



Secretaria Municipal da Saúde

Nota Técnica nº 008/2020:
PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NEONATAL
PELO STREPTOCOCCUS AGALACTIAE
(ESTREPTOCOCO GRUPO B OU GBS)

13/Agosto/2020

NOTA TÉCNICA 008/2020

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NEONATAL PELO *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* (ESTREPTOCOCO GRUPO B OU GBS)

O QUE COMPETE À ATENÇÃO BÁSICA (NO PRÉ-NATAL):

1. Rastreamento:

O método de rastreamento é baseado na cultura de secreção vaginal e retal, colhidas por SWAB, para EGB, entre a 35ª e a 37ª semanas de gestação, para todas as gestantes.

2. Instruções para coleta de material para cultura de *Streptococcus agalactiae* (Estreptococo Grupo B ou GBS):

A coleta deve ser realizada obrigatoriamente entre a 35ª e a 37ª semanas de gestação ou a critério médico.

Para coleta de material em grávida, é necessário não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta. Se tiver tomado banho ou evacuado pela manhã, é possível coletar o material no final da tarde.

Fazer inicialmente um swab no intróito vaginal sem utilização de espéculo. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o swab por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal.

Fazer posteriormente um swab anal introduzindo levemente (em torno de 0,5 cm) no esfíncter anal.

Identificar os meios de transporte com os respectivos locais de coleta (vaginal e anal).

Conservação para envio:

Meio de transporte: Stuart

Após a coleta, manter os tubos em temperatura ambiente até o envio ao laboratório, que poderá ser em um prazo de até 3 dias.

O QUE COMPETE À MATERNIDADE (NA ASSISTÊNCIA AO PARTO):

Antibioticoprofilaxia:

Para prevenir a infecção neonatal por EGB, o método de escolha é a antibioticoprofilaxia intraparto, iniciando-se 4 horas antes do nascimento. A eficácia desta profilaxia, realizada no período intraparto, é estimada em torno de 25 a 30% dos casos, reduzindo a mortalidade em 10%. A utilização de antimicrobianos antes do trabalho de parto ou da ruptura prematura das membranas ovulares não se mostrou eficaz. A colonização materna pode ser reduzida por este método, mas a chance de recidiva mostrou-se elevada. A única exceção para iniciar o tratamento durante a gestação é a infecção urinária por EGB.

Indicações de antibioticoprofilaxia intraparto:

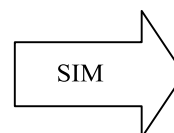
- Iniciar, após o início do Trabalho de Parto ou no momento da ruptura de membranas, em todas as gestantes que tiverem cultura de secreção vaginal positiva para EGB. A colonização em gestação anterior não é indicação para antibioticoprofilaxia nas gestações posteriores, exceto se a colonização persistir;
- Pacientes com EGB isolados na urina em qualquer concentração, durante o decorrer da gestação, tratadas ou não, e que evoluíram assintomáticas;
- Antecedente de recém nascido acometido por doença causada pelo EGB em parto prévio, não sendo necessária a pesquisa para EGB na gestação atual.

Casos em que o resultado da cultura não é conhecido ou esta não foi realizada, recomenda-se antibioticoprofilaxia quando existir algum dos fatores de risco abaixo:

- Trabalho de parto ou ruptura de membranas em gestação com menos de 37 semanas
- Ruptura das membranas ovulares há 18 horas ou mais
- Temperatura materna intraparto maior ou igual a 38º C.

Observação: Mulheres com rastreamento para EGB negativo ao redor de 5 semanas antes do parto não necessitam de profilaxia intraparto, mesmo apresentando fatores de risco (Idade gestacional < 37 semanas, duração da ruptura de membranas > de 18 horas ou T > de 38ºC).

- Cultura para EGB positiva
- RN prévio infectado pelo EGB
- Bacteriúria por EGB nesta gestação
- Parto ou amniorrexe com IG < 37 semanas
- Bolsa rota há mais de 18 horas
- Temperatura intraparto acima de 38 graus



Realizar
Antibiotico-
Profilaxia

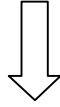
A antibioticoprofilaxia deve ser introduzida e mantida até o momento do nascimento.

Recomenda-se o uso da penicilina G 5 milhões UI endovenosa como dose de ataque, seguida de 2.500.000 UI endovenosa de 4 em 4 horas.

Como alternativa pode ser usada a ampicilina na dose de 2,0 gramas endovenoso como dose de ataque seguida de 1,0 grama endovenoso a cada 4 horas. No caso de pacientes alérgicas a penicilina deve-se usar eritromicina ou clindamicina, dependendo da sensibilidade do EGB na cultura, pois a relatos de resistência desta bactéria a estes antimicrobianos.

O uso de vancomicina está reservado as pacientes alérgicas à penicilina e cuja cultura mostrou resistência a eritromicina e a clindamicina.

Penicilina G: 5.000.000UI ev dose de ataque /
2.500.000 ev de 4 em 4 horas até o parto



Antibióticoprofilaxia

OU

Ampicilina: 2g ev dose de ataque / 1g ev de 4 em 4
horas até o parto

Alérgicas

Eritromicina : 500mg ev de 6 em 6 horas

OU

Clindamicina : 900mg ev de 8 em 8 horas

EGB
Resistente

Vancomicina: 1g ev de 12 em 12 horas

O QUE COMPETE AO NEONATOLOGISTA (NA ASSISTÊNCIA AO RN):

1. Se a mãe é portadora de EGB, sem outros fatores de risco e recebeu antibióticoprofilaxia introduzida pelo menos 4 horas antes do parto e mantida, de 4 em 4 horas, até o momento do nascimento:
 - a. RN com sintomas de infecção:
 - i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura, LCR após resultado de plaquetas e R-x de Tórax caso tenha manifestação respiratória.
 - ii. Iniciar antibiótico empírico penicilina cristalina e

aminoglicosídeo para cobrir EGB e gram negativo;

b. RN assintomático com IG menor de 35 semanas:

- i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura e aguardar resultados para iniciar ATB;
- ii. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
- iii. Se exames alterados iniciar com penicilina cristalina;
- iv. Se exames normais observar clinicamente por 60 horas antes de liberar a alta.

c. RN assintomático com IG maior ou igual a 35 semanas

- i. Não é necessário colher exames, devendo ser observado clinicamente por no mínimo 60 horas antes de receber alta.

2. Se a mãe é portadora de EGB, sem outros fatores de risco e não recebeu antibioticoprofilaxia ou foi inadequada:

a. RN com sintomas de infecção:

- i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura, LCR após resultado de plaquetas e R-x de Tórax caso tenha manifestação respiratória. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
- ii. Iniciar antibiótico empírico penicilina cristalina e aminoglicosídeo para cobrir EGB e gram negativo.

b. RN assintomático com IG menor de 35 semanas:

- i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura e iniciar ATB com penicilina cristalina. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
- ii. Se exames alterados manter penicilina cristalina,
- iii. Se exames normais suspender ATB com 60 horas de hemocultura parcial negativa. Aguardar 24 horas após a suspensão do ATB para liberar a alta.

c. RN assintomático com IG maior ou igual a 35 semanas:

- i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura e observar clinicamente. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
 - ii. Se exames alterados iniciar penicilina cristalina;
 - iii. Se exames normais observar por no mínimo 60 horas antes de liberar alta.

3. Se a mãe é portadora de outro fator de risco maior para infecção (Bolsa rota maior que 18 horas, febre materna, sinais de corioamnionite, independente de antibioticoprofilaxia:
 - a. RN com sintomas de infecção:
 - i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura, LCR após resultado de plaquetas e R-x de Tórax caso tenha manifestação respiratória. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
 - ii. Iniciar antibiótico empírico penicilina cristalina e aminoglicosídeo para cobrir EGB e gram negativo.

 - b. RN assintomático com IG menor de 35 semanas:
 - i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura e iniciar ATB com penicilina cristalina e aminoglicosídeo. Repetir coleta de exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;
 - ii. Se exames alterados mantê-los,
 - iii. Se exames normais suspender ATB com 60 horas de hemocultura parcial negativa. Aguardar 24 horas após a suspensão do ATB para liberar a alta;

 - c. RN assintomático com IG maior ou igual a 35 semanas:
 - i. Logo após o nascimento - hemograma, proteína C reativa, hemocultura e observar clinicamente. Repetir coleta de

exames com 24 horas de vida – hemograma, proteína C reativa;

- ii. Se exames alterados iniciar penicilina cristalina e aminoglicosídeo;
- iii. Se exames normais observar por no mínimo 60 horas antes de liberar alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Allen UD, Navas L, King SM. Effectiveness of intrapartum penicillin prophylaxis in preventing early-onset group B streptococcal infection: results of a meta-analysis. *Can Med Assoc J*, 149: 1659-1665, 1993.
2. Centers for Disease Control (CDC). Early onset group B streptococcal disease, United States, 1998-1999. *MMWR*, 49:793-6, 2000.
3. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. *MMWR*: 51 (RR11); 1-22, 2002.
4. Smill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal disease. In: *Cochrane database of systematic reviews*, issue 4. Oxford: Update Software, 2000.