

GUIA DE PROFILAXIS INTRAPARTO PARA ESTREPTOCOCO GRUPO B

Elaborado por: Dra. Eliana Ruiz (Jefe de Servicio CSA)
Aprobado por: Dra. Paulina Romagnoli (Director médico CSA)

Consensuado en reunión clínica del Servicio 08 de Julio de 2016
Fecha de publicación: Enero de 2017

La infección perinatal o neonatal precoz por estreptococo del grupo B (SGB) ha sido una de las principales causas de morbimortalidad neonatal. Este germen coloniza de forma habitual el tracto gastrointestinal inferior y vagina, pudiendo ser dicha portación transitoria, intermitente o crónica (1).

La adquisición o recolonización es frecuente en mujeres sexualmente activas. La tasa de portación reportada en Chile es de 20%. Sin medidas de prevención, entre 2% de los recién nacidos de madre colonizada desarrollan infección neonatal precoz, que cursa como septicemia, neumonía o meningitis con secuelas de un 30% de los casos (1). La prematuridad incrementa el riesgo de sufrir infecciones clínicas por SGB (2).

El tratamiento antibiótico anteparto no ha mostrado ser eficaz en erradicar el estado de portadora, sin embargo, la profilaxis antibiótica intraparto ha mostrado ser muy efectiva para reducir la incidencia de la infección neonatal precoz (3).

Debido al alto impacto en la morbimortalidad neonatal por SGB, el tamizaje universal y profilaxis han sido propuestos por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), justificando su implementación desde el punto de vista clínico y económico (4).

La portación perineal asintomática de las mujeres embarazadas se determina entre las 35 y 37 semanas de gestación, a través de un cultivo obtenido mediante un torulado de la región vaginal y anal. La sensibilidad y especificidad del cultivo rectovaginal a las 36 semanas de gestación para predecir colonización al momento del parto es de un 91 y 89% respectivamente (3).

La recomendación actual para profilaxis intraparto consiste en un protocolo basado en factores de riesgo y tamizaje universal. El resultado de esta estrategia demostró una prevención de hasta un 89% de la sepsis por *S. Agalactiae*, en comparación con la prevención de un 65% al utilizar el protocolo basado en factores de riesgo (3,4).

La profilaxis consiste en la administración endovenosa de antibióticos siguiendo esquemas ya consensuados. La resistencia a penicilina o ampicilina no se ha observado en SGB, a diferencia de lo reportado con los esquemas que usan clindamicina o eritromicina, en los que se ha visto una resistencia de hasta un 15 y un 25%, respectivamente (3).

Estudios *in vitro* no muestran diferencia en la efectividad anti-estreptocócica entre penicilina y ampicilina por lo cual algunos servicios emplean ésta última como antibiótico profiláctico. Sin embargo, el empleo de ampicilina se ha asociado a un incremento en la presencia de *E. coli* ampicilino resistente. Debido a esto, la penicilina sigue siendo el antibiótico de elección para la profilaxis de *Streptococcus agalactiae*.

La administración de cualquiera de estos esquemas debe hacerse por vía endovenosa y deben ser recibidos por la madre al menos 4 horas antes del parto, para alcanzar concentraciones intraamnióticas adecuadas.

El uso indiscriminado de antibióticos podrían ser perjudiciales para la madre y el niño por potenciales efectos anafilácticos, interacciones con la medicación del trabajo de parto y la generación de resistencia antibiótica (1).

GUIA DE PROFILAXIS INTRAPARTO PARA ESTREPTOCOCCO GRUPO B

Basada en la Guías de la CDC de 2010, avaladas por la ACOG y la Academia Americana de Pediatría.

La recomendación actual es un protocolo basado en factores de riesgo y tamizaje universal.

CON INDICACION DE PROFILAXIS	SIN INDICACION DE PROFILAXIS
Antecedente de RN con enfermedad invasiva por SGB	Antecedente de embarazo previo con cultivo SGB (+)
Bacteriuria en cualquier trimestre de embarazo actual > 10.000UFC SGB	Cultivo rectovaginal (-) sin importar factores de riesgo
Cultivo Recto-vaginal (+) para SGB tomado entre 35-37 semanas	Cesárea electiva sin trabajo de parto, ni rotura de membranas (sin importar cultivo SGB)
Colonización por SGB desconocida asociado a : <ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional < 37 semanas - RPO > 18 hrs. previo al parto - Fiebre intraparto >38° C 	

Recomendado	Penicilina Sódica 5 millones UI carga y continuar 2,5 -3 millones c/4hrs EV hasta el parto
Alternativa	Ampicilina 2gr EV carga, continuar 1 gr c/4hrs hasta el parto
Alergia a penicilina con riesgo de anafilaxis	1. Clindamicina 900 mg EV c/8 hrs hasta el parto. 2. Vancomicina 1 gr c/12hrs EV hasta el parto si el germen es resistente a la Clindamicina

Cualquiera de estas alternativas debe ser aplicada por lo menos 4 hrs .previas al parto para alcanzar concentraciones intraamnióticas adecuadas.

REFERENCIAS

1. Guzmán A, Abarzúa F. Resultados de la aplicación del protocolo basado en screening para la búsqueda de *Streptococcus agalactiae* en el tercer trimestre del embarazo. Posible impacto sobre la sepsis neonatal precoz por este agente. *Rev Chil Infectol* 2001; 18: 187.
2. Schrag SJ. Early-onset neonatal sepsis in the era of widespread intrapartum chemoprophylaxis. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25:939-40.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 485: Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. *Obstet Gynecol* 2011; 117:1019-27.
4. Verani JR. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59:1-36.