
PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B

<p>PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B. RECOMENDACIONES DURANTE LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL MANEJO NEONATAL</p>
--

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

La **infección perinatal o neonatal precoz por estreptococo del grupo B (SGB)** sigue siendo una de las principales causas de morbilidad neonatal. El principal **factor de riesgo** para el contagio del recién nacido es la **presencia de SGB en el tracto genitourinario y gastrointestinal materno durante el parto**, siendo el riesgo 25 veces más elevado en madres en las que se ha detectado la presencia de SGB que en aquellas con cultivos negativos. La tasa de colonización materna vaginal o rectal por SGB en nuestro medio es del 10-30% y la colonización puede ser transitoria, intermitente o persistente. Sin medidas de prevención, entre el 1 y 2% de los recién nacidos de madre colonizada desarrollan infección neonatal precoz, que cursa como septicemia, neumonía o meningitis. La prematuridad incrementa el riesgo de sufrir infecciones clínicas por SGB.

El tratamiento antibiótico anteparto no se ha mostrado 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. Dicha profilaxis se debe restringir a los casos en los que existan los factores de riesgo que mencionaremos a continuación.

2. FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR SGB

Además de la **colonización materna intraparto por SGB**, que es el principal factor de riesgo, existen otros **factores** que incrementan el **riesgo** de infección neonatal precoz por SGB:

- Prematuridad (< 35 semanas)
- Ruptura prolongada de membranas (≥ 18 horas)
- Fiebre materna (definido como 1 pico ≥ 39 °C o 2 picos ≥ 38 °C separados 30 min)
- Urinocultivo positivo para SGB durante la gestación
- Hijo anterior con infección neonatal precoz por SGB

3. CRIBADO GESTACIONAL

Existen dos estrategias para identificar a las pacientes con indicación de profilaxis antibiótica intraparto: la administración de antibióticos sólo a las mujeres con factores de riesgo, y el **cribado universal de las gestantes y tratamiento de las pacientes con cribado positivo (además de las**

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOC DEL GRUPO B

pacientes de riesgo), que es la estrategia que parece ser más efectiva (80% reducción estimada de infección neonatal precoz) y la que se realiza en nuestro medio.

El **cribado de SGB** se realizará a **todas las gestantes**, independientemente de su riesgo obstétrico, en la visita comprendida **entre las 35 y las 37 semanas** (de preferencia en la **semana 36**). En gestaciones **gemelares** y en aquellas con **riesgo de prematuridad** se adelantará a las **33-35 semanas**.

Quedan excluidas del cribado (En las siguientes situaciones **no se debe realizar frotis vagino-rectal** por un riesgo de confusión en el momento del parto al ver un resultado negativo, un coste evitable y molestias innecesarias a la madre):

- 1) Gestantes con un **hijo anterior con infección neonatal precoz por SGB. La profilaxis antibiótica está indicada incluso si se realiza frotis vagino-rectal con resultado negativo**
- 2) Gestantes en las que se detecte **SGB en orina** (cualquier concentración) durante la gestación. **La profilaxis antibiótica está indicada incluso si se realiza frotis vagino-rectal con resultado negativo**
- 3) Gestantes con cultivo vaginal-rectal positivo para **SGB en algún momento previo de la gestación actual. La profilaxis antibiótica está indicada incluso si se realiza frotis vagino-rectal con resultado negativo**

El cribado vaginal-rectal debe recogerse también en **gestantes en las que se programe una cesárea electiva**. La cesárea no protege de la infección neonatal por SGB, pero la frecuencia es muy baja cuando se trata de una cesárea electiva con membranas íntegras y sin trabajo de parto previo. Si la paciente acude con inicio espontáneo de parto o rotura prematura de membranas previo a la cesárea electiva, aquellas con SGB positivo deberán recibir profilaxis antibiótica durante 4 horas, antes de proceder a la extracción fetal.

Validez de los resultados:

Dado el carácter transitorio y cambiante de la colonización genitourinaria y gastrointestinal materna por SGB, un resultado negativo tiene una **validez máxima 5 semanas**. En caso de que no se produjese el parto desde la toma del cultivo hasta pasado este período, **deberá recogerse una nueva muestra para cultivo**.

Obtención de cultivo para SGB en otras situaciones:

Se deberá obtener también un cultivo vaginal-rectal en todas las pacientes que ingresen por **riesgo de parto prematuro, incluyendo RPM**, (ver *protocolos específicos de APP y RPM*) y también en

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOC DEL GRUPO B

pacientes con **previsión de finalización de la gestación por patología materna o fetal** (PE, CIR) si no se ha realizado en las últimas 5 semanas.

Actitud ante la presencia de SGB en orina:

La presencia de SGB en orina indica elevada colonización del tracto genital y se asocia a mayor riesgo de pielonefritis, corioamnionitis y sepsis neonatal precoz. **Las indicaciones de profilaxis intraparto son las mismas de las de un cultivo vagino-rectal positivo**, aunque se haya tratado la infección urinaria e independientemente de la cantidad de colonias. Por tanto, **no es necesario realizar el cultivo vagino-rectal para SGB** a las 35-37 semanas ya que siempre se considerará como positivo.

- Ante hallazgo de $> 10^5$ UFC/ml (bacteriuria asintomática): **Tratamiento antibiótico según antibiograma y profilaxis antibiótica intraparto**. Comprobar curación con urinocultivo a los 7-15 días de finalizar el tratamiento y repetir urinocultivo mensualmente (ver protocolo Infecciones de vías urinarias y gestación). Si recidiva, actuar según antibiograma. En caso de no disponer de antibiograma el antibiótico de elección sería Amoxicilina 500 mg/8h durante 8 días.
- Ante hallazgo de $< 10^5$ UFC/ml: **Profilaxis antibiótica intraparto únicamente**. No cumple criterios de bacteriuria asintomática y no se recomienda tratamiento antibiótico, ya que la mayoría de mujeres se recolonizan rápidamente y el tratamiento no parece disminuir la incidencia de pielonefritis, corioamnionitis, ni parto prematuro.

4. NORMAS PARA UNA CORRECTA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA VAGINAL-RECTAL Y SOLICITUD DE RESULTADO

Para la recogida de la muestra, se utilizará un escobillón de algodón que se colocará en un tubo con gel (tubo de tapón azul). Se obtendrá una primera muestra del tercio externo vaginal (sin usar espéculo) y, utilizando el mismo escobillón, se tomará la segunda muestra rectal. Las muestras cervicales no son aceptables. Se remitirá la muestra al laboratorio de Microbiología en el mismo día y únicamente se debería mantener en nevera si la entrega se demorara más de 24 horas. En nuestro medio, la detección del SGB se realiza mediante aislamiento en una placa de agar diferencial y en un caldo de enriquecimiento selectivo. El tiempo de procesamiento es aproximadamente de 48 horas.

En Hospital Clinic- Sede Maternidad, en la solicitud de microbiología SAP, se preguntará activamente sobre alergia a penicilina. En pacientes **alérgicas a la penicilina**, deberá **contestarse afirmativamente (si)** para que junto con el cultivo, se realice un **antibiograma** en caso de que el resultado fuera positivo. Esto no es aplicable a HSJD donde se determina el antibiograma de rutina.

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOC DEL GRUPO B

5. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO

5.1 Indicación de profilaxis antibiótica intraparto:

- 1) **Cultivo vaginal-rectal SGB positivo** durante la gestación.
- 2) Detección de **SGB en orina durante la gestación** (cualquier concentración) independientemente del resultado del cribado vaginal-rectal, si éste se hubiera realizado.
- 3) **Hijo anterior con infección neonatal precoz por SGB. Es especialmente importante recordar la profilaxis antibiótica intraparto en estos casos** (independientemente del resultado del cribado vaginal-rectal, que no es necesario realizar) **debido a un riesgo incrementado de nueva infección neonatal precoz, también en casos con cribado vaginal-rectal negativo.**
- 4) Todos los **partos < 35 semanas** en que **no se disponga del resultado del cultivo** (o si el resultado negativo es **> 5 semanas**)
- 5) Todos los **partos a término con RPM ≥ 18 horas** en que **no se disponga del resultado del cultivo** (o si el resultado negativo es **> 5 semanas**) (*se remite al protocolo específico de RPM*).
- 6) **Fiebre intraparto** (1 pico ≥39 °C o 2 picos ≥38°C separados 30 min) independientemente del resultado del cultivo. En este caso se considerará la posibilidad de una corioamnionitis y se aplicará la pauta de actuación establecida en el protocolo específico de sospecha de corioamnionitis.

5.2 Profilaxis antibiótica intraparto NO indicada:

- 1) Gestantes con **cultivo negativo en las 5 semanas previas** al parto, sin otros factores de riesgo, independientemente de la edad gestacional y aunque fueran positivos los cultivos en gestaciones previas.
- 2) Gestantes en las que se realiza **cesárea electiva con membranas íntegras y antes del inicio de trabajo de parto** independientemente del resultado del cultivo y de la edad gestacional.
- 3) Parto **≥ 35 semanas con estado de colonización por SGB desconocido** (o resultado negativo **> 5 semanas**) sin factores de riesgo asociado (RPM < 18 horas, y ausencia de fiebre materna intraparto).

5.3 Pautas antibióticas en la profilaxis intraparto

Para que la pauta antibiótica profiláctica sea considerada adecuada, el **antibiótico debe ser administrado por vía endovenosa y al menos 4 horas antes del nacimiento. Debería evitarse la amniorrexis** hasta haber alcanzado este margen horario. Los antibióticos considerados como

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOC DEL GRUPO B

profilaxis adecuada incluyen la penicilina (de elección), ampicilina y la cefazolina. La clindamicina y teicoplanina se consideran antibióticos alternativos.

El antibiótico se iniciará al ingreso de la **gestante en trabajo de parto** y se administrará hasta el expulsivo. En caso de tratarse de una inducción, el antibiótico se iniciará cuando se inicie la dinámica de parto.

En caso de ruptura prematura de membranas, en gestantes con SGB desconocido (o resultado negativo > 5 semanas) de ≥ 37.0 semanas de gestación el antibiótico se inicia coincidiendo con la finalización si RPM ≥ 24 h de evolución. En las RPM pretérmino < 37.0 semanas, el antibiótico se inicia al ingreso (ver protocolo RPM).

5.3.1 Pacientes sin alergia a la penicilina

- 1) **-Penicilina G (5 M UI + 2,5 M UI/4 horas EV) es el antibiótico de elección.** Se considerará adecuada la profilaxis siempre y cuando hayan transcurrido al menos 4 h desde el inicio de su administración hasta el nacimiento.
- 2) Otros antibióticos utilizados en situaciones de riesgo que también son eficaces en la profilaxis del SGB:
 - a. **-Ampicilina (2 g y seguir con 1g/4 horas EV)** presenta la misma efectividad terapéutica, pero no es el antibiótico de elección debido a su más amplio espectro con mayor posibilidad de crear resistencias. Se considerará adecuada la profilaxis siempre y cuando hayan transcurrido al menos 4 h desde el inicio de su administración hasta el nacimiento.
 - b. **-Amoxicilina - Clavulánico (1g/6 horas EV)** se utiliza en las RPM de ≥ 24 h de evolución ≥ 37.0 semanas porque presenta una cobertura más adecuada que la penicilina (*ver protocolo específico de RPM*). Se considerará adecuada la profilaxis siempre y cuando hayan transcurrido al menos 4 h desde el inicio de su administración hasta el nacimiento. **No recomendado en gestaciones <37.0 semanas** por riesgo incrementado de enterocolitis necrotizante en el recién nacido.

5.3.2 Alergia a la penicilina

Debido a la frecuencia de cepas SGB resistentes a los **antibióticos** que se utilizaban habitualmente (Eritromicina: 50% cepas resistentes y Clindamicina: 20%) el tratamiento debe ser administrado **en función del resultado del antibiograma**. La **clindamicina 900 mg/8 horas EV** es el antibiótico de elección en caso de resultar antibiograma sensible. Pero si no se dispone de antibiograma, o bien el SGB es resistente, el tratamiento de elección será **teicoplanina 600 mg/24 h ev** (en bolus). **Estos antibióticos se consideran alternativos.**

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOC DEL GRUPO B

ACTUACIÓN NEONATAL ANTE RESULTADO DE SGB

Como norma general, un RN de madre colonizada por SGB o estado de portadora a SGB desconocido y sin factores de riesgo (FR) (gestación ≥ 35 semanas, RPM < 18 horas, y ausencia de fiebre materna: 1 pico ≥ 39 °C o 2 picos ≥ 38 °C separados 30min) **deberá permanecer en observación clínica durante 48 horas y no es susceptible** de entrar en los programas de Alta Precoz ni de “Part a l’Hospital, Llevadora a Casa”.

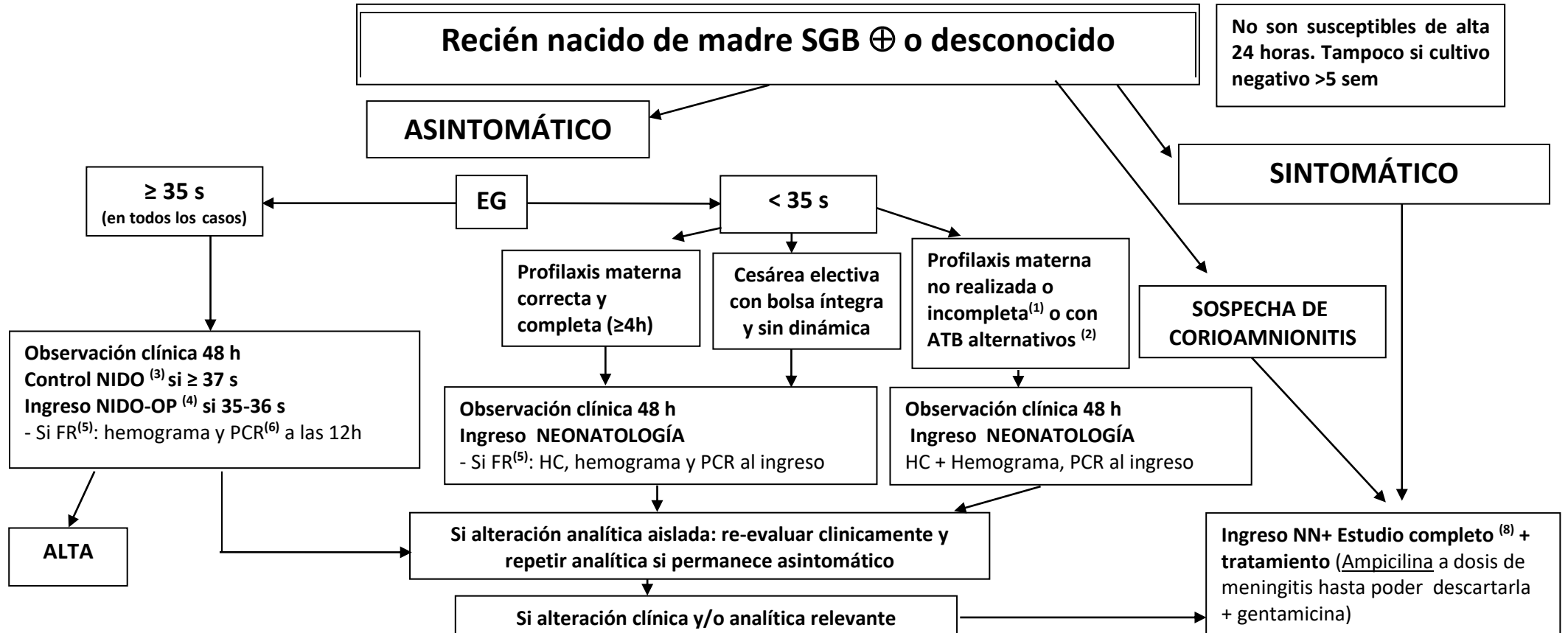
En RN ASINTOMÁTICOS, dependiendo de la edad gestacional (EG)

1. EG ≥ 35 semanas (en **todos los casos** independientemente de la profilaxis materna intraparto): Observación clínica 48h (Ingreso en Nido si 35-36 semanas y Control Nido en ≥ 37 semanas. Si hay FR (Fiebre materna o RPM ≥ 18 h): hemograma con fórmula manual y PCR (HCB sólo) a las 12 horas de vida). A la mínima alteración clínica durante la observación, solicitar analítica.
 2. EG < 35 semanas:
 - Profilaxis materna correcta y completa: Observación clínica 48h (Ingreso en Unidad Neonatal). Si hay FR (Fiebre materna o RPM ≥ 18 h):: hemocultivo, hemograma con fórmula manual y PCR al ingreso)
 - Cesárea con bolsa íntegra y sin dinámica: Observación clínica 48h (Ingreso en Unidad Neonatal). Si hay FR (Fiebre materna): hemocultivo, hemograma con fórmula manual y PCR al ingreso)
 - Profilaxis materna no realizada o incompleta (< 4 horas) o con ATB alternativos a la penicilina o ampicilina: Observación clínica 48h (Ingreso en Neonatología). Hemocultivo, hemograma con fórmula manual, PCR al ingreso.
- **En RN SINTOMÁTICOS O CON SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS:** independientemente del cribado, que presenten **clínica sospechosa de sepsis y/o corioamnionitis**, se realizará **ingreso en unidad de neonatología** con control **analítico, microbiológico completo y antibioterapia.**

Responsables del protocolo:	Teresa Cobo, Giorgia Sebastian, Victoria Aldecoa, Leticia Benítez, Jordi Bosch, Ana Del Río, Josep Mensa, Anna Goncé, Edda Marimón, Montse Palacio, Mar Reyné, Ton Noguera, Julio Moreno, Ana-Martin Ancel, M ^a Goreti Lopez, Silvia Simó, Martín Iriondo
Fecha creación del protocolo:	Febrero 2013
Última actualización:	01/12/2019
Próxima actualización:	01/12/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-53-2016
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOLO: PREVENCIÓN INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCC DEL GRUPO B

Algoritmo de actuación durante la gestación y el parto para la prevención de la infección perinatal por SGB:



(1) Iniciada <4 h antes del parto.

(2) Antibióticos alternativos= clindamicina, vancomicina y teicoplanina

(3) Control NIDO= monitorización constantes (temperatura, FC, FR) y control clínico cada 8 horas. Control CLÍNICO (CC) en SJD

(4) Ingreso NIDO= Observación Perinatal (OP) en SJD

(5) Factores de riesgo infeccioso: fiebre materna (1 pico ≥39 °C o 2 picos ≥38°C separados 30min) o RPM ≥18h

(6) En l'HSJD la determinación de PCR, se realizará sólo en caso de alteración clínica o analítica sugestivas de infección

(7) Sospecha de corioamnionitis: Fiebre materna, dolor uterino a la palpación y analítica séptica (> 15.000 leucos/mm3 con desviación a izda) o LA maloliente. Feto: taquicardia (>160 lpm), disminución de glucosa en LA o GRAM + en LA. Cultivo de placenta o LA

(8) Estudio completo: Hemocultivo, PL (bioquímica y cultivo) y cultivos externos (Frotis ótico/Frotis faringeo), Estudio bioquímico y hematológico, RX tórax/eco torácica si DR.(5)