

Rotinas Gerenciadas

Departamento Materno Infantil

Divisão de Prática Médica/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Prevenção doença estreptocócica neonatal

Versão eletrônica atualizada em Outubro – 2007

PREVENÇÃO DA DOENÇA ESTREPTOCÓCICA NEONATAL

Sumário

O agente etiológico e seu habitat

Transmissão

Manifestações clínicas

O impacto da prevenção

Como prevenir

Algoritmo para profilaxia intra-parto

Antimicrobianos utilizados na profilaxia intra-parto

Algoritmo para o trabalho de parto prematuro (<37 semanas de gestação)

Quando a profilaxia intra-parto não está indicada

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

O agente etiológico e seu habitat

A doença estreptocócica neonatal é causada 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, quando há ruptura de membranas.

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, pneumonia, 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 pode atingir 20%. A freqüência de seqüelas nos sobreviventes é estimada entre 15 e 30%.

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

O impacto da prevenção

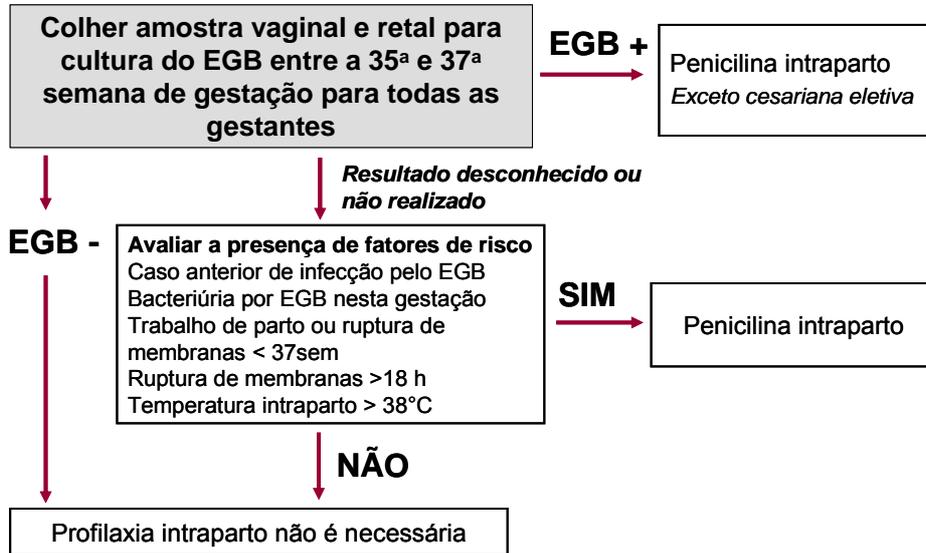
Na década de 70 este microrganismo surgiu como o mais importante agente causal de sepse em recém-nascidos. A doença de início precoce foi reduzida em 70% após o uso da profilaxia intraparto.

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 prenatal para o EGB em TODAS AS GESTANTES (*screening* universal) entre a 35^a e 37^a semana de gestação e
- 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.

Algoritmo para profilaxia intra-parto



Antimicrobianos utilizados na profilaxia intra-parto

A penicilina é a droga de escolha para a profilaxia antimicrobiana intra-parto.

**Penicilina G 5 milhões UI EV em dose inicial
Seguida por 2.5 milhões UI EV a cada 4h até o nascimento**

Alternativas:

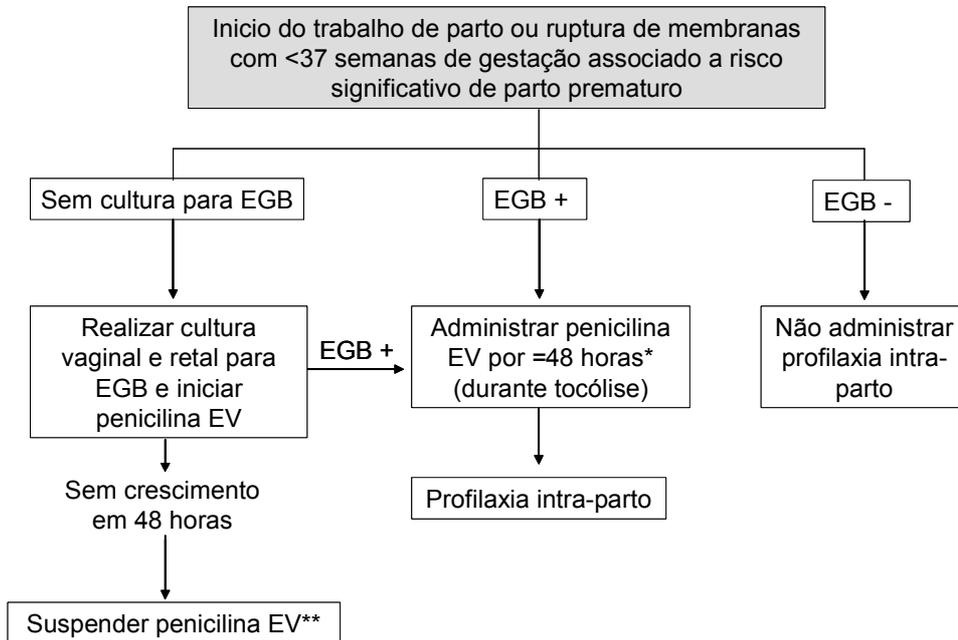
- **Ampicilina** EV na dose inicial de 2g seguida por 1 g a cada 4h até o nascimento
- Para pacientes alérgicas a penicilina:

Alérgica à penicilina, mas com baixo risco de anafilaxia	Cefazolina 2 g EV dose de ataque 1g EV a cada 8 h até o parto
Com alto risco de anafilaxia	Clindamicina EV 900 mg a cada 8 h até o parto ou Eritromicina EV 500 mg a cada 6 h 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
- Obedeça aos intervalos recomendados entre as doses.

Algoritmo para o trabalho de parto prematuro (<37 semanas de gestação)



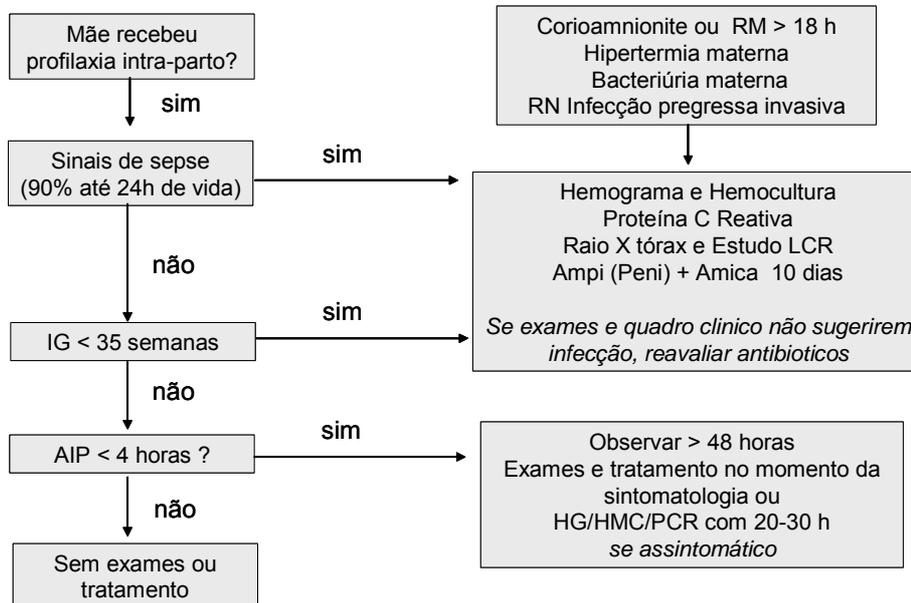
* A penicilina EV pode ser mantida por pelo menos 48 horas, a menos que o parto ocorra antes deste período. De acordo com a avaliação médica a profilaxia pode ser prolongada por mais de 48 horas na gestante com cultura positiva para EGB na qual o parto ainda não ocorreu. Para a gestante com cultura positiva para EGB, a profilaxia antimicrobiana pode ser reiniciada quando o trabalho de parto progredir.

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

Quando a profilaxia intra-parto não está indicada

- Gestação anterior com cultura positiva para EGB, a menos que 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 recebeu profilaxia intra-parto



Fonte:

Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. MMWR 2002;51(RR 11):1-22