



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

PREVENÇÃO DA DOENÇA ESTREPTOCÓCICA NEONATAL

Versão eletrônica atualizada em fev/2012

O agente etiológico e seu habitat

A doença estreptocócica neonatal é causada por uma bactéria, o estreptococo do grupo B (EGB) ou *Streptococcus agalactiae*, que é um coco Gram positivo.

O principal sítio de colonização deste microrganismo é o trato gastrointestinal, mas pode, secundariamente, estar presente no trato genitourinário.

Transmissão

Aproximadamente, 10% a 30% das gestantes são colonizadas por EGB, sendo de forma transitória, crônica ou intermitente. Esta colonização, quando presente no momento do parto, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal. A infecção do recém-nascido ocorre principalmente durante a sua passagem no canal de parto ou por via ascendente, mais freqüentemente quando há ruptura de membranas (pois o EGB também pode atravessar as membranas intactas e contaminar o líquido amniótico).

Manifestações clínicas

No recém-nascido podem ocorrer dois tipos de manifestações: de início precoce (<7 dias após o nascimento) e tardia (entre 7 e 90 dias). Estas incluem sepse e pneumonia como as principais infecções e, secundariamente, meningite, osteomielite, artrite séptica e celulite. Aproximadamente 1 a 2% dos recém-nascidos de mães colonizadas irão desenvolver infecção de início precoce. A mortalidade associada a esta infecção, de uma forma geral, atinge 2 a 3% dos recém-nascidos, aumentando de acordo com a menor idade gestacional: 20% (pré-termos > 33 semanas) e 30% (pré-termos ≤ 33 semanas). A freqüência de seqüelas nos sobreviventes é estimada entre 15 e 30%.

Em relação à gestante, o EGB pode causar infecção do trato urinário, mas a maioria das mulheres é assintomática (bacteriúria assintomática).

O impacto da prevenção

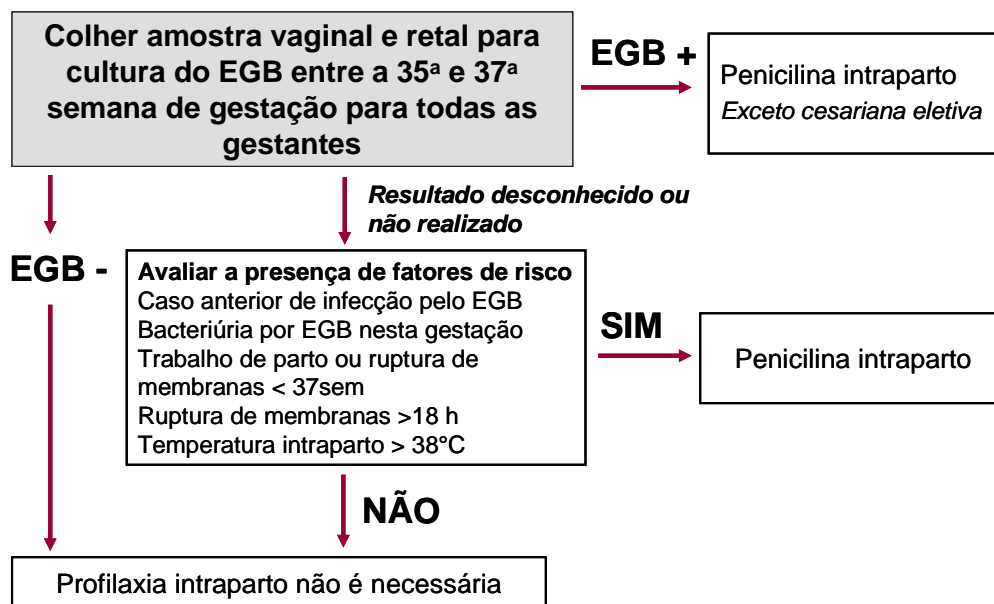
Como resultado da prevenção, a incidência de doença estreptocócica invasiva reduziu, nos últimos 15 anos, de 1.7 casos / 1000 nascidos vivos para 0.34 – 0.37 casos / 1000 nascidos vivos (redução aproximada de 80%).

Como prevenir?

Baseia-se em uma única estratégia, que é identificar as gestantes que deverão realizar a profilaxia antimicrobiana intra-parto por meio da:

- realização da cultura pré-natal para o EGB em TODAS AS GESTANTES (*screening* universal: swab vaginal e retal) entre a 35^a e 37^a semana de gestação;
- para as gestantes que chegam em trabalho de parto sem ter realizado cultura para o EGB, avaliação da presença ou não de alguns fatores de risco e efetuar a coleta do *screening* universal (NAAT: teste de amplificação de ácido nucléico - GeneXpert);
- realização de coleta de urocultura para *screening* de bacteriúria assintomática (identificação de cepas de EGB com ≥ 10.000 unidades formadoras de colônias em culturas mono ou polimicrobianas).
- No caso de gestantes em trabalho de parto com o status de colonização por EGB desconhecido, sem fatores de risco intra-parto (trabalho de parto e ruptura de membranas < 37 semanas, temperatura materna $\geq 38^\circ$ C, ruptura de membranas > 18 h), o obstetra pode utilizar metodologias moleculares (teste de amplificação de ácido nucléico: GeneXpert).

Algoritmo para profilaxia intra-parto



Antimicrobianos utilizados na profilaxia intra-parto

A penicilina é a droga de escolha para a profilaxia antimicrobiana intra-parto. Antibioticoterapia oral não é adequada para a profilaxia intra-parto.

Penicilina G 5 milhões UI EV em dose inicial

Seguida por 2.5 a 3 milhões UI IV a cada 4h até o nascimento

Alternativas:

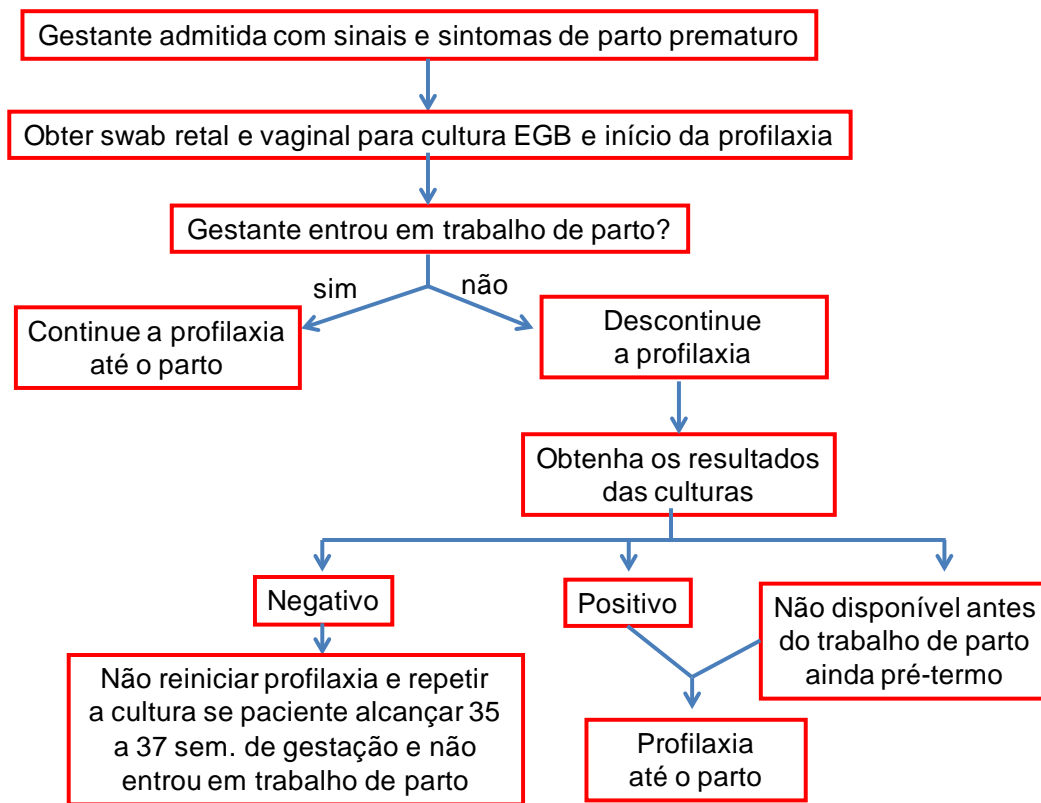
- **Ampicilina IV** na dose inicial de 2g seguida por 1 g a cada 4h até o nascimento
- Para pacientes alérgicas a penicilina:

Alérgica à penicilina, mas com baixo risco de anafilaxia (angioedema, insuficiência respiratória, urticária)	Cefazolina 2 g IV dose de ataque 1g IV a cada 8 h até o parto
Com alto risco de anafilaxia (angioedema, insuficiência respiratória, urticária) e susceptível a clindamicina	Clindamicina IV 900 mg a cada 8 h até o parto
Com alto risco de anafilaxia (angioedema, insuficiência respiratória, urticária) e não susceptível a clindamicina ou indisponibilidade do teste de sensibilidade	Vancomicina IV 1,0 g 12/12h até o parto

Lembretes importantes:

- Deve haver um intervalo de pelo menos 4h entre a profilaxia e o parto, sendo que devem ser administradas duas doses antes do nascimento, pois a proteção máxima é obtida a partir da 2ª dose antes do nascimento (exceto no caso do uso de clindamicina ou vancomicina)
- Obedeça aos intervalos recomendados entre as doses.

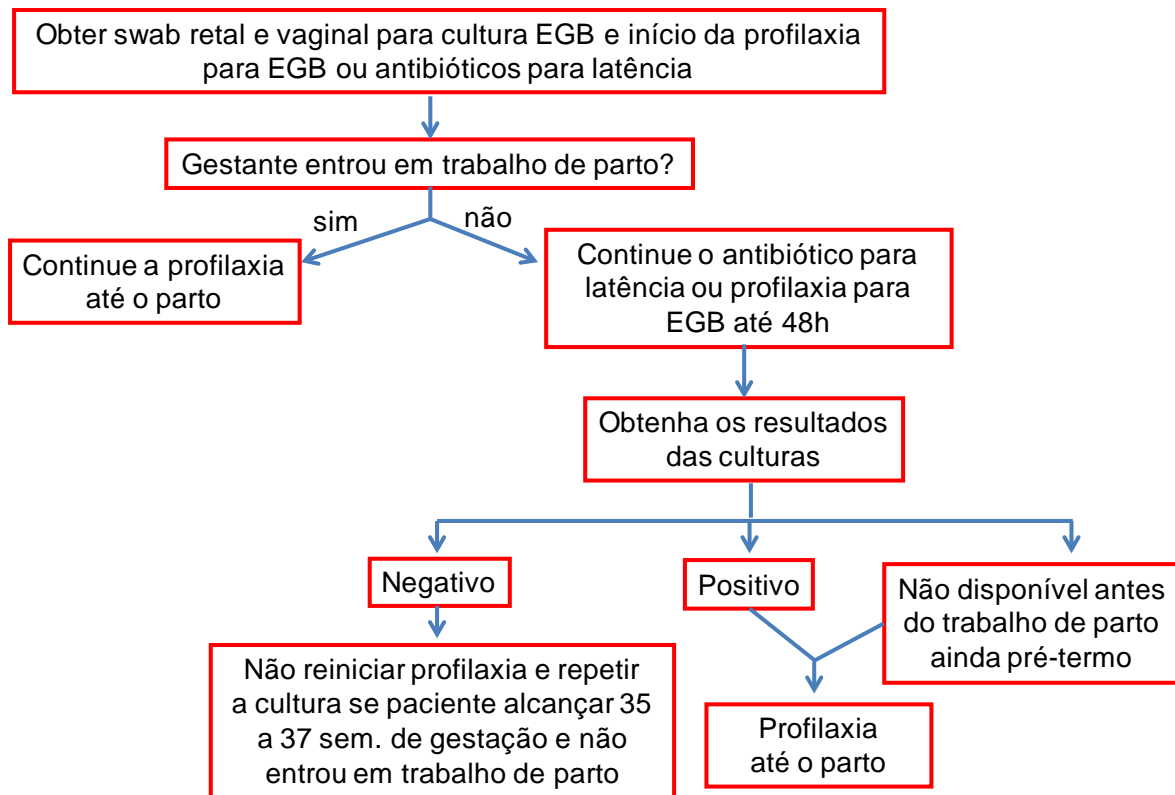
Algoritmo para o parto prematuro



* A penicilina IV pode ser mantida por pelo menos 48 horas, a menos que o parto ocorra antes deste período. De acordo com a avaliação médica, a profilaxia pode ser prolongada por mais de 48 horas na gestante com cultura positiva para EGB na qual o parto ainda não ocorreu. Para a gestante com cultura positiva para EGB, a profilaxia antimicrobiana pode ser reiniciada quando o trabalho de parto progredir. A escolha do uso de ampicilina 2,0g IV dose de ataque, seguida de 1,0g IV a cada 6 horas por pelo menos 48 horas para o período de latência no caso de ruptura prematura de membranas também é adequado para a profilaxia intra-parto. Se forem escolhidos outros regimes de antimicrobianos para o período de latência, a profilaxia intra-parto deve ser iniciada em adição.

** Se o parto não ocorrer dentro de cinco semanas, a cultura vaginal e retal para EGB deve ser repetida e o algoritmo deve ser novamente aplicado, baseado no último resultado.

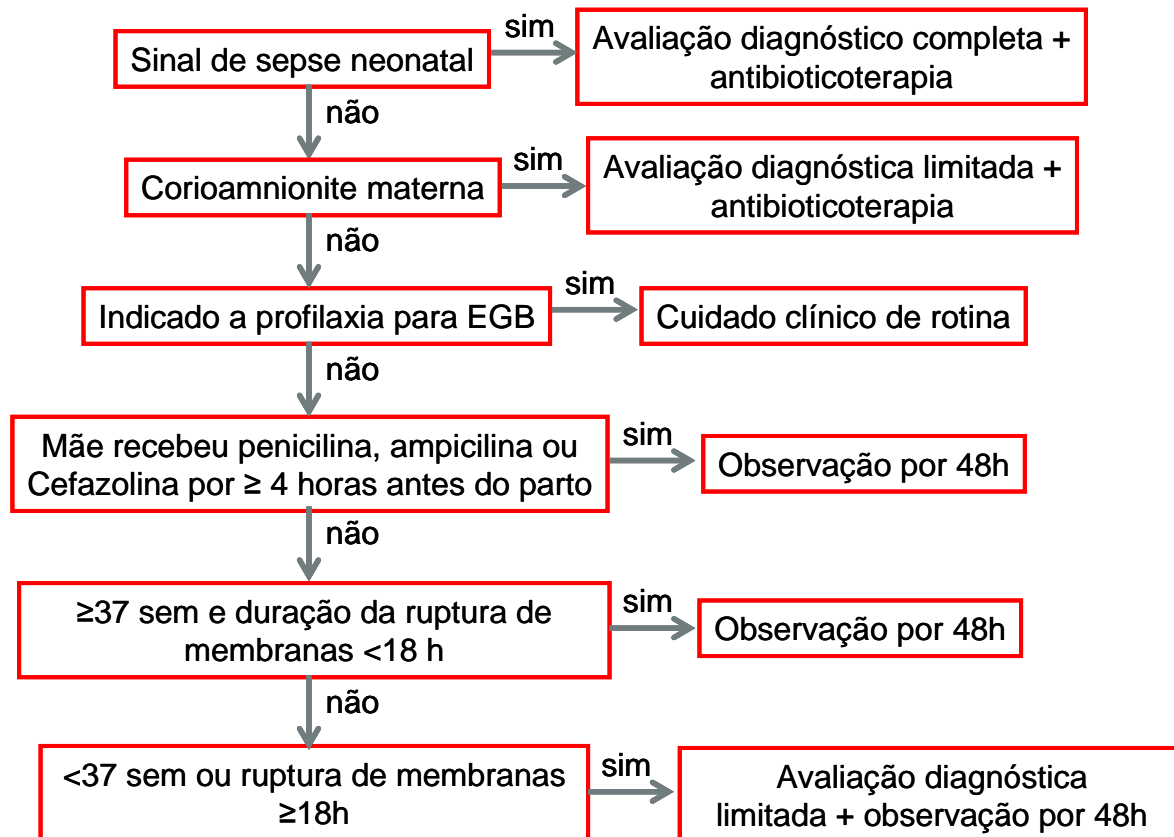
Algoritmo para ruptura prematura de membranas



Quando a profilaxia intra-parto não está indicada

- Gestação anterior com cultura positiva para EGB ou relato prévio de bacteriúria assintomática, a menos que a cultura para a gestação atual seja positiva;
- Cesárea eletiva, na ausência de trabalho de parto ou ruptura de membranas (independente/e do resultado da cultura para EGB);
- Cultura vaginal/retal negativa para SGB dentro do período de 5 semanas antes do parto, durante a gestação atual, mesmo apresentando fatores de risco (parto <37 semanas, ruptura de membranas ≥18 horas)

Avaliação do recém-nascido cuja mãe que recebeu profilaxia intra-parto



Legenda:

- Avaliação diagnóstica completa: hemograma completo, hemocultura, Rx de tórax (se sintomas respiratórios) e líquido
- Avaliação diagnóstica limitada: hemograma completo (nascimento e 6 a 12 horas após o nascimento) e hemocultura

Fonte: [Verani JR](#), [McGee L](#), [Schrag SJ](#). Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. MMWR Recomm Rep. 2010; 59(RR-10): 1 – 36.