

[Infección perinatal por Estreptococo del grupo B]



[Módulo INFECCIOSO]

Autores:

Beatriz Castillo Gómez y Javier González de Dios

Fecha de elaboración: agosto de 2011.

Fecha de consenso e implementación: septiembre de 2011.

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante).

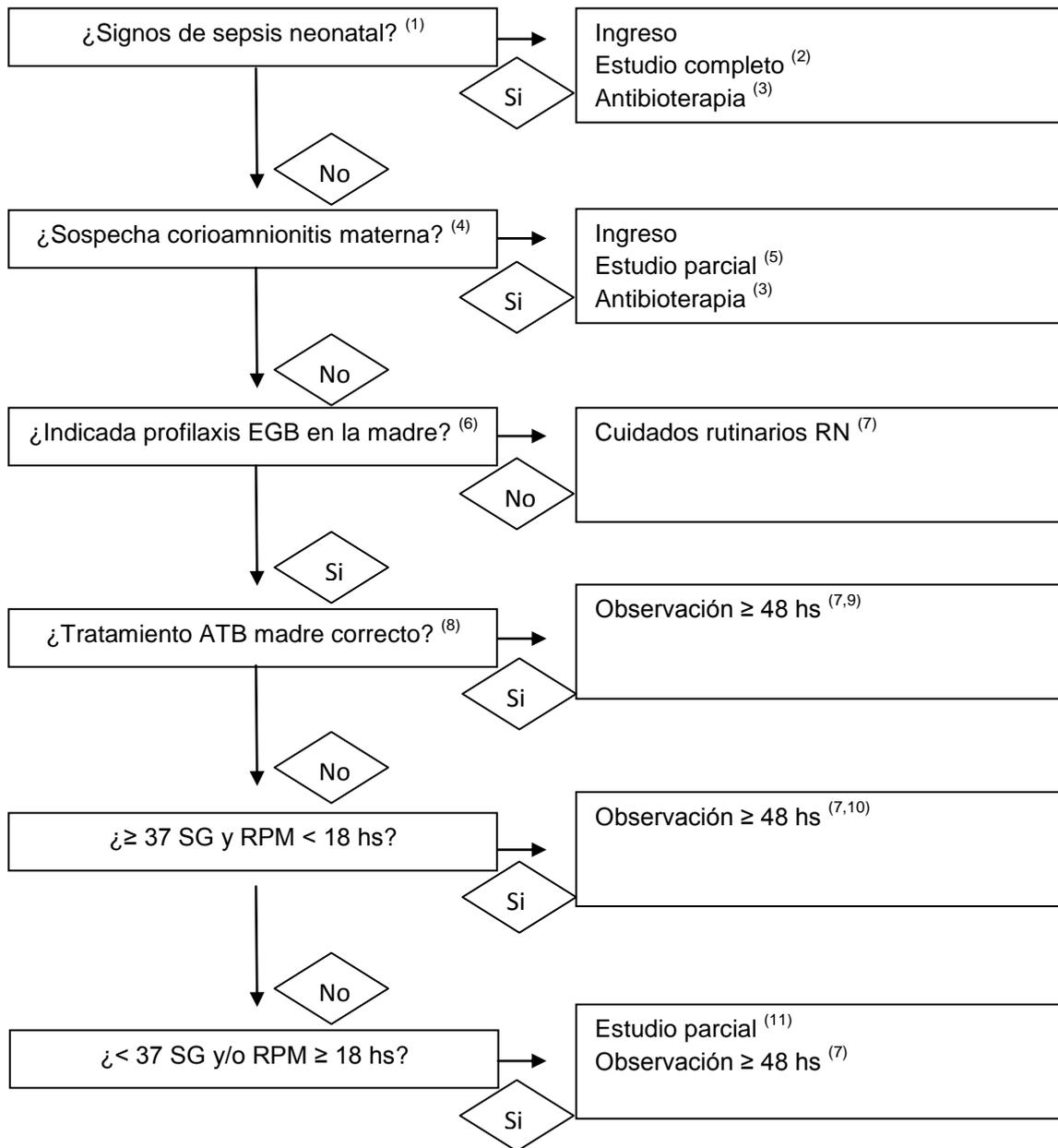
Nivel de aplicación: R1

La prevención de la infección perinatal por *Estreptococo del grupo B o agalactiae (EGB)* es un tema recurrente en Perinatología y que permite una actuación coordinada entre obstetras y pediatras. Coordinación que ha conseguido que en 15 años de historia con este tema se haya disminuido la sepsis precoz por EGB en un 80% (si bien, aún el EGB sigue siendo la primera causa de sepsis precoz en el recién nacido).

El Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn de la American Academy of Pediatrics (AAP) lanzó sus primeras recomendaciones en el año 1992, que fueron revisadas en el año 1997 y 2003. También desde los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) lanzaron sus primeras recomendaciones en el año 1996, que fueron revisadas en el año 2002 y en el año 2010.

El ALGORITMO presentado sigue el esquema del Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn de la AAP con las recomendaciones actualizadas en el año 2010 y las compara con las del año 2002. Se reafirman la mayoría de las estrategias preventivas e incluye nuevas recomendaciones, como:

- 1) métodos de laboratorio para la identificación de la colonización por EGB durante el embarazo;
- 2) nuevos algoritmos para el cribado y profilaxis intraparto para partos pretérmino y rotura prematura de membranas;
- 3) recomendaciones de profilaxis antibiótica en madres alérgicas a penicilina;
- 4) actualización del algoritmo de cuidados para el recién nacido.



- (1) Los signos de sepsis precoz en el RN son inespecíficos (fiebre, mal estado general, dificultad respiratoria –principalmente si es tras el nacimiento y con periodo libre de síntomas-, etc), pero en el 90% de los casos aparecerán en el primer día de vida. Los signos de sepsis pueden estar enmascarados o retrasados por la antibioterapia materna pre o intraparto.
- (2) El estudio completo incluye hemocultivo, hemograma con fórmula, PCR, Rx tórax (si asocia dificultad respiratoria) y punción lumbar (si el paciente se encuentra suficientemente estable para tolerar el procedimiento)
- (3) Antibioterapia empírica frente a los agentes etiológicos más frecuentes: ampicilina (para EGB) y gentamicina (E. Coli y otros Gram negativos) en nuestro medio.
- (4) El ginecólogo establecerá el grado de sospecha de corioamnionitis, quien lo establece por medio de los datos clínicos (basado en datos como fiebre materna - descartar fiebre secundaria a epidural-, irritabilidad uterina, taquicardia materna y/o fetal, líquido amniótico maloliente, etc) y analíticos (leucocitosis, neutrofilia y/o elevación PCR). Si existe sospecha de corioamnionitis, enviar la placenta a Microbiología (para cultivo de cara materna y fetal).
- (5) El estudio parcial incluye hemocultivo, hemograma con fórmula, PCR (al nacimiento y/o entre las 6 y 12 hs de vida).
- (6) La indicación de profilaxis antibiótica materna (prevención primaria) está indicada si presenta uno o más de los siguientes factores de riesgo de infección:
 - Madre portadora de EGB en las 5 semanas previas (el cribado materno se debe realizar a toda gestante entre las 35-27 SG).
 - Situación desconocida de la madre respecto al EGB y con 1 ó más de los siguientes factores de riesgo: < 37 SG, amniorrexis \geq 18 hs o fiebre materna \geq 38°C.
 - Bacteriuria materna a EGB en cualquier momento de la gestación (indica fuerte colonización y el tratamiento antibiótico no lo elimina, la recolonización es frecuente y sigue habiendo riesgo de sepsis precoz).
 - Enfermedad invasiva por EGB en gestaciones previas.
 - EGB + en cesárea, sólo si bolsa rota o inicio de trabajo de parto (a cualquier edad gestacional). La cesárea no evita la transmisión, porque EGB puede atravesar membranas íntegras, pero el riesgo sin bolsa rota ni trabajo de parto es muy bajo.
 - ITU a EGB en cualquier momento de la gestación.
- (7) Si desarrollara signos de sepsis, debe realizarse ingreso, estudio completo e inicio de antibioterapia.
- (8) Se considera profilaxis antibiótica materna correcta si se utilizan los siguientes 3 fármacos, a las dosis indicadas y al menos 1 dosis 4 horas previo al nacimiento.
 - Penicilina IV, 5 millones UI; después, 2,5 mill. UI cada 4 h hasta el nacimiento
 - Ampicilina IV, 2 g; después, 1 g cada 4 h hasta el nacimiento
 - En alérgicas con bajo riesgo de anafilaxia: Cefazolina IV, 2 g; después, 1 g cada 8 h hasta nacimiento.En alérgicas con alto riesgo de anafilaxia: Vancomicina / Clindamicina o antibioterapia según antibiograma, pero en este caso se consideraría inadecuada la profilaxis.
- (9) Si el paciente es \geq 37 SG, la observación puede ocurrir a partir de las 24 hs en domicilio si cumple todos los criterios siguientes: el paciente cumple otros criterios de alta precoz, existe fácil acceso al sistema sanitario y el cuidador es capaz de cumplir todas las instrucciones dadas para la observación domiciliaria. Si no se cumple alguno de esos criterios, el RN debe ser observado en el hospital al menos durante 48 hs y hasta que cumpla los criterios de alta hospitalaria.
- (10) Algunos expertos recomiendan hemograma y fórmula entre las 6 y 12 hs de vida.
- (11) Si ingreso, el estudio parcial es igual al punto (5). Si no ingreso (generalmente \geq 35 SG, sanos y con buen peso), sólo hemograma y fórmula entre las 6 y 12 hs de vida.

Bibliografía

1. Verani JR, McGee L, Schrag S. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. MMWR. 2010; 59(RR10): 1-32.
2. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Recommendations for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal (GBS) Disease. Pediatrics. 2011 Aug 1. [Epub ahead of print]