

MED-REVIEW



SEPSE NEONATAL

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

SEPSE NEONATAL

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Se a prova é amanhã e você precisa garantir os pontos desse tema, foque nesta tabela. A banca vai tentar te confundir entre **quando fazer profilaxia na mãe e quando tratar o bebê**.

CENÁRIO DE PROVA	O QUE VOCÊ PRECISA SABER
Profilaxia Intraparto para GBS (Streptococo B)	Indicar se: Swab positivo (válido por 5 semanas), Bacteriúria por GBS na gestação atual (qualquer contagem), filho anterior com doença invasiva por GBS ou Status desconhecido + Fator de Risco (prematureo, febre intraparto, bolsa rota >18h, pesquisa de GBS positiva em gestação anterior).
Mãe com Cesárea Eletiva	NÃO faz profilaxia para GBS se a bolsa estiver íntegra e fora de trabalho de parto, mesmo com swab positivo.
Sepse Precoce (< 72h)	Principais agentes: Streptococcus agalactiae (GBS) e E. coli. Tratamento: Ampicilina + Gentamicina .
Sepse Tardia (> 72h)	Agentes hospitalares (S. aureus, Gram negativos) ou comunitários. Tratamento: depende da flora, mas o mais comum é a associação de Oxacilina e Ampicilina.
RN Assintomático de mãe com GBS+	Se a mãe recebeu profilaxia adequada (>4h antes do parto, Penicilina/Ampicilina/Cefazolina), a conduta é OBSERVAR por 36-48h. Não colher exames, não dar antibiótico.
A "pegadinha" da Bacteriúria	Teve bacteriúria por GBS na gestação? Não importa se tratou, não importa se o swab atual é negativo: TEM QUE FAZER PROFILAXIA no parto.

INTRODUÇÃO

Contexto Clínico

Você está no alojamento conjunto ou na UTI Neonatal. O recém-nascido (RN), que parecia bem, começa a ficar “estranho”. A mãe diz que ele não está mamando direito, você nota uma hipoatividade, talvez uma gemência leve.

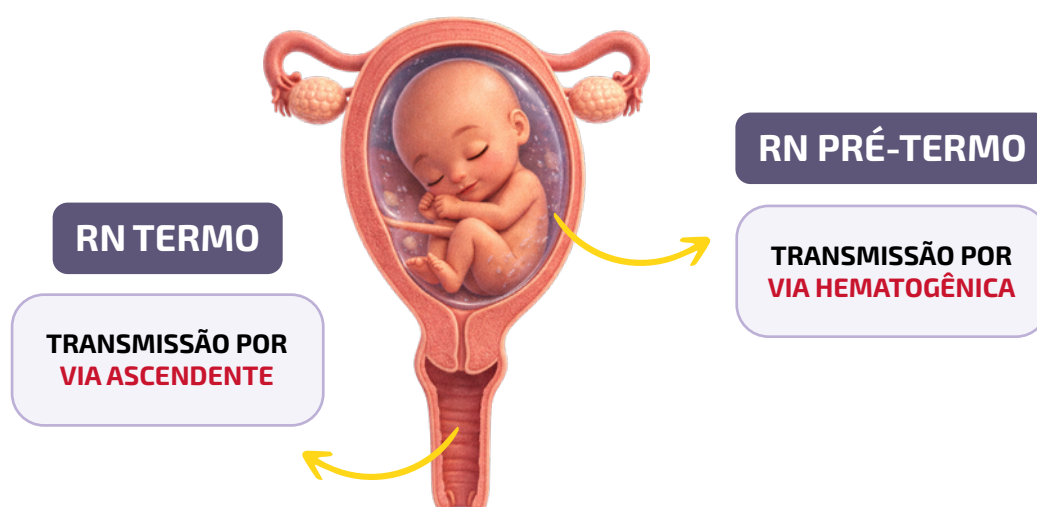
Cuidado: em neonatologia, o bebê não faz o quadro clássico de febre alta e calafrios do adulto. Muitas vezes, a **hipotermia** ou a **instabilidade térmica** são os únicos sinais, especialmente nos recém nascidos pré-termo.

A sepse neonatal é uma das principais causas de morbimortalidade nessa faixa etária e segue uma regra de **proporcionalidade inversa**: a incidência e a mortalidade aumentam drasticamente à medida que a idade gestacional e o peso ao nascer diminuem. Enquanto a incidência em **recém-nascidos a termo (RNT)** é baixa, estimada em **0,5 casos por 1.000 nascidos vivos**, esse risco dispara nos prematuros, chegando a **6/1.000** em menores de 34 semanas e atingindo o pico de **32/1.000** nos prematuros extremos (22-24 semanas).

O sistema imune do RN é imaturo, e a infecção se espalha rápido. Por isso, as provas cobram tanto a **prevenção** (na mãe) quanto a **ação rápida** (no bebê).

Nos RN nascidos a termo, a maior parte das infecções ocorre por via ascendente, durante o trabalho de parto, a partir da colonização e infecção do compartimento uterino pela flora gastrointestinal e geniturinária materna, com subsequente colonização e infecção fetal e/ou aspiração de líquido amniótico infectado pelo feto.

Já nos RN pré-termo, a infecção intra-amniótica acontece mais frequentemente antes do início do trabalho de parto e muitas vezes a própria infecção é a causa da prematuridade e da rotura prematura de membranas amnióticas.



Por que esse tema cai tanto?

As bancas amam esse tema por um motivo: ele tem protocolos rígidos de prevenção. Onde tem protocolo, tem questão de prova.

O foco principal dos concursos é a **profilaxia do Estreptococo do Grupo B (GBS)** e a decisão de iniciar ou não antibiótico no bebê que acabou de nascer.

CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Sepse Neonatal tem como base a análise de três pontos fundamentais:

- História, fatores de risco e profilaxia antibiótica da mãe, principalmente na Sepse Precoce
- Apresentação clínica e fatores de risco do RN
- Exames complementares



A DIVISÃO DO TEMPO: PRECOCE VS TARDIA

A primeira coisa que você vai olhar no enunciado é a idade do bebê. Isso muda os “bichos” prováveis e o antibiótico.

1. **Sepse Precoce (Early-onset):** Ocorre nas primeiras **72 horas** de vida (algumas referências aceitam até 7 dias, mas para prova, pense nos primeiros 3 dias).
 - **Origem:** Vertical (da mãe para o feto). Ascensão de bactérias pela vagina (corioamnionite) ou passagem pelo canal de parto.
 - **Agentes:** nos RNT, a infecção por **Estreptococo do Grupo B (GBS)** ainda é mais comum do que por *E. coli*, ao passo que nos prematuros extremos (<28 semanas), a ***Escherichia coli*** se torna o agente predominante e muito mais letal. A ***Listeria monocytogenes*** aparece em casos de líquido amniótico “acastanhado” ou corioamnionite grave.
2. **Sepse Tardia (Late-onset):** Ocorre **após 72 horas** de vida.
 - **Origem:** Horizontal (mãos dos profissionais, cateteres, ventilação mecânica) ou comunitária.
 - **Agentes:** *Staphylococcus aureus*, *Estafilococo Coagulase Negativo* (muito comum em UTI), Gram-negativos hospitalares (*Klebsiella*, *Pseudomonas*).

SEPSE NEONATAL PRECOCE**≤ 72 HORAS DE VIDA****STREPTOCOCCO DO GRUPO B (GBS)**
ESCHERICHIA COLI
LYSTERIA MONOCITOGENES**SEPSE NEONATAL TARDIA****> 72 HORAS DE VIDA****STAPHYLOCOCCUS AUREUS**
ESTAFILOCOCOS COAGULASE NEGATIVO
GRAM NEGATIVOS HOSPITALARES
(KLEBSIELLA PSEUDOMONAS)

Avaliando a mãe

Quando olhamos para a mãe, estamos procurando a fonte da infecção vertical e, por isso, esse passo é especialmente importante no caso da Sepse Neonatal Precoce.

O **grande vilão** das provas é a colonização pelo **Estreptococo do Grupo B (GBS)** sem a profilaxia intraparto adequada, mas a lista de perigos não para aí.

Fique atento à **Corioamnionite** (ou infecção intra-amniótica), caracterizada clinicamente por febre materna intraparto ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) associada a sinais como secreção purulenta, taquicardia fetal ou leucocitose materna. Além disso, a quebra da barreira de proteção fetal é crucial: a **rotura de membranas ≥ 18 horas** (RPMO prolongada) é um critério clássico de risco. Complete o checklist com o **trabalho de parto prematuro** (< 37 semanas) e a presença de **infecção do trato urinário (ITU) materna** não tratada ou cujo tratamento iniciou há menos de 72 horas do parto, pois indicam alta carga bacteriana capaz de ascender e contaminar o feto.

Trabalho de parto < 37 sem de gestaçãoRotura de membranas ovulares ≥ 18 horas

Colonização pelo GBS em gestante sem antibioticoterapia profilática intraparto

Corioamnionite

Febre materna nas 48h que antecedem o parto

Cerclagem ou uso de pessário na gestante

Procedimentos de medicina fetal nas 72h anteriores ao parto/nascimento

ITU materna sem tratamento ou em tratamento a menos de 72h



E naquelas gestantes com fatores de risco, precisamos fazer a profilaxia com antibiótico para evitar a sepse precoce pelo GBS.

Quem deve receber antibiótico intraparto?

1. História de filho anterior com doença invasiva por GBS.
2. Bacteriúria por GBS na gestação atual.
3. Swab retovaginal positivo (colhido entre 36-37 semanas e 6 dias).
4. **Status desconhecido** (sem swab ou colhido há > 5 semanas) **MAIS** um fator de risco:
 - Trabalho de parto prematuro (< 37 semanas).
 - Ruptura de membranas $\geq$ 18 horas.
 - Febre materna intraparto ($\geq 38^{\circ}\text{C}$).



ATENÇÃO NA PROVA

Se a paciente vai para **cesárea eletiva**, com **bolsa íntegra** e **sem trabalho de parto**, **NÃO** faz profilaxia, mesmo que o swab seja positivo!

Qual antibiótico usar?

- **Escolha:** Penicilina Cristalina EV (ataque + manutenção 4/4h).
- **Alternativa:** Ampicilina EV.
- **Alergia leve:** Cefazolina.
- **Alergia grave (anafilaxia):** Clindamicina (se sensível) ou Vancomicina.

Definição de Profilaxia Adequada: Antibiótico correto (Penicilina, Ampicilina ou Cefazolina) iniciado pelo menos **4 horas antes** do nascimento.

Quadro Clínico e fatores de Risco do RN

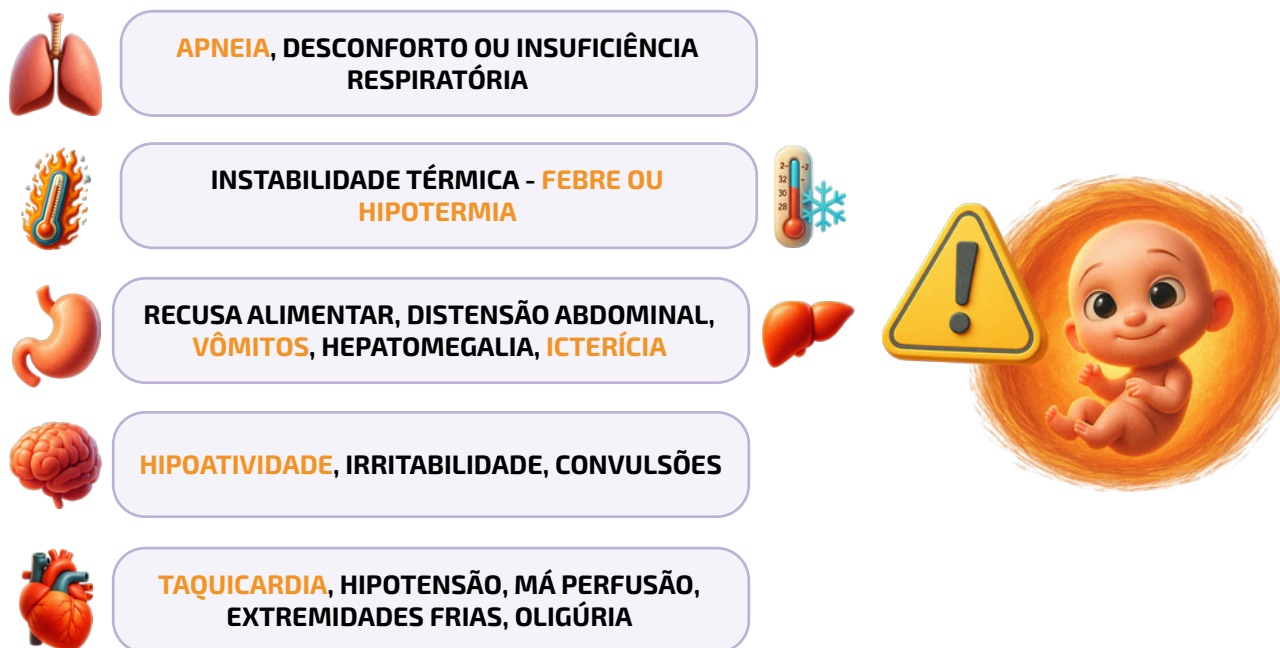
As manifestações clínicas da sepse neonatal são, por definição, multissistêmicas e inespecíficas, o que torna o diagnóstico um desafio constante, pois os sinais frequentemente se confundem com a instabilidade natural da transição cardiorrespiratória ou com doenças próprias da prematuridade.

Estatisticamente, o sinal de alerta mais prevalente é a **dificuldade respiratória** (variando de taquipneia e gemência até apneia e insuficiência respiratória grave), presente em mais de **90% dos casos** de sepse precoce.

Existe uma distinção crucial na apresentação da **instabilidade térmica** dependendo da idade gestacional: enquanto os **Recém-Nascidos a Termo (RNT)** tendem a responder à

infecção com **hipertermia** (febre), os **Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT)** são muito mais propensos à **hipotermia** devido à imaturidade do centro termorregulador e menor reserva de gordura marrom.

Além disso, manifestações gastrointestinais (como recusa alimentar, distensão abdominal, resíduo gástrico e vômitos) afetam cerca de 35% a 40% dos bebês sépticos, e a icterícia com elevação de bilirrubina direta é observada em até um terço dos casos, sendo um marcador importante especialmente em infecções por bactérias Gram-negativas.



Pense em sepse neonatal se: desconforto respiratório, apneia, má perfusão, taquicardia, distensão abdominal, vômitos ou **instabilidade térmica**.

Do lado do recém-nascido, a regra é clara: a fragilidade imunológica e a quebra de barreiras naturais são os grandes vilões.

Os principais fatores de risco intrínsecos são a **prematuridade** e o **baixo peso ao nascer**, existindo uma relação inversamente proporcional: quanto menor a idade gestacional e o peso, maior a incidência de sepse. Além da imaturidade biológica, a própria assistência necessária à sobrevivência desses bebês eleva o risco, especificamente o uso de dispositivos invasivos como ventilação mecânica, cateteres umbilicais e acessos venosos profundos, que servem como porta de entrada para bactérias, sendo cruciais especialmente na gênese, principalmente, da sepse tardia.

Exames Complementares

Os exames complementares na sepse neonatal desempenham um papel estratégico muito mais voltado para a **exclusão do diagnóstico** (alto Valor Preditivo Negativo) e para a interrupção segura da antibioticoterapia do que para a confirmação imediata da infecção, visto que nenhum marcador isolado possui acurácia suficiente.

A **hemocultura** permanece como o padrão-ouro indispensável e deve ser coletada antes do início dos antibióticos sempre que possível (preferencialmente duas amostras de sítios

diferentes, com volume mínimo de 1 ml), mas sua sensibilidade é limitada e o resultado não é imediato.

O grande “pulo do gato” está na interpretação do **hemograma** e da **Proteína C Reativa (PCR)**: coletados logo ao nascimento, eles sofrem interferência do estresse do parto e possuem baixo valor preditivo positivo; contudo, a análise seriada (iniciando após 6 a 12 horas de vida) aumenta drasticamente a sensibilidade. No hemograma, a neutropenia e uma relação I/T (imáturos/totais) $> 0,2$ são muito mais sugestivos de sepse do que a leucocitose, enquanto duas dosagens de PCR normais seriadas (ex: entre 8-24h e 24h depois) conferem um valor preditivo negativo de 99,7%, autorizando a suspensão do tratamento em bebês assintomáticos.

A **punção lombar** é mandatória na sepse neonatal, pois até 38% das meningites neonatais cursam com hemocultura estéril.

A avaliação por imagem do tórax, tradicionalmente realizada via **radiografia**, mas com espaço crescente para a **ultrassonografia**, é crucial especificamente no contexto de **desconforto respiratório**, um sinal presente na vasta maioria dos casos de sepse precoce. Sua principal utilidade não é apenas sugerir infecção, mas realizar o **diagnóstico diferencial** com patologias não infecciosas (como taquipneia transitória, síndrome do desconforto respiratório ou aspiração de mecônio) e, fundamentalmente, definir a presença de pneumonia — caracterizada radiologicamente por infiltrado persistente em exames seriados —, o que impacta diretamente na decisão sobre a **duração da antibioticoterapia**.

Em relação, à análise de urina e urocultura, existe uma regra de ouro que as bancas adoram usar para testar se você sabe a fisiopatologia da infecção ou se está apenas pedindo exames no “piloto automático”.

Na Sepse Precoce (< 72h): Esqueça a urocultura! Ela não faz parte da rotina de triagem inicial. O motivo é anatômico e fisiológico: nesse período, a infecção urinária no recém-nascido é geralmente consequência de uma disseminação hematogênica (a bactéria está no sangue e vai para o rim), e isso leva tempo para acontecer. Portanto, nas primeiras horas de vida, a urocultura tem baixíssimo rendimento e não auxilia na decisão terapêutica.

Na Sepse Tardia (> 72h): A urocultura é obrigatória! Aqui o cenário muda. Após a primeira semana de vida, a infecção do trato urinário torna-se uma fonte ou foco secundário relevante. Se você está investigando uma sepse tardia, a amostra de urina (colhida preferencialmente por cateterismo ou punção suprapúbica para evitar contaminação) é fundamental e deve compor o “kit séptico” junto com a hemocultura e o líquido.



HEMOCULTURA

FUNDAMENTAL! >>> PADRÃO OURO PARA DIAGNÓSTICO

COLHER O MAIS BREVE POSSÍVEL >>> ANTES DE INICIAR ATB

IDEAL: AO MENOS DOIS SÍTIOS

CONSIDERAR ETIOLOGIA SE CRESCIMENTO ATÉ 48H APÓS COLETA





ANÁLISE DE LÍQUOR

FUNDAMENTAL! >>> IDENTIFICA INFECÇÃO DE SÍTIO NOBRE
COLHER O MAIS BREVE POSSÍVEL >>> ANTES DE INICIAR ATB
MENINGITE: MAIS COMUM NA TARDIA QUE NA PRECOCE
AJUDA A DEFINIR TIPO E DURAÇÃO DA ANTIBIOTICOTERAPIA



IMAGEM DE TÓRAX

IMPORTANTE >>> MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS > 90% DOS CASOS
AJUDA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:
CONDIÇÕES ADAPTATIVAS
QUADROS METABÓLICOS



ANÁLISE DE URINA

IMPORTANTE >>> NA SEPSE TARDIA



HEMOGRAMA + MARCADORES INFLAMATÓRIOS

NA SEPSE PRECOCE >>> AJUDAM A EXCLUIR, SE NEGATIVOS
NA SEPSE TARDIA >>> AUXILIAM NA CONDUTA



AS ESTRATÉGIAS DE DECISÃO NA SEPSE NEONATAL

Conhecidos, então, os fatores que nos auxiliam no diagnóstico da Sepse Neonatal, vamos fazer uma divisão prática.

Quando estamos falando de diagnóstico de Sepse Neonatal Precoce nas provas, via de regra, tratamos de pacientes que ainda não receberam alta hospitalar. Ou seja, ficará bem óbvio o risco de sepse já no enunciado, principalmente na história materna.

Já no caso da Sepse Neonatal Tardia, os pacientes virão, em sua maioria, de casa, retor-

nando ao hospital após receberem alta, ou da própria Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde são submetidos a múltiplas intervenções invasivas.

Iniciando pela Sepse Neonatal Precoce, a Academia Americana de Pediatria sugere uma divisão em duas faixas etárias: recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 35 semanas e aqueles com idade gestacional menor ou igual a que 34 semanas e 6 dias **(ou seja, menor do que 35 semanas)**.

Para os prematuros com idade gestacional igual ou inferior a 34 semanas e 6 dias, um grupo de alta vulnerabilidade, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) definem a conduta baseada na **circunstância do nascimento**.

Se o bebê nasceu devido a um **trabalho de parto prematuro espontâneo, rotura de membranas** ou suspeita de **corioamnionite**, ele é automaticamente classificado como **Alto Risco**: a regra é não hesitar — colete hemocultura e inicie antibiótico empírico imediatamente, reavaliando a suspensão após 36-48 horas.

Por outro lado, se o nascimento foi uma **cesárea eletiva** por indicação materna não infecciosa (como pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento) e com **bolsa íntegra**, esse prematuro é considerado de **Baixo Risco**: se ele estiver clinicamente estável, a recomendação atual é poupar o bebê de furadas e antibióticos, mantendo apenas monitorização clínica rigorosa.

Por outro lado, para aqueles com **idade gestacional maior ou igual a 35 semanas**, a abordagem “atirar primeiro e perguntar depois” ficou no passado. Atualmente, a AAP e a SBP propõem três caminhos validados para estratificar o risco.

O primeiro é a **Avaliação por Categoria de Risco**, o método mais tradicional (e conservador), que se baseia quase exclusivamente no histórico materno — como febre intraparto ou colonização por GBS — para indicar a sepse presumida; embora sensível, essa estratégia peca pela baixa especificidade, levando muitos bebês saudáveis a receberem antibióticos desnecessários.

A segunda alternativa é a **Calculadora de Sepse Neonatal (Kaiser Permanente)**, uma ferramenta multivariada inteligente que cruza a incidência local de sepse do seu hospital, os fatores de risco maternos e, o mais importante, o **estado clínico do bebê** nas primeiras horas de vida. Ela gera uma probabilidade estatística exata e recomenda a conduta (observar, colher cultura ou tratar), reduzindo drasticamente as internações em UTI, porém demanda estrutura de tecnologia significativa e cara, uma vez que fatores específicos locais devem ser considerados na construção do algoritmo.

Por fim, temos a **Avaliação Clínica Seriada**, a estratégia que mais ganha força atualmente por focar no paciente, e não apenas no papel, além de se basear em dados clínicos facilmente aferíveis. A premissa é que bebês sépticos tornam-se sintomáticos muito rápido (nas primeiras 12-24h). Portanto, manter o RN assintomático sob observação rigorosa e exame físico frequente por 36 a 48 horas provou ser tão seguro quanto furá-lo, evitando a iatrogenia de exames e antibióticos em crianças que estão clinicamente bem.

Agora, no caso da Sepse Neonatal Tardia, a abordagem do recém-nascido exige uma “mudança de chave” mental baseada na idade cronológica, conforme preconizado pela Academia Americana de Pediatria (AAP). A regra é: quanto mais jovem, menor a confiança na clínica e nos exames inespecíficos, já que maior é a chance de uma infecção bacteriana invasiva.

1. **Menores de 8 dias:** Esta faixa etária é de **risco máximo**. Independentemente da aparência clínica ou dos resultados de hemograma/PCR, a conduta é agressiva e uniforme: coleta completa de culturas (sangue, urina e líquido), internação obrigatória e início imediato de antibioticoterapia parenteral (geralmente Ampicilina + Gentamicina ou Cefotaxima), pois a imunidade é insuficiente para conter a disseminação bacteriana.
2. **8 a 21 dias:** A diretriz da AAP mantém uma postura conservadora. O risco de infecções bacterianas invasivas (incluindo meningite) permanece alto. A recomendação é realizar a triagem completa (**Urina, Hemocultura e Punção Lombar mandatória**), iniciar antibióticos parenterais e internar o paciente enquanto se aguardam as culturas (24 a 36 horas). Os marcadores inflamatórios aqui não autorizam a alta ou a não realização da punção.
3. **22 a 28 dias:** Entramos na **zona de transição**. A avaliação se torna guiada pelos Marcadores Inflamatórios (Procalcitonina, PCR, hemograma e temperatura máxima). É obrigatório colher urina e hemocultura. Se o LCR ou a urina estão alterados, antibioticoterapia parenteral adequada para o foco. Porém, se o **líquor for normal, a urina for negativa** e os **marcadores inflamatórios estiverem normais**, a AAP permite uma conduta menos invasiva: observação hospitalar, sem antibioticoterapia ou observação domiciliar, com reavaliação em 24-36h e antibioticoterapia parenteral.

Uma abordagem alternativa pode ser realizada **se a urina estiver normal** e os marcadores inflamatórios negativos, a **punção lombar pode ser dispensada**: a punção lombar pode ser adiada, com início de antibiótico parenteral e observação hospitalar, enquanto se aguarda os resultados de cultura.

Primeiro, um resumo em texto para você gravar:

1. **Bebê Sintomático (sepsse clínica presumida):** não discuta com a clínica. Se tem desconforto, instabilidade, má perfusão:
 - Coletar culturas (hemocultura, líquido - se estável, urina - na sepsse tardia).
 - Iniciar antibiótico **IMEDIATAMENTE**.
 - Esquema **Sepsse Precoce: Ampicilina + Gentamicina** (ou Amicacina). Cobre GBS, Listeria e Gram-negativos.
 - Esquema **Sepsse Tardia:** Depende da flora. Geralmente **Oxacilina + Gentamicina** (ou Amicacina), se suspeita de estafilococo de pele ou **Vancomicina + Cefepime, se paciente com quadro clínico muito grave. Nunca** usar antibiótico oral em sepsse neonatal grave.
2. **Bebê Assintomático, mas mãe com risco, na sepsse precoce:** aqui mora a dúvida.

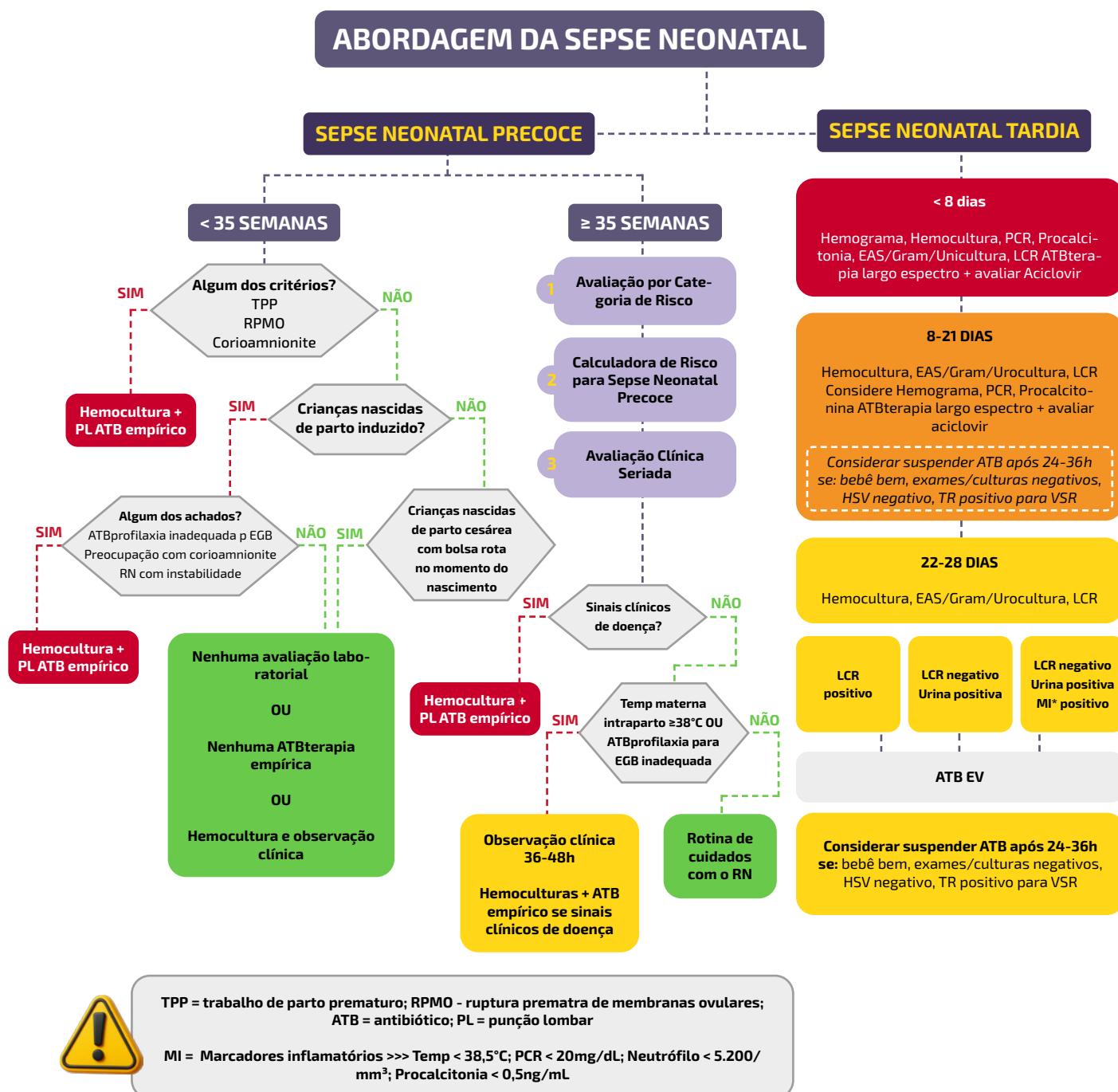
Use a regra da "Profilaxia Adequada".

- Se mãe recebeu profilaxia adequada + bebê a termo + assintomático: **observação clínica** por 36-48h. Alta se tudo bem. Não precisa furar o bebê.
- Se mãe **NÃO** recebeu profilaxia adequada, mas bebê é termo e assintomático: A conduta atual da SBP e AAP ainda é, na maioria das vezes, **observação clínica rigorosa** por 48h. Só colhe exames/trata se houver piora clínica. Antigamente

- furava-se todo mundo, hoje a tendência é “menos é mais” se o bebê está bem.

- Bebê febril, mas bem clinicamente, na sepse neonatal tardia:** utilize a faixa de idade para definir a conduta propedêutica e terapêutica.

Pra fechar, um fluxograma com os principais cenários que costumam aparecer na prova - e também na vida real - sobre Sepse Neonatal Precoce e Tardia.



Questão Estratégica — Rastreio e Profilaxia Materna



QUESTÃO INEP (ADAPTADO) - 2024

Uma gestante de 29 anos, primigesta, realizou urocultura no pré-natal com 1.000 UFC/mL de *Streptococcus agalactiae*. Não fez swab retovaginal. Chega ao PS em trabalho de parto, 38 semanas, bolsa íntegra.

Qual a conduta em relação à profilaxia intraparto?

- A) Realizar teste rápido e tratar se positivo.
- B) Conduta expectante, pois não há indicação.
- C) Prescrever penicilina cristalina EV, pois há evidência de colonização.
- D) Prescrever ampicilina apenas se houver ruptura de membranas.

Comentário:

Essa é clássica! A banca disse que ela teve bacteriúria por GBS na gestação.



PULO DO GATO

Se teve bacteriúria (mesmo que baixa contagem e assintomática) por GBS na gestação atual, essa mulher é considerada **fortemente colonizada**. Não precisa de swab. A indicação de profilaxia é automática! Ruptura de membrana não é pré-requisito para profilaxia em quem já tem indicação.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Bacteriúria por GBS na gestação atual = Profilaxia Intraparto Obrigatória.

Gabarito: Letra C

Questão Estratégica — Rastreio e Profilaxia Materna



QUESTÃO UNICAMP - 2023

RN a termo, filho de mãe colonizada por GBS, que recebeu duas doses de penicilina cristalina (última há 3h). Apgar 9/10, exame físico normal. Qual a conduta?

- A) Coletar hemograma, PCR e hemocultura; iniciar atb.
- B) Coletar exames e aguardar.
- C) Realizar exame físico seriado; sem coleta de exames ou tratamento.
- D) Coletar hemocultura e iniciar atb.

Comentário:

Vamos aplicar o checklist:

1. O bebê está sintomático? Não.
2. A profilaxia foi adequada? Sim! Recebeu Penicilina (droga de escolha). Se recebeu duas doses e a última foi há 3h, a primeira foi há mais de 4h (ou pelo menos o tempo total de cobertura foi adequado).
3. Conclusão: Risco baixíssimo. Não fure o bebê.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Profilaxia materna adequada + RN assintomático = observação clínica (exame físico seriado).

Gabarito: Letra C

Questão Estratégica — Sepse Neonatal Tardia

**QUESTÃO MEDREVIEW - 2026**

Um recém-nascido de 24 dias de vida é trazido à emergência pelos pais com relato de febre aferida em casa (38,3°C). Ao exame físico no pronto-socorro, o bebê encontra-se em bom estado geral (well-appearing), corado, perfusão adequada, anictérico e sem desconforto respiratório. Foram coletados exames de triagem inicial:

- Urina (cateterismo): Negativa (sem leucocitúria ou bacteriúria).
- Procalcitonina: 0,1 ng/mL.
- PCR: 8 mg/L.
- Contagem Absoluta de Neutrófilos (ANC): 3.500/mm³. A família tem boas condições de compreensão e mora perto do hospital, optando-se por seguimento ambulatorial. Considerando a diretriz da Academia Americana de Pediatria (AAP), qual a conduta mais adequada?

- A) Realizar punção lombar mandatória, iniciar Ampicilina + Gentamicina e internar.
- B) Coletar hemocultura, não realizar punção lombar, administrar Ceftriaxona intramuscular e liberar para reavaliação ambulatorial rigorosa em 24 horas.
- C) Alta com orientações de retorno se piora, sem prescrição de antibióticos, pois os marcadores inflamatórios são negativos.
- D) Coletar hemocultura, não realizar punção lombar e liberar para casa sem antibióticos, com retorno em 48 horas.

Comentário:

Vamos destrinchar o caso:

1. **O Estado Clínico e Marcadores:** O bebê está bem, a urina é negativa e os marcadores inflamatórios estão estritamente normais ($PCT < 0,5$; $PCR < 20$; $ANC < 4.000$).
2. **A Punção Lombar:** Por ter todos os marcadores normais e urina negativa, a AAP permite que você não realize a punção lombar (poupa-se o bebê do procedimento).
3. **O Pulo do Gato (Onde entra o Antibiótico):** A decisão de prescrever ou não o antibiótico aqui depende de onde o bebê será observado.
 - Se o bebê for ficar **internado** em observação, você pode optar por não fazer o antibiótico empírico e apenas vigiar.
 - Porém, se a decisão for **observação domiciliar** (como no caso da questão), a diretriz é taxativa: você **DEVE administrar antibioticoterapia parenteral empírica** e garantir o retorno em 24 horas para reavaliação.



ATENÇÃO NA PROVA

A Ceftriaxona não é prescrita em recém-nascidos devido ao risco de deslocar a bilirrubina e causar kernicterus. Isso é regra absoluta para os primeiros dias de vida ou bebês ictericos! No entanto, para maiores de 21 dias que estão anictéricos e que serão manejados no ambulatório, a própria AAP recomenda o uso de Ceftriaxona intramuscular (50 mg/kg) como opção segura e prática para essa dose de cobertura enquanto aguardamos as culturas.

Análise das alternativas:

- **A (Errada):** os marcadores normais e a urina negativa permitem dispensar a punção lombar nesse grupo etário específico.
- **B (Correta):** perfeita. Coleta a hemocultura, poupa a punção lombar (pelos marcadores normais) e, como vai para casa, faz a dose de Ceftriaxona IM de segurança com reavaliação em 24 horas.

- **C e D (Erradas):** se o bebê de 22-28 dias não fez líquido e vai ser observado em casa, é obrigatório cobri-lo com antibiótico parenteral segundo a AAP, e o retorno deve ser em 24 horas, não 48h.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Na Sepsé Neonatal Tardia, utilizar faixas de idade para abordagem é fundamental! Na faixa de 22-28 dias com exames normais, podemos não colher líquido. Contudo, se a opção for observação em casa, o início de antibiótico parenteral (ex: Ceftriaxona IM) é obrigatório.

Gabarito: Letra B

REVISÃO FINAL

Para fechar o raciocínio: A Sepsé Neonatal exige agilidade. Na Sepsé **Precoce**, a culpa geralmente é do ambiente intrauterino ou do canal de parto (GBS, E. coli). Você trata com **Ampicilina + Gentamicina**.

Se o bebê piora depois de dias na UTI ou retorna de casa (**Tardia**), a culpa é dos procedimentos, do hospital ou da comunidade (Staphylococcus, Gram negativos). Você modifica o antibiótico (**Oxacilina + Gentamicina ou Vancomicina + Cefepime, se grave**).

E o mais importante para a saúde pública (e sua prova): **Previna o GBS!** Se a mãe tem bacteriúria, swab positivo ou fator de risco com status desconhecido, **Penicilina nela** pelo menos 4 horas antes do bebê nascer.

Resumo em 1 minuto

- **Sepsé Precoce:** < 72h de vida. Vertical. Agentes: **GBS** e E. coli.
- **Sepsé Tardia:** > 72h de vida. Nosocomial/Comunitária. Agentes: S. aureus, Gram-negativos.
- **Profilaxia GBS:** Indicada se Swab +, Bacteriúria na gestação, Filho anterior com doença invasiva por GBS ou Status desconhecido + Risco (premature, febre, bolsa >18h).
- **Profilaxia Adequada:** Penicilina/Ampicilina/Cefazolina > 4h antes do parto.
- **RN Assintomático:** Se mãe tratada ou baixo risco → **Observar 48h**.
- **RN Sintomático:** **Cultura + Antibiótico** (Ampicilina + Gentamicina para precoce).
- **Atenção:** Cesárea eletiva com bolsa íntegra não precisa de profilaxia para GBS.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.

- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

