^{13,14,15,16,17,18}

- Reacções à Penicilina

- Anafilaxia fatal- 1/100.000; anafilaxia- 1/10.000

- reacções menores- 0.7-10%.

- Emergência de estirpes resistentes.

- Eventualidade de sepsis neonatais a germens

resistentes aos antibióticos profiláticos.

- **Complicações** acrescidas na orientação dos RNs, para a qual não existe total consenso.

- Cerca de 10% dos casos de DIEN precoce continuarão não preveníveis.

Consciente por um lado da injustificação e dos riscos de continuar a jogar com a manca....Mas por outro lado consciente da enorme dificuldade que é motivar e planear uma estratégia, cuja metodologia de implementação é deveras complicada pelas variáveis envolvidas, mas que provou ter benefícios indiscutíveis que ultrapassam largamente os custos...Concluo ser altura desta temática ser discutida a nível Nacional, com envolvimento das diversas Especialidades e dos diversos níveis de prestação de cuidados à grávida e RN. Desta discussão abrangente, que se pretende profundamente participada, será possível delinear alguns pontos práticos para lide do problema.

A Secção Portuguesa de Neonatologia da SPP e a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia parecem-me as entidades indicadas para a organização daquela reunião, se o tema for considerado, por quem de direito, de actualidade pertinente.

Nota: Acerca do Estrepto B, decorre no seio da Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria um projecto de investigação. Para mais detalhes consulte o "site" www.spp.pt e... PARTICIPE!

Bibliografia

- 1- Edwards M., Baker C.. Group B Streptococcal Infections. In Remington and Klein eds.. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000:1091-1156.
- 2-US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: A Public Health Perspective.MMW.R.1996;45(nºRR-7):1-24.
- 3- Schuchat A, et al. Risk factors and opportunities for prevention of early-onset neonatal sepsis: a multicenter case-control study.Pediatrics.2000;105:21-25.
- 4- Jeffery H,et al. Eight-Year outcome of universal screening and intrapartum antibiotics for maternal group B streptococcal carriers.Pediatrics.2000;106:256-63.
- 5- Schrag J,et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis.N Engl J Med.2000;342:15-20.
- 6- Benitz W, et al. Preventing early-onset group B streptococcal sepsis: strategy development using decision analysis. Pediatrics.1999;103(6).URL:[http:// www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/6/e76](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/6/e76)
- 7- Benitz W, et al. Risk factors for early-onset group B streptococcal sepsis: estimation of odds ratios by critical literature review. Pediatrics.1999;103(6). URL:<http:// www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/6/e77>
- 8- Benitz W, et al. Antimicrobial prevention of early-onset group B streptococcal sepsis: estimates of risk reduction based on critical literature review. Pediatrics.1999;103(6). URL:<http:// www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/6/e78>
- 9- Boyer K, Gotoff S. Alternative algorithms for prevention of perinatal group B streptococcal infections. Pediatr Infect Dis J.1998;17:973-9.
- 10- Cueto M, et al. Timing of intrapartum Ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. Obstet Gynecol 1998;91:112-4.
- 11- Pylipow M, et al. Selective intrapartum prophylaxis for group B streptococcus colonization: management and outcomes of newborns. Pediatrics 1994;93:631-5.
- 12- American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Disease and Committee on Fetus and Newborn. Revised guidelines for prevention of early-onset group B streptococcal infection. Pediatrics. 1997;99:489-96.
- 13- Schwartz B, Jackson L. Invasive group B streptococcal disease in adults.JAMA. 1991;266:3284.
- 14- Goodman L, Gilman A, Gilman AG, eds. - Goodman and Gilman's the pharmacologic basis of therapeutics. 8th ed.

New York: Pergamon Press, 1990.

15- Heim K, et al. Anaphylactic reaction to ampicillin and severe complication in the fetus. Lancet 1991;337:859-60.

16- Towers G, et al. Potential consequences of widespread antepartal use of ampicillin. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:879-83.

17- Mercer B, et al. Antibiotic use in pregnancy and drug-resistant infant sepsis. Am J Obstet Gynecol. 1999;181:816-21.

18- Baltimore R, et al. Early-onset neonatal sepsis in the era of group B streptococcal prevention. Pediatrics. 2001;108:1094-98.

Hot Topics 2001-I - Continuação da pág. 4

de outros factores potenciadores tais como a existência de hemorragia intra-ventricular, o glutamato extracelular que se acumula secundariamente à lesão neuronal, a existência de infecção ou inflamação materna/fetal, com produção de citocinas, poderá abrir uma porta para a prevenção da LPV com medicamentos protectores, mas que são ainda perspectivas de ensaios clínicos futuros

A Dra Petra Huppi desenvolveu técnicas de Ressonância Magnética avançada, para quantificar o desenvolvimento cortical (Quantitative 3D-MRI with image analysis) e avaliar a substância branca (Diffusion Tensor Imaging) e apresentou um trabalho mostrando comprovada redução do volume cerebral cortical e da substância branca de prematuros tratados com corticoterapia post-natal (dexametasona).

Na mesa sobre o dilema da corticoterapia foram apresentados os dados da Cochrane Database Brain Damage Evidence que analisou uma série de estudos efectuados utilizando dexametasona e concluiu que a administração post-natal de esteroides, precoce ou moderadamente precoce a VLBW, diminui o risco de doença pulmonar crónica mas que no entanto pode aumentar o risco de paralisia cerebral ou outros problemas do neurodesenvolvimento; que a terapêutica com esteroides deverá ser limitada às crianças com maior risco de desenvolver complicações pulmonares graves, administrando a dose menor e menos cumulativa possível.

O Dr. Halliday (Belfast) apresentou o OSECT Study que concluiu por uma maior segurança na utilização de budesonide inalado em relação à dexametasona mas também por uma menor eficácia. Foram também apresentadas as recomendações da Academia Americana de Pediatria em relação à corticoterapia pós-natal:

1- O uso por rotina de terapêutica com dexametasona não é recomendado.

2- A sua utilização deve ser limitada a estudos randomizados.

3- Nestes estudos é encorajada a avaliação do neurodesenvolvimento a longo termo.

4- É necessário o estudo de outros

medicamentos alternativos, anti-inflamatórios ou outros corticoides antes de poderem ser recomendados.

5- O uso de corticoide deve ser limitado a circunstâncias clínicas excepcionais e os pais devem ser informados.

No tópico sobre prevenção da displasia broncopulmonar foi focada a ventilação com CPAP nasal e Ventilação Alta Frequência Oscilatória (VAFO). Foi apresentado pela Dra Thompson (U.K.) o ensaio IFDAS, desenhado para responder à questão se a utilização de CPAP nasal precoce (utilizando Infant Flow D. S.), com

administração de surfactante, profilática ou terapêutica, é eficaz no tratamento das crianças com ou em risco de desenvolver doença de membrana hialina, como alternativa à ventilação electiva (IPPV). Embora a ventilação por CPAP nasal se tenha mostrado uma técnica segura, esta estratégia ventilatória não permitiu reduzir o tempo total de suporte ventilatório ou de casos com dependência de oxigénio aos 28 dias ou às 36 semanas.

O Dr Klerk (Nova Zelândia) discípulo da Universidade de Columbia (New York) defendeu a utilização precoce de CPAP nasal em todos prematuros (antes dos 5' de vida) e hipercapnia permissiva (PCO₂= 70 mm Hg) assegurando diminuição de incidência de Doença pulmonar crónica.

A VAFO foi revista pelo UK Oscillation Study Group num ensaio multicêntrico, utilizando vários tipos de ventilador mas principalmente Babylog da Drager e estratégia de Optimização pulmonar, e os resultados obtidos mostraram não haver aumento do risco de desenvolver anomalias cerebrais major na VAFO, mas também este tipo de ventilação não reduziu a incidência de Doença pulmonar crónica. Pelo contrário o estudo da equipa americana Sherry Courtney, David Durand et al, comparando VAFO e SIMV (com volume tidal alvo) em recém-nascidos com pesos entre 601-1200 g com dependência do ventilador após uma dose de surfactante, concluiu que a utilização precoce da VAFO melhora o prognóstico pulmonar dos VLBW, e que a VAFO não aumenta a incidência de Hemorragia intra-craniana grave



ou de leucomalácia quística.

A utilização de oxigénio no recém-nascido foi recolocada em questão. Ola Sangstad (Oslo) apresentou uma análise de trabalhos que apontam como vantajosa a *reanimação com ar ambiente*, por oposição à utilização de O₂ a 100 %. Existem poucos dados em relação a reanimações complicadas (aspiração de mecónio, asfíxia, prematuridade). A utilização de O₂ a 100 % induz a produção de stress oxidativo que persiste várias semanas e é conhecido que este pode induzir apoptose e portanto afectar o cérebro em crescimento, embora nos estudos apresentados não se tenham encontrado correlações clínicas nesse sentido.

Eunice Soares

Hot Topics 2001- II



A reunião dos “Hot Topics in Neonatology 2001” deve ser das que reúne mais neonatologistas de todo o mundo e onde durante dois dias se discutem os temas mais actuais e quentes, os TOP Topics da Perinatologia. Só para dar uma ideia dos participantes, numa das mesas houve uma sessão de perguntas electrónicas à audiência e verificámos que dos cerca de 900 inscritos, 71% eram Norte Americanos, 19% Europeus, 4% Asiáticos, 3% Americanos do Sul, 2% Australianos e da Nova Zelândia e 1% Africanos. Oitenta e cinco por cento eram neonatologistas e 9% enfermeiras e “nurse practitioner”. Em relação ao tipo de UCIN, 48% trabalhavam em unidades de tipo B (realizando cirurgias major), 28% de tipo C (com cirurgia cardíaca) e 19% de tipo A (sem cirurgia major). Só 4% dos presentes não trabalhavam numa UCIN.

Durante os 2 dias, houve várias mesas sendo impossível resumir aqui o que foi dito em todas elas (para quem estiver interessado o livro de resumos é bastante completo). Para começar o Dr Volpe entrevistou acerca da “Lesão da substância branca do prematuro” transmitindo à audiência a esperança de uma terapêutica profiláctica, baseada na fisiopatologia da lesão, eficaz e a curto prazo. A Dra Petra Hüppi expôs de seguida o risco de atraso de desenvolvimento e paralisia cerebral nas crianças submetidas a dexametasona pós-natal.

Aliás os corticoides foram omnipresentes nestes Hot Topics, sendo a mesa seguinte sobre “O grande dilema dos esteroides” moderada pelo Dr Alan Jobe. O Dr Roger Soll, acerca do uso de

corticosteroides para o tratamento e prevenção da Doença Pulmonar Crónica, e após apresentar os benefícios e riscos potenciais, concluiu que apesar de estes poderem diminuir o risco de DPC, deverão ser prescritos limitadamente, nas menores doses, e só a recém-nascidos com grandes riscos de complicações pulmonares. Houve depois a apresentação de outros trabalhos, nomeadamente Henry Halliday e o estudo OSECT.

Após um almoço que era oferecido (à americana, em caixas para se comer de pé), a mesa sobre “Prevenindo a DBP?” incidiu sobretudo sobre a aplicação precoce do CPAP nasal, o surfactante profiláctico e a Ventilação de Alta Frequência. Na mesa sobre “Terapêuticas Inuteis/Nocivas” moderada pelo Andrew Wilkinson de Oxford, foi focada a possível toxicidade do O₂ na reanimação do RN, a sua responsabilidade na Retinopatia da Prematuridade e os problemas da sua monitorização.

No segundo dia, na mesa “Variações na prática clínica- boas ou más?” para além das perguntas electrónicas à audiência sobre a actuação perante casos concretos, em que as respostas eram por vezes bem díspares, discutiram-se as diferentes abordagens da Hipertensão Pulmonar Persistente do RN. Na mesa “Novos Desafios” o Dr Isaac Blickstein obstetra israelita, pôs os pontos nos ii acerca do risco para os RN da actual epidemia iatrogénica de gestações múltiplas e da necessidade de haver um controle e redução das mesmas. O Dr Renlund começando por dizer que “One is enough!...Two is a crowd...” mostrou a excelente experiência finlandesa de transferência de embrião único, com óptimas taxas de gravidez. Comentário à parte, está na altura de iniciar esta discussão a sério em Portugal, sendo talvez uma maneira eficaz de defender tantos grandes prematuros que nos chegam às mãos.

Houve depois apresentações sobre as origens fetais das doenças do adulto, sobre novas vacinas para o RN, novas terapêuticas da sepsis neonatal e ainda uma mesa sobre icterícia e kernicterus que, como sabemos, está outra vez na moda.

Entre as apresentações havia sempre muito tempo para perguntas da audiência, por vezes muito activa e por isso muito interessante. Houve também sessão de Posters em que Portugal esteve representado com um Poster sobre RNMBP de gravidez múltipla com dados do Registo Nacional.

Dois dias antes dos Hot Topics houve a reunião do Vermont-Oxford Network em que participaram os colaboradores dos hospitais participantes no registo, de Lisboa estiveram representados a MAC, o HFF

e o HSM, tendo faltado o HSJoão do Porto, infelizmente por motivos pessoais da colega. Foi uma reunião também muito participada, onde se discutiram alguns resultados de 2000, estudos randomizados e de follow-up em curso e a nova grelha para 2002 e 2003, entre outros. Este registo tem sido muito benéfico para as Unidades nele participantes, permitindo uma comparação de dados extremamente importante para a qualidade das práticas nas UCIN.

Para os Hot Topics, foram de Portugal vários Neonatologistas de UCIN de Norte a Sul do país e ainda das ilhas, que, sem receio dos atentados terroristas, aproveitaram bem todas as sessões e o convívio bem disposto que se prolongou pela noite dentro.

Os Hot Topics 2001 foram na verdade uma reunião fantástica sobre Neonatologia, com participação de “figuras lendárias” da Pediatria como Fanaroff, Mary Ellen Avery, Nelson e Roberta Ballard entre outros, com uma organização e um número de participantes impressionantes, e last but not least, com uns Coffee Breaks tão bem conseguidos, que, com o corpo satisfeito, o espírito regalou-se com todos os ensinamentos neonatais ali servidos.

Joana Saldanha

QUALIDADE DOS CUIDADOS NEONATAIS EM PORTUGAL (PERSPECTIVA DOS CLIENTES)

António Marques

Introdução: A qualidade tem vindo a tornar-se uma prioridade no sector da saúde. Em Portugal, os desenvolvimentos recentes defendem o contrato com os serviços, para alocação de recursos, em função da qualidade avaliada pelos clientes e por agências suas representantes.

Objectivos: Conhecer a qualidade na perspectiva enunciada e estudar a sua relação com outros indicadores: de resultado (mortalidade), de estrutura (tipo de hospital e de unidade, autonomia de unidades, número de médicos e de enfermeiros e respectivas idades) e de características das inquiridas (idade, residência e habilitações literárias).

Métodos: Utilizou-se um questionário culturalmente validado para Portugal, o qual foi aplicado em trinta unidades neonatais, durante três meses e o preenchimento ocorreu após a alta. A população foi constituída por 647 mães.

Resultados dos testes de hipóteses:

- As unidades que obtiveram maiores avaliações da qualidade, ao nível de Primeiro contacto, Enfermeiros e Impressão Geral, foram as que apresentavam menor mortalidade ($p < 0,01$) - Hipótese principal do estudo.

- As unidades de cuidados intensivos e mistas obtêm as maiores avaliações em todas as dimensões, excepto na Regresso a casa, dimensão em que foi favorável às unidades mistas e às de cuidados intermédios (p variou entre 0,009 e 0,03).

- Quanto mais idosos os médicos das unidades, menor é a avaliação da qualidade que obtêm

($p < 0,005$). O mesmo sucede com os enfermeiros, excepto para o último grupo etário ($p < 0,009$).

- A idade das mães está relacionada com a avaliação da qualidade ao nível de Médicos, Enfermeiros e Pessoal/estadia. Esta relação é directa na dimensão Médicos (p variou entre 0,009 e 0,04).

- A avaliação da preparação do Regresso a casa é superior no caso das mães que residem na zona urbana ($p < 0,02$). O mesmo sucede com as mães detentoras de habilitações literárias mais altas ($p < 0,001$).

- Os médicos são avaliados de modo mais alto pelas mães com habilitações literárias mais baixas ($p < 0,04$).

Outras Conclusões:

- A qualidade em neonatologia é boa, sendo consideravelmente superior a outras avaliações em pediatria.

- Como principais razões responsáveis pelo sucesso das melhores unidades encontrámos a cultura organizacional deliberadamente voltada para os os utentes, o papel dos gestores, a existência de: médicos em exclusividade, modelos teóricos de enfermagem, protocolos de actuação e instalações com condições para a permanência dos pais.

- Os resultados revelam que a qualidade neonatal é melhor ao nível da delicadeza, confiança e disponibilidade e pior ao nível das instalações, orientação sobre visitas, tempo usado pelos profissionais na preparação da alta e participação das mães nas decisões.

Próximas Reuniões

XXVIII Jornadas da Secção - Braga, 16 e 17 de Maio de 2002

Lesão Pulmonar no Pretermo - Prevenção Possível ?

CPAP Nasal Electivo

Os Corticóides e o Pulmão

Vitamina A - Que Papel?

European Congress of Perinatal Medicine - Oslo, 19-22 de Junho. Web site: www.ecpm2002.com

Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research - Utrecht, 4-7 de Setembro. Data limite para envio de resumos: 15 de Abril de 2002. E-mail: info@statusplus.nl e e.vanginkel@wkz.azu.nl

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

António Marques - Enfermeiro Chefe do Serviço de Neonatologia da Maternidade Dr. Daniel de Matos - Coimbra

Eunice Soares - Assistente de Pediatria - Hospital D. de Faro.

Henrique C. da Mota - Professor Associado de Pediatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Chefe de Serviço de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Joana Saldanha - Assistente Graduada de Neonatologia - Hospital S. Maria - Lisboa.

Mário Branco - Assistente Graduado de Neonatologia da Maternidade Dr. Daniel de Matos - Coimbra.

Teresa Neto - Assistente Graduada de Neonatologia do Hospital D. Estefânia - Lisboa.

Teresa Tomé - Assistente Graduada de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa - Lisboa.

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

Colaboração:



Abbott Laboratórios
Divisão Hospitalar
Apartado 7520
Alfragide - 2721-854 AMADORA
Tel. 21 472 71.00
Fax 21 471 44 82