

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 1/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
2. OBJETIVOS.....	2
3. JUSTIFICATIVAS	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	4
6.1 Fatores de risco	4
6.2. Manifestações clínicas da sepse neonatal precoce.....	5
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	5
7.1 Exames laboratoriais indicados:	6
8. ABORDAGEM SEGUNDO SINTOMAS, IDADE GESTACIONAL E FATOR DE RISCO MATERNO.....	7
8.1 Recém-nascido assintomático < 34 semanas com fator de risco materno	7
8.2 Recém-nascido assintomático ≥ 34 semanas com fator de risco materno	7
8.3 RN sintomático independente da idade gestacional	8
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	8
9.1 Sepse Precoce sem Meningite	8
9.2 Sepse Precoce com Meningite.....	8
9.3 Tempo de tratamento	11
10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	11
11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	12
12. MONITORAMENTO	12
13. FLUXOGRAMAS.....	12
14. REFERÊNCIAS.....	15
15. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	16

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 2/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

1. SIGLAS E CONCEITOS

- CCIRAS: Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;
- ITU: Infecção do Trato Urinário;
- RN: Recém-Nascido;
- PCR: Proteína C Reativa;
- IIA: Infecção Intraamniótica;
- ATB: Antibioticoterapia;
- SNP: Sepses Neonatal Precoce;
- GBS: Estreptococos do grupo B;
- IAP: Antibioticoprofilaxia Intraparto;
- ITU: Infecção do Trato Urinário.

2. OBJETIVOS

- Ajudar os profissionais a reconhecerem precocemente a sepse neonatal com base nos principais fatores de risco e diferenciá-los de outros diagnósticos possíveis (exemplo: a própria prematuridade);
- Realizar monitorização adequada dos RN de risco;
- Instituir a abordagem mais atual na tentativa de reduzir o uso indiscriminado de antibióticos e minimizar a morbimortalidade neonatal.
- Indicar o tratamento precoce com base na melhor evidência disponível.

3. JUSTIFICATIVAS

A sepse é uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal. O diagnóstico e a antibioticoterapia precoce, acompanhado do manejo apropriado dos problemas metabólicos e respiratórios, podem reduzir de forma significativa os problemas relacionados com a sepse neonatal.

Apesar da gravidade, a sepse precoce é pouco frequente (0,5-1 a cada 1.000 nascidos vivos). Sendo o risco relativamente maior (6:1.000 nascidos vivos) nos menores que 34 semanas de gestação. A mortalidade se concentra nos bebês nascidos com menos de 1.500g (gramas) (75% dos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 3/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

óbitos). Particularmente entre esses bebês (muito baixo peso), deve-se determinar dentre uma minoria quais bebês são mais propensos a ter sepse precoce já que quase todos têm algum grau de instabilidade respiratória ou sistêmica, o que pode confundir com sintomas de sepse na prática.

A incidência de sepse de início precoce diminuiu principalmente devido à redução nas infecções por Estreptococos do grupo B (GBS) com o uso de profilaxia antibiótica intraparto. Ainda assim, a taxa de mortalidade é, em média, de 25%. Dessa forma, o seguimento de um protocolo por parte da equipe contribuirá para uma melhor abordagem diagnóstica e terapêutica, com redução de sua morbimortalidade, custos e tempo de internação hospitalar.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Pacientes com risco e suspeita de sepse internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-NEO), na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), no Alojamento Conjunto do Hospital da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UGD).

A **sepse neonatal precoce** refere-se à infecção do RN que se manifesta dentro das primeiras 72 horas após o seu nascimento, está relacionada diretamente a fatores gestacionais e ao parto; o comprometimento é sistêmico, e o microrganismo, quando identificável, normalmente é do trato genital materno.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

- Cabe a equipe médica das unidades avaliar o paciente e prescrever o tratamento adequado em tempo oportuno e justificar o uso dos antimicrobianos no sistema próprio, avaliar sistematicamente a resposta dos RNs e suspender a antibioticoterapia nos RNs cuja sepse for diagnóstico excluído.
- Cabe à equipe de enfermagem a administração adequada e em tempo hábil do medicamento, bem como identificação dos sinais e sintomas de alerta, na avaliação do protocolo;
- Cabe ao médico infectologista da UVS/*Stewardship* a avaliação do antimicrobiano prescrito pelo médico pediatra/neonatologista e em caso de necessidade, discutir caso a caso com a equipe médica da unidade;
- Cabe à equipe de Gerenciamento de Antimicrobianos (*Stewardship*), em conjunto com a equipe assistencial neonatal, participar nas etapas de planejamento, desenvolvimento e avaliação dos protocolos; monitorar o desenvolvimento e execução das ações previstas; consolidação dos dados, análise dos casos e acompanhamento de ações corretivas / melhorias;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 4/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

- Cabe à equipe da Farmácia, acompanhar, avaliar a prescrição medicamentosa e se necessário, contactar a equipe médica da unidade e dispensar o medicamento prescrito com segurança.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1 Fatores de risco

- Prematuridade;
- Rotura prolongada de membranas amnióticas (≥ 18 horas);
- Corioamnionite/infecção intra-amniótica ou febre materna intraparto ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
- Infecção do trato urinário materno;
- Colonização materna vaginal e/ou retal por *Streptococcus* beta- hemolítico do grupo B (GBS);
- Administração inadequada ou incompleta da antibioticoterapia profilática intraparto;
- **Relacionados ao RN:** taquicardia fetal (>180 bpm), Apgar no 5º minuto menor que 7, sexo masculino, primeiro gemelar.

Observações:

- I. A corioamnionite é o fator mais relacionado com Sepse Neonatal Precoce, principalmente nos recém-nascidos pré-termo. O diagnóstico desta condição é difícil, sendo confirmado apenas por exame anatomopatológico da placenta, o que pode demorar algum tempo. Por isso, a recomendação do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, atualmente usa-se o conceito de “Infecção intra-amniótica” (IIA) para nomear o conjunto de alterações clínicas sugestivas de corioamnionite. Os sinais de IIA são febre intra-parto $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ou febre 38 a 39°C associado ao menos 1 dos sinais: leucocitose materna, drenagem cervical purulenta ou taquicardia fetal.
- II. Na antibioticoprofilaxia intraparto (IAP) o antibiótico de escolha é a Penicilina Cristalina, sendo que a Ampicilina também pode ser utilizada satisfatoriamente. O intervalo entre a IAP e o parto deve ser de pelo menos 4 horas para que os benefícios da prática sejam atingidos (ACOG, 2019) (PUOPOLO, 2019). Indicada naquelas gestantes com cultura para GBS positiva, infecção do trato urinário ou bacteriúria assintomática por GBS ou então com histórico de infecção por GBS em gestação anterior. Caso não tenha sido realizado o rastreio ou seu resultado não seja conhecido, a IAP deve ser iniciada em gestantes com fatores de risco determinados: rotura de membranas ovulares por mais de 18 horas em gestação a termo, rotura

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 5/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

prematura de membranas de pré-termo, febre intraparto ou trabalho de parto prematuro (ACOG, 2019). (Vide PRT.CCIRAS.010 Prevenção da doença perinatal por Estreptococo do grupo B).

- III. A ITU tratada e não comprovada não é fator de risco para sepse. Pré-natal inadequado (números de consulta) não é fator de risco para sepse. Vaginose materna e bacteriúria assintomática que não seja por GBS são causas de parto prematuro, mas não são fatores de risco para sepse do RN. Diagnóstico de corioamnionite aumenta o risco de sepse precoce confirmada por cultura, mas a maioria dos bebês nascidos de mães com corioamnionite não são infectados.

6.2. Manifestações clínicas da sepse neonatal precoce

- Hipoatividade/ letargia;
- Hipotonia e convulsões;
- Instabilidade térmica (hipotermia ou hipertermia);
- Desconforto respiratório e/ou apneia, bradicardia ou taquipneia de evolução não característica;
- Hipoglicemia ou hiperglicemia;
- Intolerância alimentar (vômitos, estase biliar, distensão abdominal);
- Icterícia sem causa definida;
- Palidez cutânea;
- Instabilidade hemodinâmica;

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico precoce é difícil, principalmente nas situações de sepse neonatal precoce, porque não há teste diagnóstico definitivo; além disso, a hemocultura e demais culturas de líquidos biológicos apresentam baixa sensibilidade, contudo a confirmação se dá pelo isolamento de bactérias patogênicas em uma cultura sanguínea ou líquor.

A suspeita diagnóstica se baseará na avaliação dos fatores de risco maternos, sintomas clínicos do RN e pela coleta de exames laboratoriais.

- Infecção improvável: bebês assintomáticos ou com sintomas leves e/ou transitórios que permanecem bem com valores laboratoriais normais e culturas negativas após 36 horas a 48 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 6/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

7.1 Exames laboratoriais indicados:

- Hemocultura: deve ser obtida, preferencialmente, por punção vascular, com antisepsia rigorosa, entretanto, é possível realizar a coleta através do cateter venoso umbilical logo após a inserção do mesmo. Colher o sangue imediatamente após a suspeita de sepse, antes do início da antibioticoterapia, e antes da troca do esquema anteriormente iniciado;
- Hemograma: deve ser coletado em vigência de sintomas clínicos para aumentar o valor de predição diagnóstica;
- PCR;
- Radiografia de tórax, se sintomas respiratórios;
- Exame do líquido (punção lombar).

Conforme 10º Consenso de Suspeita de Sepse da Sociedade Ibero-Americana de Neonatologia recomenda-se que em casos de Sepse Neonatal Precoce (ou seja, recém-nascidos com menos de 72 horas de vida) a punção lombar só seja realizada no caso de suspeita de meningite e não naqueles assintomáticos (SOLA, 2020). Também não é recomendado realizar coleta de líquido em prematuros < 1.500 gramas nas primeiras 72 horas de vida pelo alto risco de hemorragia peri/intraventricular grave.

Quadro 1 - Características do líquido cefalorraquidiano em RN a termo e prematuros sem meningite bacteriana.

	Termo	Pré-termo (<1000g)	Pré-termo (>1000g)
Leucócitos	≤32	≤29	≤25
Proteína (mg/dl)	≤170	≤200	≤150
Glicose (mg/dl)	>30	>30	>30

*Punção traumática: estima-se que a proteína aumente 1mg/dL para cada 1.000 hemácias e 1 leucócito pode ser subtraído para cada 700 hemácias.

Fonte:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 7/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

8. ABORDAGEM SEGUNDO SINTOMAS, IDADE GESTACIONAL E FATOR DE RISCO MATERNO

8.1 Recém-nascido assintomático < 34 semanas com fator de risco materno

Se presença de um ou mais fatores de risco, realizar avaliação laboratorial: hemocultura, hemograma e PCR entre 12 horas e 24 horas de vida;

Coletar amostra de hemocultura e iniciar antibioticoterapia empírica;

Se exames normais, observação no hospital por 48 horas a 72 horas e alta se resultado parcial de hemocultura for negativo;

Se RN assintomático, hemoculturas parciais negativas com 36 horas a 48 horas, suspender antibióticos. Não aguardar fechamento de hemoculturas para suspender antibióticos;

Porém se exames alterados e RN ainda assintomático, apenas repetir hemograma e PCR com 48 horas de vida. Com exames alterados e sintomático, coletar nova hemocultura reiniciar Penicilina + Aminoglicosídeo, além de completar investigação diagnóstica com radiografia de tórax e líquido.

Com hemocultura positiva ou líquido alterado, modificar esquema de antibióticos para tratamento de sepse ou meningite.

8.2 Recém-nascido assintomático ≥ 34 semanas com fator de risco materno

Não iniciar antibioticoterapia.

Realizar reavaliações seriadas a cada 6 horas e observação clínica rigorosa por 48 horas (sinais vitais de 3/3 horas).

Se RN estiver assintomático e o fator de risco materno for corioamnionite, coletar hemocultura. Sem necessidade de iniciar antibiótico.

Se o RN estiver assintomático e for ≥34 semanas e < 37 semanas e o fator de risco for profilaxia GBS inadequada, coletar hemocultura. Sem necessidade de iniciar antibiótico.

Se durante reavaliações o RN apresentar sintomas, e eles forem leves, transitórios, coletar hemograma, PCR e considerar duas amostras de hemocultura.

Se a hemocultura estiver negativa em 36 a 48 horas, não há necessidade de antibiótico.

Se o RN durante as reavaliações apresentar-se doente: coletar amostras de hemocultura, hemograma, PCR e iniciar antibiótico em seguida. Se houver decisão de manter os antibióticos após 48 horas, e ainda não houver sido feita coleta de líquido, realizar a coleta do LCR e a depender do resultado, avaliar mudança no tratamento: de **Aminoglicosídeo por Cefotaxima em caso de meningite.**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 8/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

8.3 RN sintomático independente da idade gestacional

Se sintomas de sepse neonatal precoce associada a fatores de risco, coletar hemocultura e iniciar **Penicilina + Aminoglicosídeo**, completar investigação laboratorial com 12 a 24 horas de vida: PCR, radiografia de tórax, punção líquórica (quando indicado).

Com exames inicialmente normais, repetir com 48 a 72 horas de vida e se ainda normais e com melhora clínica, suspender antibióticos.

Porém, se exames de entrada alterados e sem melhora clínica e/ou com exames depois de 48 a 72 horas ainda alterados, coletar nova hemocultura e considerar troca de antibióticos.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Deve ser guiado com os resultados de antibiogramas disponíveis – ajustar antimicrobianos conforme susceptibilidade e foco da infecção (quadro 2).

Para tratamento empírico, seguir recomendações:

9.1 Sepse Precoce sem Meningite

Penicilina (Penicilina Cristalina ou Ampicilina) + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina);

9.2 Sepse Precoce com Meningite

Penicilina (Penicilina Cristalina ou Ampicilina) + Cefalosporina de 3ª geração

- OBS.: Dar preferência para Cefotaxima (Cefalosporina 3ª geração), na ausência de Cefotaxima, considerar Cefepime (Cefalosporina de 4ª geração).

Recomenda-se iniciar com doses de Ampicilina com cobertura para meningite em todos os RN sintomáticos, pois a apresentação clínica da meningite neonatal é indistinguível daquela da sepse neonatal sem meningite. Os sinais clínicos mais comumente relatados são instabilidade de temperatura, irritabilidade ou letargia e má alimentação ou vômitos. Após 36 a 48h, o regime empírico deve ser alterado com base na exclusão ou não da meningite. Se meningite excluída, o regime de dose de Ampicilina deve ser reduzido. Se a punção lombar não foi possível de ser realizada, prescrever dose com cobertura para Sistema Nervoso Central e discutir terapia empírica para meningite.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 9/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

Quadro 2 - Doses recomendadas de Penicilina e/ou Ampicilina.

Doses recomendadas		
Local de infecção	Terapia definitiva	
	Idade gestacional < 34 semanas	Idade estacional ≥ 34 semanas
Bacteremia/ Sepse/ Pneumonia	0 a 7 dias de vida Penicilina G 50.000UI/kg/dose a cada 12h ou Ampicilina 50mg/kg/dose a cada 12h	0 a 7 dias de vida Penicilina G 50.000UI/kg/dose a cada 12h ou Ampicilina 50mg/kg/dose a cada 8h
	8 a 28 dias de vida Penicilina G 50.000UI/kg/dose a cada 8h ou Ampicilina 75mg/kg/dose a cada 12h	8 a 28 dias de vida Penicilina G 50.000UI/kg/dose a cada 8h ou Ampicilina 50mg/kg/dose a cada 8h
Meningite	0 a 7 dias de vida Penicilina G 150.000UI/kg/dose a cada 8h ou Ampicilina 100mg/kg/dose a cada 8h	0 a 7 dias de vida Penicilina G 150.000UI/kg/dose a cada 8h ou Ampicilina 100mg/kg/dose a cada 8h
	8 a 28 dias de vida Penicilina G 125.000UI/kg/dose a cada 6h ou Ampicilina 75mg/kg/dose a cada 6h	8 a 28 dias de vida Penicilina G 125.000UI/kg/dose a cada 6h ou Ampicilina 75mg/kg/dose a cada 6h
<p>Orientações de preparo de Administração Penicilina G Cristalina 5.000.000UI (frasco-ampola): Reconstituir cada frasco (5.000.000 UI) em 8mL de Água Destilada, o volume final será de 10mL. Diluir a dose prescrita em SF 0,9% ou SG 5% na concentração de 100.000UI/mL a 500.000UI/mL e administrar entre 15 e 60 minutos (NeoFax, 2022)</p>		
<p>Orientação de preparo e administração da Ampicilina 500mg (frasco-ampola): Reconstituir cada frasco (500mg) em 3mL de Água Destilada, o volume final será de 3,2mL. Diluir a dose prescrita em SF 0,9% ou SG 5% na concentração de 30mg/mL a 100mg/mL e administrar acima de 20 minutos em Neonatos. (UpToDate, 2022) Administrar 1 hora antes ou 1 hora após a administração de Aminoglicosídeos.</p>		

Fonte: NeoFax, 2022; UpToDate, 2022.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 10/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

Quadro 3 - Doses recomendadas de Gentamicina.

Doses recomendadas		
Idade gestacional	Idade Pós-Natal	Dosagem e Intervalo
29 semanas ou menos	0 a 7 dias de vida	5 mg/kg/dose a cada 48 horas
	8 a 28 dias de vida	4 mg/kg/dose a cada 36 horas
	29 dias ou mais de vida	4 mg/kg/dose a cada 24 horas
30 a 34 semanas	0 a 7 dias de vida	4,5 mg/kg/dose a cada 36 horas
	8 dias ou mais de vida	4 mg/kg/dose a cada 24 horas
35 semanas ou mais	Todos	4 mg/kg/dose a cada 24 horas

Orientação de preparo e administração da Gentamicina 40mg/mL (ampola 2mL):
 Diluir a dose prescrita em SF 0,9% ou SG 5% na concentração de 10mg/mL e administrar entre 30 e 120 minutos. (NeoFax, 2022). Considerar o tempo de infusão mais longo para doses mais altas. (UpToDate, 2022)
 Administrar com intervalo de 1 hora entre Penicilinas ou Cefalosporinas.

Fonte: NeoFax, 2022; UpToDate, 2022.

Quadro 4 - Doses recomendadas de Amicacina.

Doses recomendadas		
Idade Gestacional	Idade Pós Natal	Dosagem e Intervalo
29 semanas ou menos	0 a 7 dias de vida	14 mg/kg/dose a cada 48 horas
	8 a 28 dias de vida	12 mg/kg/dose a cada 36 horas
	29 dias ou mais de vida	12 mg/kg/dose a cada 24 horas
30 a 34 semanas	0 a 7 dias de vida	12 mg/kg/dose a cada 36 horas
	8 dias ou mais de vida	12 mg/kg/dose a cada 24 horas
35 semanas ou mais	Todos	12 mg/kg/dose a cada 24 horas

Orientação de preparo e administração da Amicacina 100mg/mL (ampola 2mL) ou 250mg/mL (ampola 2mL)
 Diluir a dose prescrita em SF 0,9% ou SG 5% na concentração de 2,5mg/mL a 10mg/mL e administrar entre 20 e 30 minutos em Neonatos. (NeoFax, 2022).
 Evite infundir concomitantemente com penicilinas ou cefalosporinas.

Fonte: NeoFax, 2022.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 11/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

Quadro 5 - Doses recomendadas de Cefotaxima.

Doses recomendadas	
Idade Pós Natal	Dosagem e Intervalo
0 a 7 dias	100 a 150mg/kg/dia, divididos a cada 8 a 12 horas. Considerar doses menores e intervalos mais longos para recém-nascidos < 2 kg
≥ 8 dias	150 a 200mg/kg/dia, divididos a cada 6 à 8 horas Considerar doses menores e intervalos longos para recém-nascidos <2kg.
<p>Orientação de preparo e administração da Cefotaxima 1.000mg (frasco-ampola) Reconstituir cada frasco (1.000mg) em 10 mL de Água Destilada. Aspirar a dose prescrita e diluir em SF 0,9% ou SG 5% em uma concentração de 50 a 100 mg/mL para administração EV durante 3 a 5 minutos ou em uma concentração de 10 a 40 mg/mL para infusão intermitente durante 10 a 30 minutos (NeoFax, 2023).</p>	

Fonte: NeoFax, 2023.

9.3 Tempo de tratamento

- Sepse com hemocultura negativa sem foco definido, líquido normal: 5 – 7 dias;
- Sepse com Hemocultura positiva sem foco definido, líquido normal: 10 dias;
- Meningite não complicada por E.coli ou outro BGN: > 21 dias;
- Meningite com cultura de LCR negativa (coletada antes do início da antibioticoterapia):10 dias;
- Meningite não complicada por estreptococo do grupo B, Listeria ou enterococos: 14 a 21 dias;
- Outros focos como endocardite, cerebrite, ventriculite, osteomielite são tratados por períodos mais longos, discutir individualmente.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Alojamento Conjunto: Paciente com Risco de Infecção Neonatal, porém assintomático e exames complementares dentro da normalidade (Seguimento de monitoramento);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 12/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais: RN com fatores de risco da Sepse Neonatal, sintomáticos e/ou exames complementares alterados;
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: RN com Sepse Neonatal associado a instabilidade clínica, hemodinâmica ou com necessidade de suporte ventilatório ou drogas vasoativas.

11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

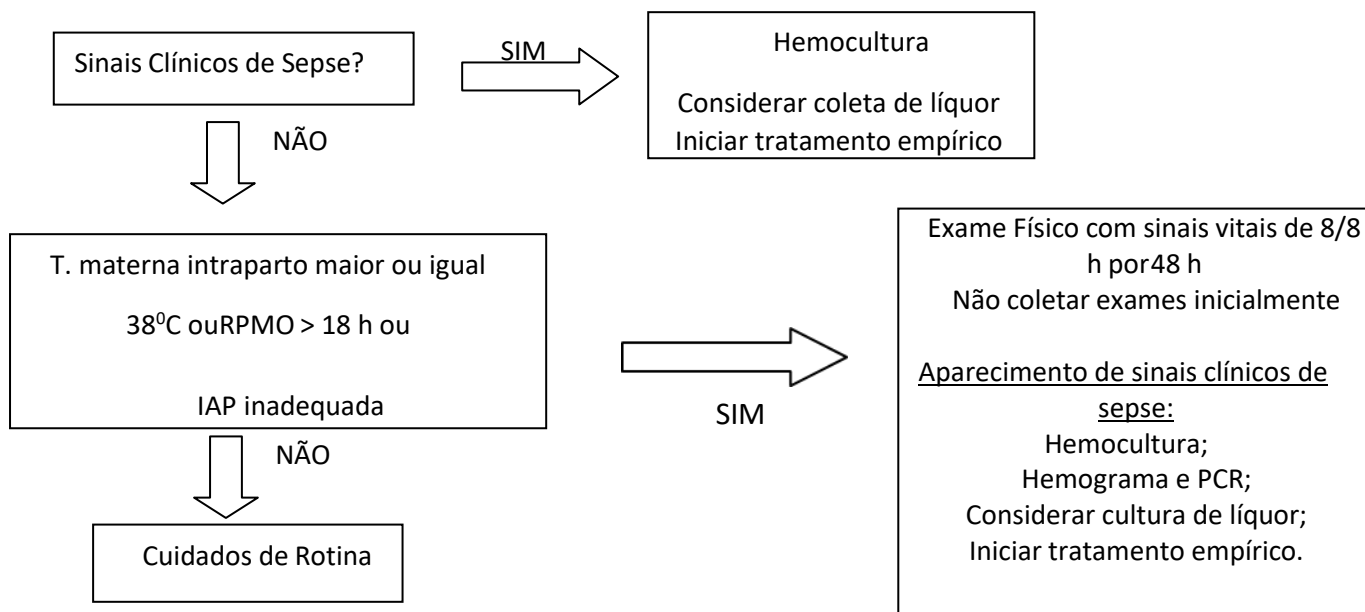
Caso o paciente não apresente melhora clínica e/ou com exames alterados após 48a 72 horas de antibioticoterapia, coletar nova hemocultura e considerar troca de antibióticos.

12. MONITORAMENTO

Deverá ser monitorado pela equipe assistencial o cumprimento do protocolo, sendo acompanhado pelo *Stewardship*.

13. FLUXOGRAMAS

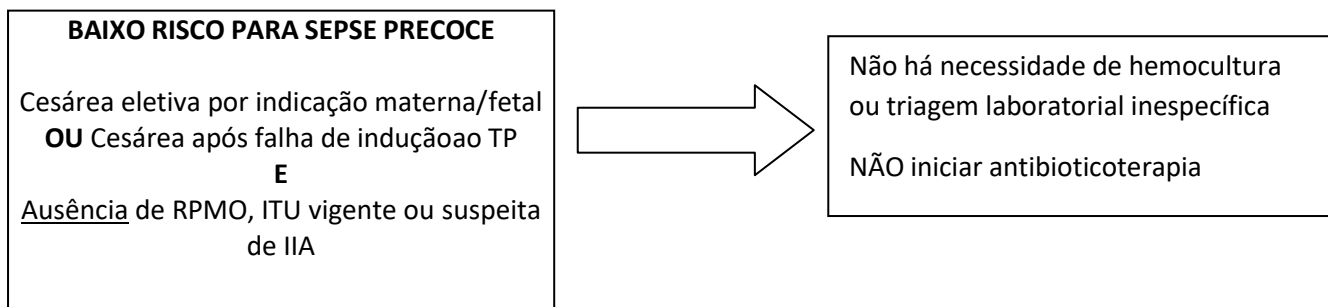
I. Manejo do RN com idade gestacional maior ou igual 34 semanas sob risco infeccioso.



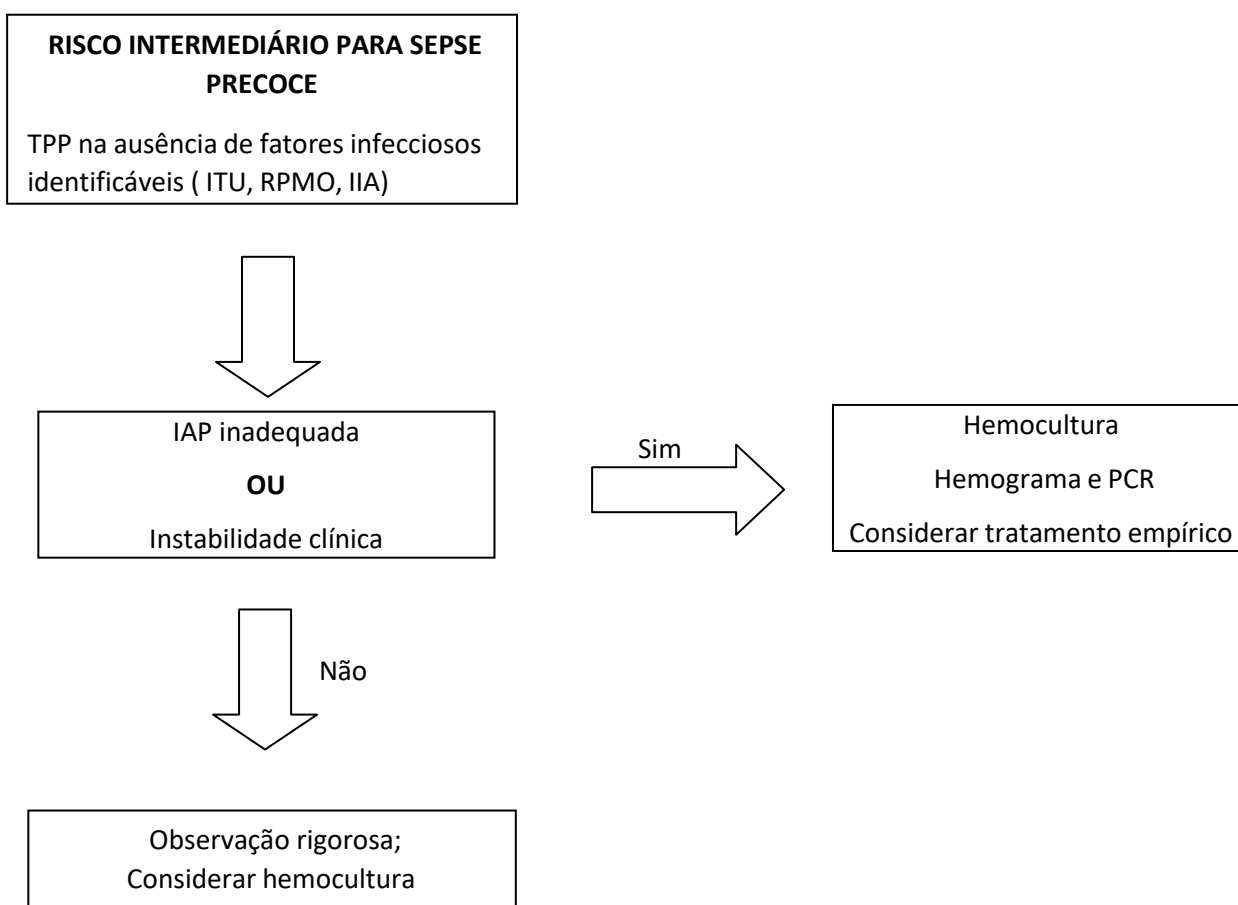
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 13/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

II. Manejo do RN com idade gestacional menor ou igual 34 semanas sob risco infeccioso.

a) **Baixo risco para sepse precoce:**

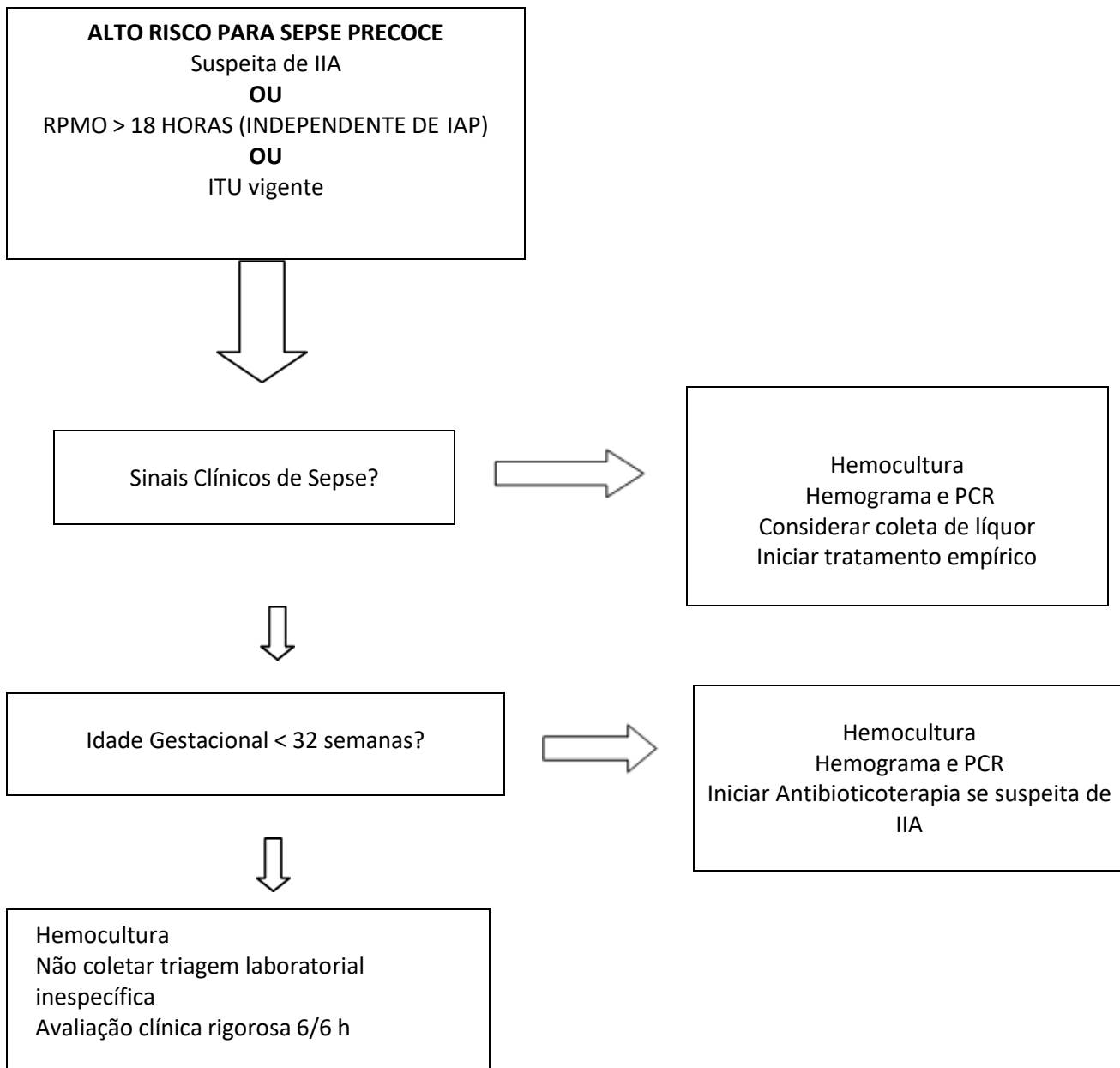


b) **Risco intermediário para sepse precoce:**



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 14/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

c) Alto risco para sepse precoce:





Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 15/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

14. REFERÊNCIAS

Bauserman, M.S. et al. Group B Streptococcus and Escherichia coli infections in the intensive care nursery in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. **The Pediatric Infections Disease Journal**. v. 32, n. 3, p. 208-212, mar., 2013.

Shane, A.L.; Stoll, B.J. Recent developments and current issues in the epidemiology, diagnosis, and management of bacterial and fungal neonatal sepsis. **American Journal of Perinatology**, v. 30, n.02, p. 131-142, 2013.

Young, T.E., Mangum B. **Neofax**: A manual of drugs used in neonatal care. Thomson Reuters; 2020. 791 p.

Puopolo KM, Lynfield R, Cummings JJ, AAP Committee on Fetus And Newborn, AAP Committee on Infectious Diseases. Management of Infants at Risk for Group B Streptococcal Disease. **Pediatrics**. 2019;144(2):e20191881.

Puopolo KM, Benitz WE, Zaoutis TE, AAP Committee on Fetus And Newborn, AAP Committee on Infectious Diseases. Management of Neonates Born at ≥ 35 0/7 Weeks' Gestation With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. **Pediatrics**, 2018;142(6):e20182894.

Puopolo KM, Benitz WE, Zaoutis TE, AAP Committee on Fetus And Newborn, AAP Committee on Infectious Diseases. Management of Neonates Born at ≤ 34 6/7 Weeks' Gestation With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. **Pediatrics**, 2018;142(6):e20182896.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns: ACOG Committee Opinion, Number 782. **Obstet Gynecol**. 2019; 134(1):e19–e40.

UpToDate. **Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm neonates**. In https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-neonates?search=sepsis%20neonatal%20precoce&source=search_result&selectedTitle=1~128&usage_type=default&display_rank=1. Última atualização em outubro, 2023.

Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment. NICE guideline [NG195] Published: 20 April 2021.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIN.007– Página 16/16	
Título do Documento	SEPSE NEONATAL PRECOCE	Emissão: 01/07/2024	Próxima revisão: 01/07/2026
		Versão: 02	

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	08/2021	Elaboração do Protocolo.
02	05/2024	Inclusão de Informações no Protocolo.

Elaboração Raquel Bertipaglia Ferreira	Data: 25/01/2021
Revisão Andyane Freitas Tetila, médica infectologista, UVS/Stewardship. Magda Laíse Oliveira Tanaka, Farmacêutica, UFCLI/Stewardship. Natália Daiane Garoni Martins, médica neonatologista. Tatiane Nantes Ferreira Siena, Farmacêutica, UFCLI/Stewardship	Data: 14/05/2024
Análise Rodrigo Alexandre Teixeira – Chefe da DENF Paulo Serra Baruki – Chefe da DMED	Data: 25/06/2024 Data: 25/06/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 28/06/2024
Aprovação Alexsandra Gomes Rossi – Chefe da UTIUN Alline Cristhine Nunes Cerchiari Menon – Gerente de Atenção à Saúde (subst.)	Data: 24/06/2024 Data: 01/07/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.011361/2023-22