

CARTA AO EDITOR

Sepse tardia no período neonatal: estamos atentos?

Fabio Lopes Pedro¹

¹Infectologista. Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Doutorando em Epidemiologia (UFRGS). Coordenador do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NHE) – Hospital Universitário de Santa Maria – Santa Maria – RS

Enviado em: 09/05/2012

Aceito em: 20/05/2012

fabiopedro.balboa@gmail.com

Sepse é uma importante causa de morbimortalidade entre os recém-nascidos (RN). Sepsis neonatal tardia é definida como o início dos sintomas após 72 horas de vida. Os principais agentes envolvidos são: estafilococos coagulase negativos, *Staphylococcus aureus*, seguidos de infecções fúngicas e por gram negativos.

Durante as últimas décadas, a incidência de infecções por *Candida* tem aumentado com os avanços no cuidado de bebês prematuros, especialmente naqueles com peso < 1500g ao nascimento. Em RN com peso < 1000g, mais de 60% são colonizados antes de completar 6 semanas de vida. Assim, para essa população, estudos tem sugerido uso de profilaxia com fluconazol (3mg/kg/dia) três vezes por semana. Independente de idade gestacional ou peso ao nascer, devemos avariar a possibilidade de infecção fúngica invasiva para RN com suspeita clínica de sepsis tardia, iniciando terapia empírica, dada a elevada mortalidade (>50%). Toda amostra estéril (p.ex: hemocultura) com isolamento de *Candida* deve ser

interpretada como infecção invasiva, e seguida de definição da espécie e suscetibilidade aos antifúngicos, uma vez que é crescente a prevalência de espécies não-albicans e de resistência a fluconazol (dados nacionais). Conforme recomendações da IDSA (2009), Anfotericina B deoxicolato (1mg/kg/dia) é recomendada para RN com candidíase disseminada (A-II). Fluconazol (12mg/kg/dia) é uma alternativa razoável (B-II), e recentes estudos sugerem aumento da dose (25mg/kg/dia). Equinocandina deve ser considerada em instituições que apresentam elevada resistência ou toxicidade com o uso de fluconazol ou Anfotericina B (B-III). A duração recomendada do tratamento é de pelo menos 3 semanas (B-II), devendo ser guiada por culturas de vigilância e conforme resultados de avaliações de líquido, fundoscopia por um oftalmologista, imagem ecográfica de abdome, coração e transfontanelar. Remoção de cateter vascular é fortemente recomendada (A-II), pois reduz tempo de tratamento e mortalidade.