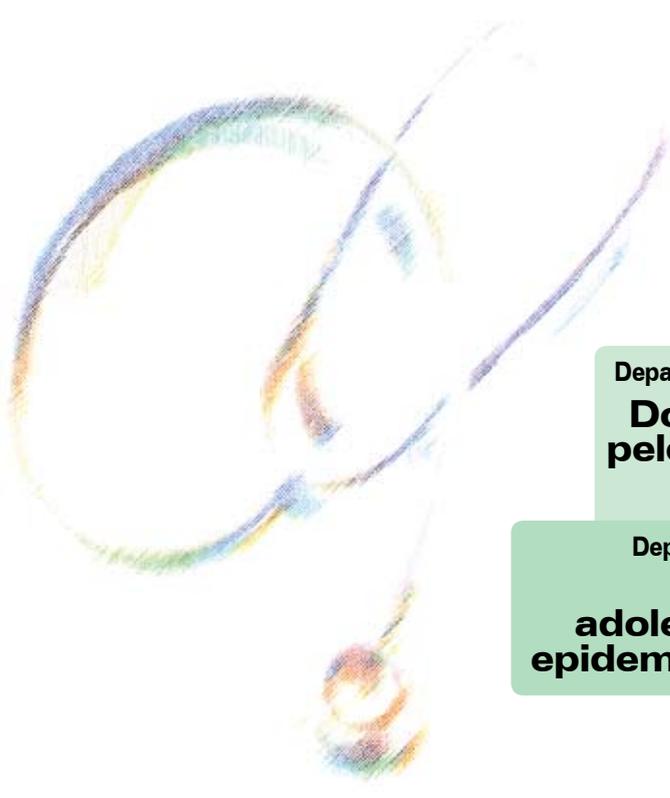


# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

nº **63**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013  
Janeiro 2013



Departamento de Neonatologia  
**Doença perinatal  
pelo estreptococo  
do grupo B**

Departamento de Adolescência  
**Consulta do  
adolescente frente à  
epidemiologia da AIDS**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Doença perinatal pelo estreptococo do grupo B

O estreptococo do grupo B (EGB) de Lancefield ou *Streptococcus agalactiae* foi identificado nos anos 60, nos Estados Unidos da América (EUA), e emergiu como a principal causa infecciosa de morbidade e mortalidade precoce na década de 1970, permanecendo ainda hoje como a principal causa de sepsé de origem materna nesse país, com alta mortalidade no período neonatal precoce. Pode também ser causa de infecção na gestante, o que ocasiona várias complicações como corioamnionite, endometrite, infecção do trato urinário e de sítio cirúrgico.

Dados na literatura médica brasileira apontam o EGB como o principal agente de sepsé de origem materna e doença invasiva precoce no recém-nascido, sendo responsável por elevada taxa de mortalidade. Portanto, o problema existe no nosso meio. Assim, temos que pleitear, junto às autoridades de saúde, que um programa

de prevenção de tal infecção seja implantado efetivamente no Brasil. Para tal, é necessária a conscientização dos profissionais envolvidos com a assistência perinatal, a pesquisa sistemática do EGB na gestação, a identificação dos fatores de risco e a profilaxia antimicrobiana adequada no período intraparto (AIP) ou no período de latência do trabalho de parto prematuro. **Não existe qualquer vantagem em se tratar a gestante colonizada pelo EGB antes do trabalho de parto.**

Tendo como base esta premissa, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Centro Norte-Americano para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) publicaram, em 1996, o primeiro guia de recomendações para a prevenção da doença perinatal pelo EGB (DPEGB), que foi revisado e modificado em 2002 e 2010.

**As recomendações atuais para prevenção da**

**Autora:**

Helenilce de Paula Fiod Costa

**DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA**

Gestão 2010-2013

**Presidente:**

Paulo Roberto Pachi

**Vice-presidente:**

Celeste Gómez Sardinha Oshiro

**Secretário:**

Marta Maria G. B. Mataloun

**Membros:**

Alice D'Agostini Deutsch, Amélia Miyashiro Nunes dos Santos, Ana Maria Andrélo Gonçalves Pereira de Melo, Bettina B. Duque Figueira, Caroline Frank Schindwein, Cecilia Maria Draque, Celso Moura Rebello, Cheung Hei Lee Russo, Claudia Tanuri, Cláudio Ribeiro Aguiar, Clery Bernardi Gallacci, Edineia Vaciloto Lima, Glória Celeste V. R. Fernandes, Helenilce de Paula Fiod Costa, João Cesar Lyra, Ligia Maria S. de Souza Rugolo, Lilian dos Santos R. Sadeck, Maria Fernanda B. de Almeida, Maria Dolabela Magalhaes, Maria Regina Bentlin, Marina Carvalho de Moraes Barros, Marina da Rosa Faria, Monica de Souza B. Pinheiro, Paulo Eduardo de A. Imamura, Pedro Alexandre Frederico Breuel, Renata Suman Mascaretti, Rita de Cássia Xavier Balda, Ruth Guinsburg, Sergio Tadeu M. Marba, Silvia Espiridião, Solange Maria de Saboia e Silva, Solange Ramires Daher, Suely Dornellas do Nascimento, Teresa Maria Lopes de O. Uras, Vera Lucia Figueiredo Senise, Wanda Tobias Marino.

### expediente

**Diretoria da Sociedade de  
Pediatría de São Paulo**  
Triênio 2010 - 2013

**Diretoria Executiva**

**Presidente:**

Clóvis Francisco Constantino

**1º Vice-Presidente:**

Mário Roberto Hirschheimer

**2º Vice-Presidente:**

Eraldo Samogin Fiore

**Secretário Geral:**

Maria Fernanda B. de Almeida

**1º Secretário:**

João Coriolano Rego Barros

**2º Secretário:**

Ana Cristina Ribeiro Zollner

**1º Tesoureiro:**

Lucimar Aparecida Françoso

**2º Tesoureiro:**

Aderbal Tadeu Mariotti

**Diretoria de Publicações**

**Diretora:** Cléa Rodrigues Leone

**Revista Paulista de Pediatría**

**Editora:** Ruth Guinsburg

**Editora associada:** Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

**Editores executivos:**

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Celso Moura Rebello

Mário Cicero Falcão

**Departamentos Científicos**

**Diretor:**

Rubens Feferbaum

**Membros:**

Ciro João Bertoli

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



L.F. Comunicações

**Produção editorial:**

L.F. Comunicações Ltda.

**Editor:**

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

**Revisão:**

Otacília da Paz Pereira

**Arte:**

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

**DPEGB de 2010** tiveram como base a avaliação crítica e os dados dos estudos disponíveis a partir das recomendações anteriores do CDC.

As principais alterações incluem:

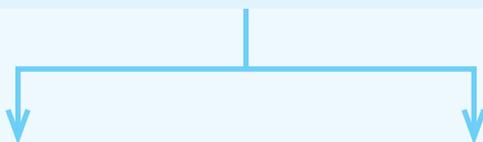
1. Recomendações revisadas para prevenção da doença neonatal precoce pelo EGB em gestantes em trabalho de parto prematuro ou com ruptura prematura de membranas (IG < 37 semanas);
2. Recomendação para que o obstetra valorize qualquer crescimento de colônias na urina de gestantes, e o laboratório de análise informe sempre ao médico quando identificar EGB em urina de grávida;
3. Alteração na dose de manutenção da penicilina cristalina EV;
4. Recomendações atualizadas sobre as opções de AIP em gestantes alérgicas à penicilina;
5. Recomendações de novos métodos laboratoriais para a identificação do EGB;
6. Revisão das recomendações para tratamento dos RN.

O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade de Pediatría de São Paulo recomenda as diretrizes do CDC revisadas em 2010:

1. **Todas as gestantes com IG entre 35 e 37 semanas devem ser investigadas para colonização vaginal e retal para o EGB.** As exceções incluem mulheres com EGB isolado na urina em qualquer momento da gestação ou que tiveram uma criança anterior com doença pelo EGB. Essas gestantes devem receber AIP e não precisam da triagem no terceiro trimestre da gestação;
2. No momento do trabalho de parto ou na ruptura de membranas, a AIP deve ser iniciada em todas as gestantes que apresentarem teste positivo para EGB e mantida a cada 4h até o nascimento, exceto no caso de parto cesáreo eletivo, sem trabalho de parto ou ruptura de membranas (Figura 1);
3. Gestantes em trabalho de parto prematuro ou com ruptura de membranas antes de 37 semanas de gestação devem ser conduzidas de acordo com

### Figura 1. Algoritmo para pesquisa da colonização pelo EGB e uso de profilaxia intraparto (AIP) para as gestantes\*

Culturas de *swab* vaginal e retal com 35 a 37 semanas gestacionais de TODAS as gestantes (a menos que tenha havido bacteriúria por EGB durante a gestação atual ou um filho anterior com doença invasiva por EGB)



#### Profilaxia intraparto indicada

RN anterior com doença invasiva por EGB

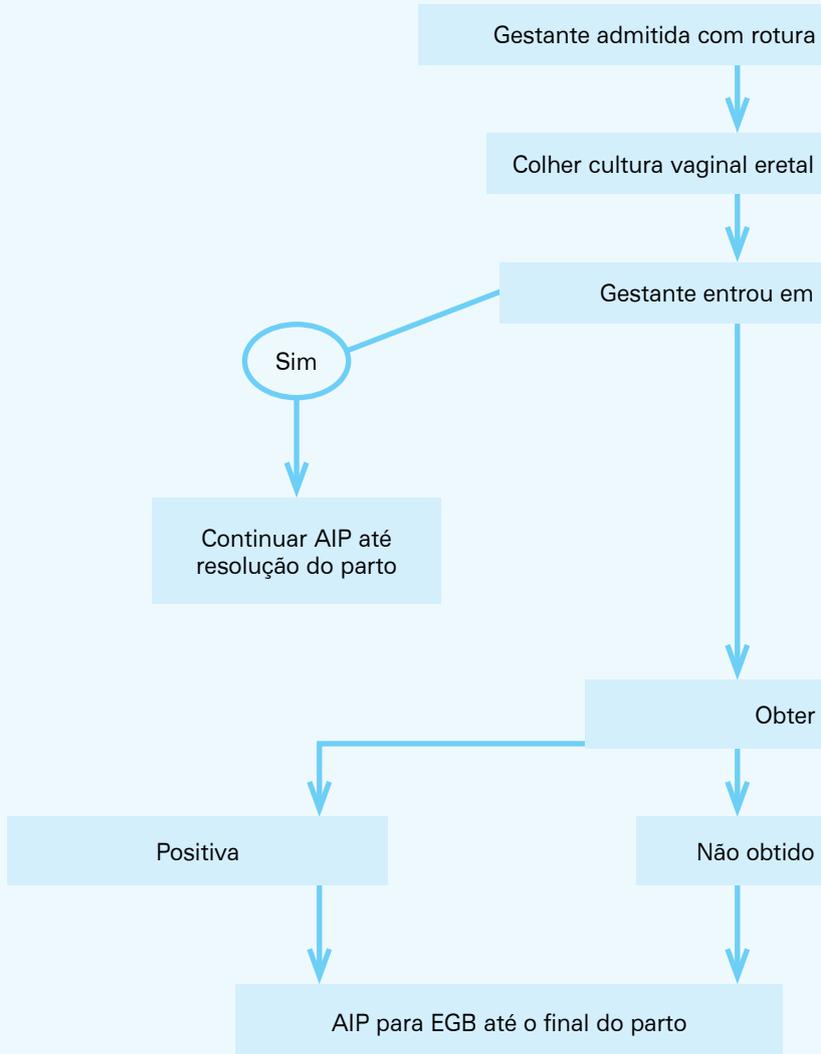
- Bacteriúria por EGB
- Cultura positiva durante a gestação atual (ao menos que o parto seja cesáreo eletivo, na ausência de trabalho de parto ou ruptura de membranas amnióticas)
- Cultura desconhecida para o EGB (não realizada, incompleta ou desconhecida) e qualquer uma das situações abaixo:
  - Parto < 37 semanas
  - Ruptura de membranas por tempo igual ou superior a 18h
  - Temperatura intraparto  $\geq 38^{\circ} \text{C}$

#### Profilaxia intraparto não indicada

- Gestação anterior com cultura positiva para EGB (a menos que a cultura seja também positiva nessa gestação)
- Parto cesáreo eletivo realizado na ausência de ruptura de membranas amnióticas e antes do início do trabalho de parto (independentemente do estado materno de portadora do EGB)
- Cultura retal e vaginal com 35 a 37 semanas (ou até 5 semanas antes do parto) negativa para EGB durante a gestação atual, independentemente da presença de fatores de risco intraparto

\*Ver Figura 2 para rotura prematura de membranas e parto prematuro e Figura 3 para gestantes alérgicas à penicilina

**Figura 2. Algoritmo para pesquisa da colonização pelo com rotura prematura de membranas ou trabalho de**



### EGB e uso de profilaxia intraparto (AIP) para gestantes parto prematuro (TPP= antes de 37 semanas)

prematura de membranas ou TPP

para o EGB e iniciar AIP

trabalho de parto?

Não

Continuar AIP por 48h durante o período de latência e suspender se não estiver em TP verdadeiro

resultado das culturas

antes do TP

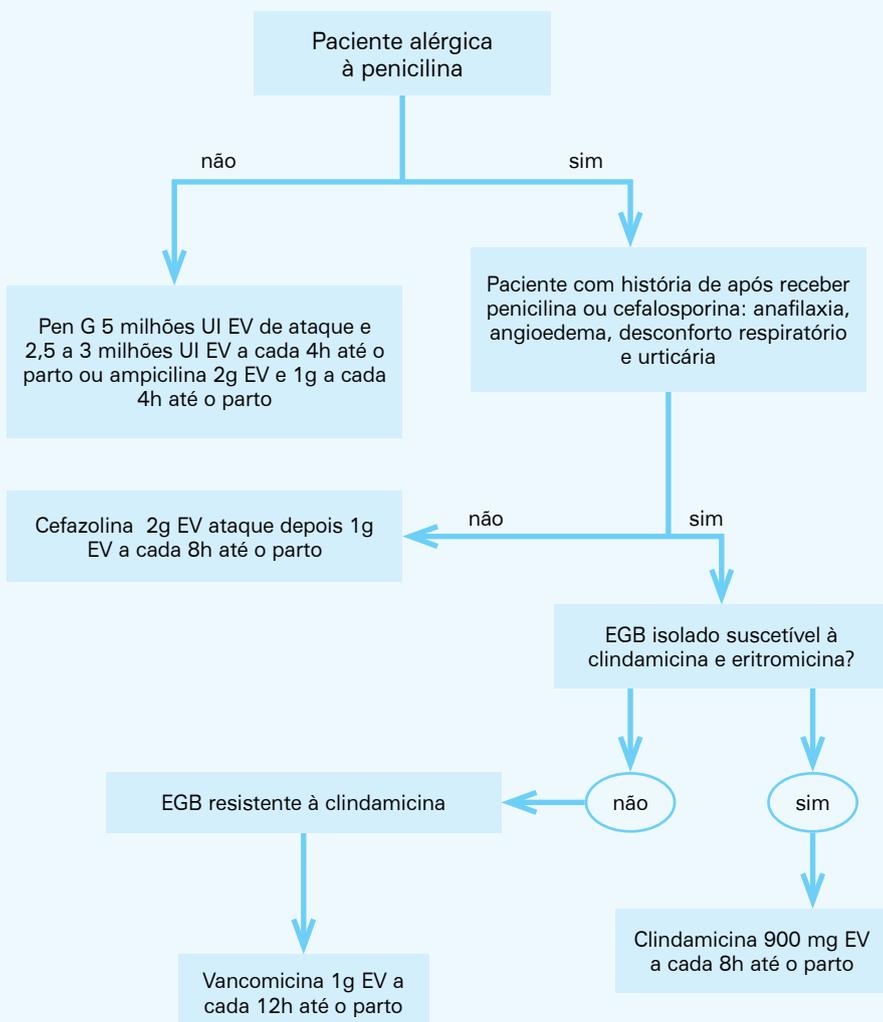
Negativa

Não há necessidade de profilaxia  
Repetir pesquisa em 35-37 semanas se o parto não ocorrer antes

- o **algoritmo da Figura 2**. Em toda gestante com **IG > 22 semanas** que necessite de internação hospitalar, por risco de trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, cerclagem ou outras causas devemos sempre colher cultura por ocasião da admissão hospitalar. Na presença de resultado de cultura positivo, não há necessidade de nova coleta, visto que a indicação de AIP já está estabelecida. Para as pacientes com resultado negativo e/ou inibição do trabalho de parto, a nova coleta deverá ser solicitada em cinco semanas;
4. Gestantes com cultura para EGB não colhida ou desconhecida, recomenda-se, no momento do parto, a antibioticoprofilaxia tendo como base os seguintes fatores de risco: parto com IG < 37 semanas; temperatura intraparto > 38°C; ruptura de membranas > 18h e/ou corioamnionite, filho anterior com doença pelo EGB e bacteriúria pelo EGB na gestação;
  5. A AIP deve ser considerada adequada quando forem administradas duas doses de penicilina ou ampicilina IV, com intervalo de 4h antes do parto, ou uma dose de ceftazolidina no intervalo de 8h. Para as gestantes alérgicas à penicilina, ver as recomendações no **algoritmo da Figura 3**;
  6. Novos métodos de identificação do EGB estão sendo testados com resultados mais rápidos e confiáveis (inclusive no Brasil);
  7. Recém-nascidos (RN) com risco para doença neonatal pelo EGB ou mãe com corioamnionite, deve-se proceder de acordo com o **algoritmo da Figura 4**.
- Observação: Em gravidez múltipla espontânea ou induzida, com ou sem cerclagem, é recomendável que as culturas sejam colhidas a partir de 28 semanas pelo risco de trabalho de parto prematuro e repetidas a cada cinco semanas, se o parto não ocorrer.

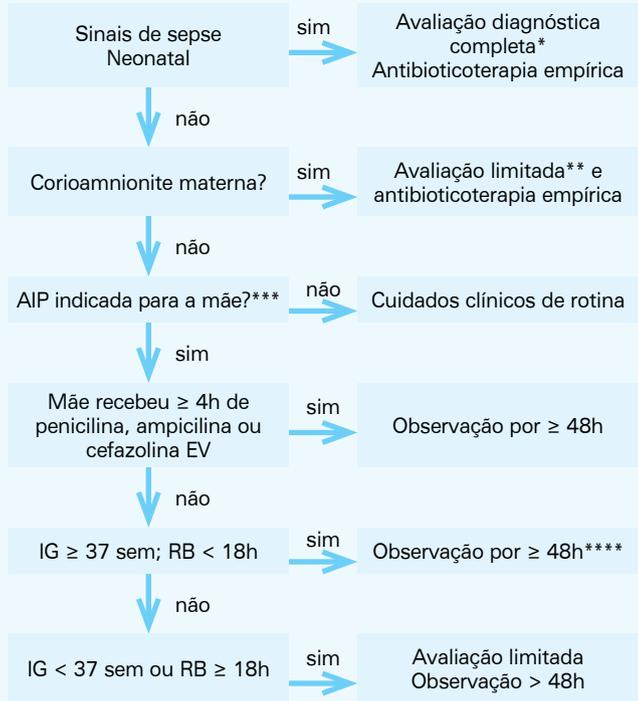
*Estas recomendações do Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo são um guia para a prática clínica e visam à assistência perinatal adequada que é prioritária para a diminuição de mortalidade materna e infantil no Brasil.*

### Figura 3. Recomendações para AIP para prevenção de doença precoce pelo EGB em gestantes alérgicas à penicilina



AIP= profilaxia intraparto; EGB= estreptococo do grupo B.

### Figura 4. Algoritmo para prevenção da infecção neonatal precoce pelo EGB



#### Referências bibliográficas

Mckenn DS, Iams JD, Goup B. Streptococcal Infections. Sem perinatol 1998; 22 (4): 267-276.

Costa HPF, Richtman R, Vaciloto EL. Estreptococo do grupo B; emergente ou desconhecido? Jornal da SOGESP 2001; 6:24-26.

Edwards MS, Nizet V. Group B Streptococcal Infections In: Remington & Klein J.O., Wilson, Nizet, Maldonado eds. Infectious disease of the fetus and newborn infant. 7 th ed. Philadelphia, PA: WB Sanders Co & Elsevier 2011:419-469.

Boyer K.M., Gotoff S.P. Antimicrobial Prophylaxis of Neonatal Group B Streptococcal Sepsis. Clin Perinatol, 1988; 15(4): 831-850.

Vaciloto E, Richtmann R, Costa HPF, Kusano EJU, Almeida MFB, Amaro ER. A survey of the incidence of neonatal sepsis by Group B Streptococcus during a decade in a Brazilian maternity hospital. The Brazilian Journal of Infectious Diseases 2002; 6(2):55-62.

Pogere A, Zocoli CM, Tobouti NR, Freitas PF. Prevalência da colonização pelo estreptococo do grupo B em gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(4):174-180.

CDC. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: a public health perspective. MMWR 1996; vol 45 (No.RR-7)

Schrag SG, Gowitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guidelines from CDC. MMWR 2002; vol 51 (No.RR-11).

Verani JR, Mc GeesL, Scharag SG. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC. MMWR, 2010; 59,(No.RR-10).

\* Avaliação diagnóstica completa = hemograma + PCR + hemocultura + LCR + RX tórax

\*\* Avaliação limitada = hemograma completo + PCR + hemocultura

\*\*\* AIP na gestante: cultura positiva para EGB até 5 sem. antes do parto; presença de fatores de risco: IG < 37 sem; T > 38°C; RB ≥ 18 h; bacteriúria pelo EGB na gestação e história de RN prévio com doença invasiva para EGB.

\*\*\*\* Alguns especialistas recomendam hemograma completo e PCR quantitativo com 6 a 12h e 36h de vida.

**OBS: Antibioticoterapia empírica = penicilina ou ampicilina + gentamicina.**

PCR: proteína C reativa; LCR: liquor; EGB: estreptococo do grupo B.