

ARTIGO

CNEs

SÉRIES ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO
COMISSÕES NACIONAIS ESPECIALIZADAS

Estreptococo do grupo B em Obstetrícia

Rossana Pulcineli
Vieira Francisco¹

O estreptococo do grupo B é um coco gram-positivo, beta-hemolítico: em 1970, nos EUA, antes de ser instituída a profilaxia antenatal, esta bactéria foi considerada a causa mais comum de sepse e meningite em menores de três meses.⁽¹⁾

A colonização da gestante pelo estreptococo do grupo B é associada ao maior risco de complicações maternas e neonatais. A complicação de maior relevância clínica, por sua gravidade, é a sepse neonatal precoce, principalmente em fetos prematuros. Dentre as complicações maternas, as mais frequentes são a bacteriúria assintomática, a infecção urinária e a pielonefrite.

O estreptococo do grupo B está presente na flora gastrointestinal entre 1,6% e 36% das gestantes, de forma transitória ou crônica. Dois estudos realizados no Brasil apontam taxas de colonização materna entre 14,1% e 27,6%.^(2,3) Esta grande variação pode ser justificada pela característica dessa bactéria em colonizar o sistema gastrointestinal.

A presença dessa bactéria de forma recorrente justifica o fato de que o uso de antibióticos durante o pré-natal não previne a reinfecção e, conseqüentemente, a transmissão vertical. A forma como ocorre a colonização tem sido um grande desafio, pois é extremamente difícil garantir se, no momento do parto, a gestante estará ou não colonizada por essa bactéria. Por outro lado, deve-se refletir que o uso indiscriminado de antibióticos associa-se ao aumento da resistência bacteriana, o que é um grave problema de saúde pública. Alguns autores têm apontado que a utilização da profilaxia antenatal para o estreptococo do grupo B pode aumentar o risco de sepse por outros agentes, o que precisa ser cuidadosamente monitorado.

Estima-se que, nas pacientes colonizadas, a transmissão vertical ocorra em até 50% dos casos, e a infecção fetal entre 1% e 2%. A infecção fetal costuma se apresentar como septicemia neonatal precoce, meningite e pneumonia.

1. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. **Autora correspondente:** Rossana Pulcineli Vieira Francisco - Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – ICHC - 10º andar, sala 10084, 05403-000, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil. rossana.francisco@hc.fm.usp.br.

Este texto faz parte das Séries Orientações e Recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. A autora é membro da Comissão Nacional Especializada de Urgências Obstétricas.



Nestes casos, a taxa de letalidade é de 20% a 30%, segundo os dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1996.⁽⁴⁾ Na tentativa de identificar o maior número possível de casos nos quais exista a colonização por essa bactéria e assim reduzir as complicações neonatais, em 2002, o CDC, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a American Academy of Pediatrics (AAP) passaram a recomendar o rastreamento universal e a antibioticoprofilaxia intraparto.⁽⁵⁾

Nos EUA, estas medidas fizeram com que a prevalência de sepse neonatal precoce caísse de 2 a 3 casos por 1.000 nascimentos para 0,33 caso por 1.000 nascimentos.⁽⁶⁾ Se os resultados foram significativos para a doença de início precoce, não se pode dizer o mesmo para a sepse neonatal de início tardio, que não teve modificações significativas em sua frequência após a introdução da profilaxia intraparto.⁽⁶⁾

Assim, preconiza-se o rastreamento universal por meio de cultura vaginal e retal entre 35 e 37 semanas de idade gestacional. Caso tenha sido identificada a presença de bacteriúria assintomática pelo estreptococo do grupo B em qualquer momento do seguimento pré-natal, deve-se considerar a paciente como de risco para a infecção neonatal por esse agente. Caso a paciente tenha resultado positivo para a cultura de estreptococo B, ela deverá receber antibioticoprofilaxia durante o trabalho de parto e parto.⁽⁷⁾

Há ainda a possibilidade de se utilizar o rastreamento por fatores de risco, especialmente nas pacientes que não realizaram a cultura vaginal/retal. Os principais fatores de risco são: prematuridade (parto com idade gestacional inferior a 37 semanas), rotura prematura de membranas ovulares há mais de 18 horas, febre durante o trabalho de parto e filho anterior infectado por essa bactéria.⁽⁷⁾

A transmissão dessa bactéria para o feto se faz principalmente durante o trabalho de parto e o parto, motivo pelo qual é neste momento que se concentram os esforços para a profilaxia da transmissão vertical. O rastreamento clínico e laboratorial desta infecção permite que se realize a profilaxia intraparto para prevenção da infecção neonatal precoce.

Assim, receberão profilaxia intraparto as pacientes com antecedente de filho com infecção neonatal por estreptococo do grupo B, gestante que tenha apresentada bacteriúria assintomática ou infecção urinária pelo estreptococo B na gestação atual e paciente em trabalho de parto ou com rotura prematura de membranas e cultura positiva.⁽⁷⁾

Em caso de rastreamento não realizado, com fatores de risco presentes (idade gestacional <37 semanas, ruptura de membranas há 18 horas ou mais e temperatura materna intraparto maior ou igual a 38°C), as gestantes também devem receber profilaxia.⁽⁷⁾

Outro grupo importante são os casos de rotura prematura de membranas nos quais se pretende ter conduta expectante. Neste, se recomenda a coleta da cultura para estreptococo do grupo B e início de antibioticoprofilaxia para prevenção da sepse neonatal, que será mantida por 48 horas, quando se espera que se tenha o resultado da cultura para estreptococo; em caso de cultura positiva, deverá ser realizada nova prescrição de antibioticoprofilaxia no momento do parto.

A profilaxia recomendada como primeira linha é a penicilina cristalina com dose inicial de 5 milhões de unidades intravenosa (IV), seguida de dose de manutenção de 2,5 milhões de unidades a cada quatro horas até o parto. Alternativamente, pode-se utilizar a cefazolina na dose inicial de 2g IV, seguida de 1g IV a cada oito horas até o parto ou a clindamicina 900 mg IV a cada oito horas até o parto ou a vancomicina, 1g IV a cada 12 horas até o parto. A ampicilina também é uma opção, na dose inicial de 2 g IV seguida de 1g IV a cada quatro horas até o parto; mas, deve-se ter cuidado com a prescrição desse medicamento pois associa-se a maior risco de resistência bacteriana.⁽⁷⁾

Alguns fatos merecem discussão como a idade gestacional de realização da cultura, a necessidade de repetição desta e os casos nos quais não se recomenda a antibioticoprofilaxia. A escolha da idade gestacional para realização da pesquisa universal para estreptococo do grupo B baseia-se no maior intervalo de tempo no qual se obtém os melhores valores preditivos positivos e negativos para essa infecção, que é de cinco semanas.

Assim, a pesquisa com 35 semanas nos dará uma cobertura satisfatória até 40 semanas, e àquela realizada com 37 semanas até 42 semanas. É importante lembrar que caso a paciente apresente trabalho de parto prematuro ou amniorrexe prematura e cultura com resultado negativo para estreptococo do grupo B, e caso sua gestação avance por período superior a 5 semanas, a cultura deverá ser repetida.⁽⁷⁾

Mesmo pacientes com programação para cesariana eletiva deverão realizar o rastreamento entre 35 e 37 semanas, pois poderão entrar em trabalho de parto ou apresentar amniorrexe antes da data prevista para o parto e, caso a cultura seja positiva, poderão se beneficiar da antibioticoprofilaxia.⁽⁸⁾

A antibioticoprofilaxia não está recomendada quando a cultura de estreptococo for realizada em intervalo menor que 5 semanas e é negativa, na cesariana eletiva (sem trabalho de parto ou amniorrexe prematura) independentemente do resultado da cultura para estreptococo do grupo B, quando na gravidez anterior à cultura foi positiva para estreptococo do grupo B mas na gestação atual é negativa.⁽⁸⁾

Outro fato bastante relevante é que não conhecemos, na forma populacional, a prevalência da colonização materna e da sepse neonatal pelo estreptococo do grupo B no Bra-

sil, o que nos impede de avaliar o real impacto da adoção das medidas de rastreamento universal e da antibioticoprofilaxia em nosso país.

De maneira ideal, espera-se que, em um futuro breve, ocorra o desenvolvimento de um teste rápido que possa ser realizado no momento do trabalho de parto e, assim, assegurar para quais pacientes a profilaxia deva ser realizada de fato. Outra possibilidade seria o desenvolvimento de vacina capaz de conferir imunidade materna e/ou proteção fetal.⁽⁹⁾

Apesar de existirem recomendações claras para o rastreamento universal e a profilaxia intraparto, ainda há muito que se estudar em relação à infecção pelo estreptococo do grupo B para que se possa avançar na profilaxia da sepse neonatal para esse agente, sem que exista o aumento da resistência bacteriana e suas consequências.

Orientações e recomendações

- Deve-se realizar o rastreamento universal por meio de cultura vaginal e retal entre 35 e 37 semanas de idade gestacional;
- Receberão profilaxia intraparto as pacientes com antecedente de filho com infecção neonatal por estreptococo do grupo B, gestante que tenha apresentada bacteriúria assintomática ou infecção urinária pelo estreptococo B na gestação atual, e paciente em trabalho de parto ou com rotura prematura de membranas e cultura positiva;
- A profilaxia deverá ser concretizada em caso de rastreamento não realizado, quando a idade gestacional no momento do parto for <37 semanas, ruptura de membranas há 18 horas ou mais ou temperatura materna intraparto maior ou igual a 38°C;
- A antibioticoprofilaxia não está recomendada quando a cultura de estreptococo é negativa, na cesariana eletiva (sem trabalho de parto ou amniorrexe prematura) independentemente do resultado da cultura para estreptococo do grupo B ou quando, na gravidez anterior, a cultura for positiva para estreptococo do grupo B mas na gestação atual é negativa;
- A escolha do antibiótico para a profilaxia deverá ser cuidadosa para que se previna a resistência bacteriana;
- O tratamento recomendado como primeira linha é a penicilina cristalina, com dose inicial de 5 milhões de unidades intravenosa, seguidas de dose de manutenção de 2,5 milhões de unidades a cada quatro horas até o parto;
- São alternativas para a antibioticoprofilaxia: a cefazolina, a clindamicina e a vancomicina, e
- Há necessidade de estudos que avaliem a prevalência de sepse neonatal no Brasil e também que se dediquem ao desenvolvimento de teste rápido, para uso no trabalho de parto, e de vacinas.

REFERÊNCIAS

1. Baker CJ, Barrett FF, Gordon RC, Yow MD. Suppurative meningitis due to streptococci of Lancefield group B: a study of 33 infants. *J Pediatr*. 1973;82:724-9.
2. El Beitune P, Duarte G, Maffei CML. Colonization by *Streptococcus agalactiae* during pregnancy: maternal and perinatal prognosis. *Braz J Infect Dis*. 2005;9:276-82.
3. Nomura M, Passini Júnior R, Oliveira UM, Calil, R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. *RBGO* 2009; 31 (8):397-403.
4. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *MMWR* 1996;45(No. RR-7).
5. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: revised guidelines from CDC. *MMWR* 2002;51(No. RR-11).
6. CDC. Trends in perinatal group B streptococcal disease—United States, 2000–2006. *MMWR* 2009; 58:109–12.
7. CDC. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC. *MMWR*. 2010; 59:1-32.
8. Yancey MK, Schuchat A, Brown LK, Ventura VL, Markenson GR. The accuracy of late antenatal screening cultures in predicting genital group B streptococcal colonization at delivery. *Obstet Gynecol*. 1996; 88:811–5.
9. Jordan HT, Farley MM, Craig A, et al. Revisiting the need for vaccine prevention of late-onset neonatal group B streptococcal disease: a multistate, population-based analysis. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27:1057–64.