
	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.005	1 / 5
	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO COMPLEXO NEONATAL	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Neonatologia	01

**1. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL PARA RECÉM-NASCIDOS VINDOS DO CENTRO CIRÚRGICO OU ALOJAMENTO CONJUNTO?**

- a. PREMATURIDADE: Todos os prematuros com peso de nascimento < 1.700 g ou < 34 semanas de idade gestacional (pelo Capurro Somático) devem entrar para internamento pela UTIN, mesmo que estáveis;
- b. DESCONFORTO RESPIRATÓRIO:
- i. Todo RN com FR  $\geq 70$  ipm, ou que apresentarem desconforto respiratório moderado ou importante (BSA  $\geq 5$ ) devem ser encaminhados à UTIN;
  - ii. Todo RN com indicação de oxigenoterapia, *não importa o tempo previsto*, deve ser encaminhado para UTIN, onde caso apresente melhora importante nas próximas quatro horas de observação, pode retornar diretamente para alojamento conjunto em comum acordo entre o plantonista da UTIN e o plantonista da sala de parto que irá evoluir em prontuário para recebê-lo de volta;
  - iii. Todo RN que persista com desconforto respiratório, mesmo leve, após 6 horas de observação em berço aquecido no alojamento conjunto (berçário), pela possibilidade de sepse precoce;
- c. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:
- i. cianose central;
  - ii. bradipneia;
  - iii. apnéia (ficar sem respirar por 20 segundos ou mais sem repercussão ou ficar sem respirar 10 segundos ou mais com bradicardia ou queda de saturação);
  - iv. esforço importante com gemência ou batimento de aletas nasais;
  - v. gasometria com hipercapnia ou hipoxemia;
- d. SUORTE VENTILATÓRIO:
- i. necessidade de qualquer modo de oxigenoterapia na internação;
  - ii. necessidade de qualquer modo de suporte ventilatório (CPAP, alto fluxo ou ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado ou não);
- e. DISTÚRBIOS CARDIO-CIRCULATÓRIOS:
- i. Parada Cardiorrespiratória e cuidados pós-parada cardiorrespiratória;
  - ii. Arritmias (FC > 220 bpm ou FC < 80 bpm persistentes);
  - iii. Insuficiência cardíaca: taquipnéia, taquicardia (FC > 160 bpm), hepatomegalia;
  - iv. Sinais de CHOQUE com ou sem hipotensão:
    1. rebaixamento do nível de consciência;
    2. má-perfusão periférica;
    3. oligúria ou anúria;
  - v. Indicação de prostaglandina intravenosa:
    1. Cianose < 75% após suporte ventilatório adequado;
    2. Choque súbito nos primeiros 15 dias de vida;
- f. ALTERAÇÕES DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL:
- i. Anóxia grave: todo RN com APGAR  $\leq 5$  no quinto minuto;
  - ii. Crises convulsivas;
  - iii. Hemorragia cerebral confirmada;

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 17/09/2019	Data: 18/09/2019	Data: 18/09/2019


	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.005	2 / 5
	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO COMPLEXO NEONATAL	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Neonatologia	01

- iv. Sinais de abstinência a drogas: tremores, náuseas, vômitos, febre, movimentação estereotipada em RN de mães que usaram drogas psicoativas na gestação.
- g. INFECCÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA EM RN SINTOMÁTICO:
- i. Qualquer RN sintomático em berçário (taquipnéia, vômitos, etc.), em que exista suspeita de infecção, deve ter sua investigação de sepse neonatal precoce ou tardia realizada na UTIN;
- h. ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:
- i. Regurgitações frequentes com necessidade da terceira lavagem intestinal ou onde se suspeite de enterocolite (investigar na UTIN);
- ii. Necessidade de SOG aberta por mais de 4 horas;
- iii. Distensão abdominal importante com suspeita de sepse ou enterocolite;
- iv. Regurgitação ou vômito com sangue vivo considerado volumoso ou resíduo escurecido/esverdeado – bilioso;
- v. Enterocolite necrotizante suspeita ou confirmada (distensão abdominal importante, dor a palpação, heperemia da parede abdominal, etc.);
- vi. Necessidade de jejum e soroterapia intravenosa, como na desidratação;
- i. MAL-FORMAÇÕES ou SÍNDROMES em geral que acometam: SNC, CORAÇÃO, RINS, PULMÃO, GENITÁLIA AMBÍGUA;
- j. ALTERAÇÕES HIDROELETROLÍTICAS:
- i. Hipoglicemia com necessidade de soroterapia ou sintomáticos;
- ii. Hipernatremia (> 145 mEq/L) ou hiponatremia (< 135 mEq/L);
- iii. Hiperpotassemia (> 5,5 mEq/L);
- iv. Hipocalcemia ou hipomagnesemia com necessidade de correção ou sintomáticos;
- k. INSUFICIÊNCIA RENAL: laboratorial ou clínica (oligúria/anúria), com ou sem necessidade de diálise;
- l. COAGULOPATIAS:
- i. Coagulopatias suspeitas ou confirmadas (vômito com sangue, fezes com sangue, coagulograma alterado);
- m. NUTRIÇÃO PARENTERAL: sempre que indicada, iniciar na UTIN;
- n. CIRUGIAS: o pré e pós-operatórios devem ser realizados na UTIN;
- o. OUTROS:
- i. Suspeita de ERROS INATOS DO METABOLISMO;
- ii. Suspeita de INSUFICIÊNCIA ADRENAL;
- iii. Desidratação;
- iv. Hidropsia;
- p. ICTERÍCIA na faixa que indique EXSANGUÍNEOTRASFUSÃO.

## 2. QUANDO DEIXAR EM INCUBADORA OU EM BERÇO AQUECIDO?

- Peso ≤ 1.800 g, preferir incubadora;
- Acima deste peso (desde que apresente estabilidade térmica) pode-se colocar em berço aquecido.

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 17/09/2019	Data: 18/09/2019	Data: 18/09/2019

	<b>PROTOCOLO</b>	Código do Documento	Página
		PROT.DT.005	3 / 5
	<b>CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO COMPLEXO NEONATAL</b>	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Neonatologia	01

**3. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DE PREMATUROS ou NEONATOS DIRETAMENTE NA UNIDADE INTERMEDIÁRIA, vindos de alojamento conjunto ou centro cirúrgico/obstétrico?**

*Nestes casos somente poderão ser admitidos diretamente se já tiverem peso  $\geq 1.700$  g ou idade gestacional  $\geq 34$  semanas, desde que não preencham nenhum critério para internar na UTIN.*

- Indicação de fototerapia, desde que não estejam em níveis próximos aos de exsanguíneotransfusão;
- RN filho de mãe VDRL positiva, onde a investigação inicial (feita no berçário mesmo) tenha sido positiva conforme protocolo de sífilis congênita, para iniciar o tratamento;
- Internação excepcional em caso de superlotação da UTIN (detalhado na pergunta 9).

**4. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS DE ALTA DA UTIN COM ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE INTERMEDIÁRIA?**

*Nestes casos somente poderão ser admitidos na condição de:*

- terem peso  $\geq 1.500$  g e idade gestacional de pelo menos  $\geq 33$  semanas;
- estarem hemodinamicamente estáveis, sem uso de drogas vasoativas há pelo menos 24 horas;
- estarem sem desconforto respiratório e fora da ventilação mecânica ou CPAP há pelo menos 24 horas, sem uso de oxigênio (excessão para broncodisplasia);


**OBS.: ESTAR COM PICC não configura contra-indicação para transferência.**

- Progressão de dieta em soroterapia: é permitido a transferência para dar continuidade à progressão da dieta, mesmo que esteja com sonda gástrica ou enteral, DESDE QUE a quantidade de dieta corresponda a pelo menos 60% das necessidades diárias do paciente (mesmo que esteja com soroterapia intravenosa);
- Progressão de dieta em NPT (NUTRIÇÃO PARENTERAL): somente transferir em uso de NPT, desde que seja apenas para terminar o uso desta última NPT e que não exista necessidade de nova prescrição, visto que na UI não se pode prescrever NPT;
- Progressão de dieta enteral para oral;
- Infecção neonatal em uso de antibioticoterapia: para término de antibioticoterapia;
- Broncodisplásicos ou pneumopatas/neuropatas crônicos com desconforto respiratório leve: mesmo em uso de capacete (Hood), cateter de oxigênio ou oxigênio circulante em incubadora desde que FiO<sub>2</sub> prevista seja menor que 40%.

**5. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS DE ALTA DA UNIDADE INTERMEDIÁRIA?**

- Peso mínimo de 1.800 g;
- Hemodinamicamente estáveis;
- Com crises convulsivas controladas;
- Em ar ambiente;
- Tolerando bem há dieta por pelo menos 24 horas, sem uso de sonda gástrica ou enteral. No caso de já estar gastrostomizado, garantir que a genitora tenha recebido treinamento prévio para uso e manutenção da sonda;

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 17/09/2019	Data: 18/09/2019	Data: 18/09/2019

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.005	4 / 5
	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO COMPLEXO NEONATAL	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Neonatologia	01

f. Infecção controlada.

**6. O QUE PODE SER MANEJADO NO ALOJAMENTO CONJUNTO, SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTIN/UI?**

- a. Investigação de infecção em RN assintomático;
- b. Regurgitações ou vômitos salivares ou de leite, desde que abdômen flácido ou levemente distendido, que necessitem até 2 lavagens e/ou sonda gástrica aberta por no máximo 4 horas (desde que não preencha os critérios para internar em UTIN);
- c. RN assintomáticos em investigação de TORSCHs;
- d. RN a termo, com desconforto respiratório leve e  $FR < 70$  ipm e  $BSA \leq 4$ , desde que não necessitem oxigenoterapia, poderão ser mantidos em observação monitorizados em berço aquecido por até 4 horas (caso a melhora esteja evidente e progressiva, poderá manter em observação no berço aquecido por no máximo 6 horas).

**7. QUAIS SÃO OS CUIDADOS PARA ADMISSÃO DE PREMATUROS OU NEONATOS QUE RETORNEM APÓS ALTA da CSH (não é permitido dar vaga para recém-nascidos de outras maternidades)?**

- a. A idade deve ser de até 28 dias (se já completou 29 dias, somente UTI pediátrica);
- b. O fluxo de atendimento e internação seguirá o protocolo de atendimento na urgência da CSH;
- c. Deverão ficar no quarto de isolamento, ou, no caso do mesmo já estiver ocupado sem possibilidade de transferência de leito, colocar obrigatoriamente em incubadora (permite o isolamento reverso);
- d. Iniciar precauções conforme protocolo da unidade (não confundir precaução com isolamento);
- e. Se tiver passado por outro hospital e tiver ficado internado mais que 24 horas, colher as culturas de vigilância (axilar, retal, nasal).

**8. QUAIS OS CRITÉRIOS DE ALTA DO BERÇÁRIO (ALOJAMENTO CONJUNTO)?**


- a. RN estável;
- b. Boa sucção (para casos duvidosos, aguardar avaliação do fonoaudiólogo ou da equipe do aleitamento materno);
- c. Peso mínimo de 1.750 g (menos que este peso, recomenda-se internação prévia em UI ou UTIN).

**9. QUAIS OS CRITÉRIOS PARA INTERNAMENTO NA UNIDADE INTERMEDIÁRIA EM CASO DE SUPERLOTAÇÃO NA UTIN?**

Sempre que a coordenadora médica estiver na instituição, discutir individualmente estes casos. Caso não esteja presente, poderão ser admitidos sem comunicação, as seguintes situações clínicas:

- a. Oxigenoterapia com capacete (Hood) em RN com desconforto respiratório leve ou moderado (até  $BSA \leq 5$ );

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 17/09/2019	Data: 18/09/2019	Data: 18/09/2019

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.005	5 / 5
	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO COMPLEXO NEONATAL	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Neonatologia	01

- b. Regurgitações/vômitos com indicação de soroterapia e jejum, desde que não estejam com outros sinais de sepse;
- c. RN acima de 1.600 g, estáveis hemodinamicamente;
- d. Suspeita de sepse laboratorial, com RN assintomático, para início de antibioticoterapia;
- e. Hipoglicemia isolada, com necessidade de soroterapia;
- f. RN com hipótese mais provável de baixa ingesta, sem suspeita de sepse, com desidratação leve, que precisará apenas complementação oral, sem acesso venoso.

**10. CASOS NÃO CONTEMPLADOS NO PROTOCOLO:** para casos não contemplados, as dúvidas deverão ser direcionadas ao coordenador médico do complexo neonatal, e na ausência deste, ao diretor técnico.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Resolução RDS 50 de 21 de fevereiro de 2002
2. Rugolo, Lígia MS. Manual de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2000.
3. Portaria MS 3.432 de 12 de agosto de 1998

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	PATRÍCIA ISSIDA FUJINAMI ISHI Coord. Neonatologia	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 17/09/2019	Data: 18/09/2019	Data: 18/09/2019