

## **TAMIZAJE ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO GRUPO B**

- \* MICRORGANISMO SAPROFITO DEL SER HUMANO.
- \* AÑOS 30 DESCRITO POR PRIMERA OCASION EN LAS INFECCIONES PUERPERALES.
- \* LA GESTANTE LO TRANSMITE DE FORMA VERTICAL LO CUAL FAVORECE LA SEPSIS NEONATAL TEMPRANA.
- \* LA COLONIZACION MATERNA UNIVERSAL ES VARIABLE Y OSCILA ENTRE EL 5 AL 30% .
- \* SE PRESENTA COLONIZACION EN EL 40-70% DE LAS MADRES PORTADORAS PERO SOLO EL 1 AL 2% DESARROLLA ENFERMEDAD INVASIVA (SEPSIS, MENINGITIS Y/O NEUMONIA).
- \* EN LOS U.S.A. LA INFECCION POR E.B.H.B. ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL; REPORTANDOSE 1600 NEONATOS INFECTADOS Y 80 MUERTES POR AÑO.
- \* SIN EMBARGO ESTA INFECCION ES LA CLARA DEMOSTRACION EN DONDE LA PROFILAXIS HA TENIDO GRAN IMPACTO DISMINUYENDO LA SEPSIS NEONATAL TEMPRANA EN UN 70% .
- \* LAS GUIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE U.S.A. Y EL ACOG MUESTRAN EL IMPACTO POSITIVO DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA, PRESENTANDOSE UNA DISMINUCION EN LA INFECCION NEONATAL DEL 88.6% IC 95% (66.4-96.1%)
- \* LA ESTRATEGIA FUNDAMENTAL: EL TAMIZAJE UNIVERSAL A LA EMBARAZADA ENTRE LAS 35-37 SEMANAS, BASADO EN EL CULTIVO VAGINO-RECTAL LO CUAL MOSTRO CLARAS VENTAJAS SOBRE EL TAMIZAJE BASADO EN FACTORES DE RIESGO QUE SE APLICABA PREVIAMENTE.
- \* LA INFECCION OCURRE PRINCIPALMENTE EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO O CUANDO SE PRESENTA LA RPM; EVIDENCIANDOSE DESDE LOS AÑOS 80, QUE LAS MUJERES COLONIZADAS CON E.B.H.B. TIENEN 25 VECES MAYOR FACTIBILIDAD DE INFECCION DE INICIO TEMPRANO, QUE AQUELLAS CUYO CULTIVO FUE NEGATIVO.
- \* INFECCION TEMPRANA PRIMEROS 7 DIAS
- \* INFECCION TARDIA DESDE LOS 8 DIAS HASTA LOS 3MESES.

\* EL ESTUDIO MULTICENTRICO SCHUCHAT CON 52.406 RN REPORTO QUE INFECCION NEONATAL TEMPRANA CONFIRMADA CON CULTIVO SE PRESENTON EN 3.5 CASOS POR 1000 NACIDOS VIVOS Y DE ESTOS EL 16% FALLECIERON

\* OTROS FACTORS DE RIEGO QUE AUMENTAN 7 VECES LA INFECCION DE S.B.H.B. DE INICIO TEPRANO SON:

PARTO PRETERMINO

RPMO DE MAS DE 18 HORAS

FIEBRE DURANTE EL PARTO MAYOR A 38 GRADOS

BACTERIURIA POR SBHB DURANTEN EL EMBARAZO

AP DE HIJOS CON INFECCION POR SBH .

\* LAS CLINICAS DE PERINATOLOGIA DEL 2007 INDICAN UNA INCIDENCIA DE SBH EN TPP O RPMO DEL 15%

\* EL SBH PUEDE SER DE INSTALACION TEMPRANA LA CUAL SE DEFINE COMO:

DESARROLLO DE SINTOMAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA HASTA LOS 7 DIAS; CON CC DE :

BACTEREMIA

NEUMONIA

MENINGITIS

\* SIGNOS Y SINTOMAS SON:

LETARGO

PROBLEMAS DE ALIMENTACION

ICTERICIA

FIEBRE O HIPOTERMIA

RESPIRACION RUIDOSA

PALIDEZ

HIPOTENSION

\* EN CONTRAPARTE LA INFECCION TARDIA, SE PRESENTA ENTRE 7 DIAS Y LOS 3 MESES DE EDAD; SIENDO LA BACTEREMIA Y MENINIGITIS LAS ENTIDADES MAS FRECUENTES .

\* LA MORTALIDAD DE INFECCIONES NEONATALES POR SBH ERA DEL 50%, PERO DURANTE LOS AÑOS 90 LA PROPORCION DE CASOS FATALES ENTRE CASOS TEMPRANOS O TARDIOS ES APENAS DEL 4%.

\* LA INFECCION INTRAUTERINA DEL FETO RESULTA DEL RAPIDO ASCENSO DEL EBH DESDE LA VAGINA COLONIZADA DE MUJERES ASINTOMATICAS .

\* DE IGUAL FORMA LA ASPIRACION FETAL DE LIQUIDO AMNIOTICO INFECTADO PUEDE PRODUCIR, NACIMIENTO DE FETOS MUERTOS O CON NEUMONIA NEONATAL O SEPSIS.

\* POR OTRO LADO LOS NEONATOS SE PUEDEN INFECTAR POR SU PASO A TRAVES DEL CANAL DEL PARTO, PERO EN ESTE CASO LA COLONIZACION DEL NEONATO ES MAS FRECUENTE A NIVEL DE PIEL O MUCOSAS PERMANECIENDO ASINTOMATICOS .

\* EN EL CASO DE LA MUJER EMBARAZADA EL SBH PUEDE CAUSAR:  
IVU SINTOMATICA O ASINTOMATICA (5% DE LAS IVU SON POR SBH)  
AMNIONITIS  
ENDOMETRITIS  
SEPSIS PUERPERAL  
INFECCION DEL SITIO OPERATORIO TRAS LA CESAAREA  
RARAMENTE MENINGITIS

\* DEBIDO A LA SEVERIDAD Y FRECUENCIA DE LA INFECCION POR SBH EN LOS RN SE HAN BUSCADO METODOS PARA PREVENIR LA TRANSMISION DE LA MADRE AL NEONATO CON EL USO DE ANTIBIOTICOS. ESTAS ESTRATEGIAS DE PREVENCION SE DIVIDEN EN:

ANTEPARTO  
INTRAPATO  
PREVENCION INMUNOLOGICA  
PREVENCION NEONATAL

\* PREVENCION ANTEPARTO:  
EL TTO ANTIBIOTICO DE LAS MUJERES COLONIZADAS NO ES EFECTIVO POR LO QUE NO SE RECOMIENDA

\* PREVENCION INTRAPARTO:  
ABALADA POR LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA EL ACOG Y EL CDC DE ATLANTA.  
REALIZARON UNA GUIAS DE MANEJO BASADAS EN DOS METODOS PREVENTIVOS:  
1- TOMA DE CULTIVO PARA SBH EN LAS MUJERES EMBARAZADAS ENTRE LAS SEMANAS 35-37 BRINDANDO PROFILAXIS EN LAS MUJERES POSITIVAS  
2- CON BASE EN FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PARTO:  
PARTO PRETERMINO  
RPMO DE MAS DE 18 HORAS  
FIEBRE DURANTE EL PARTO MAYOR A 38 GRADOS  
BACTERIURIA POR SBH DURANTE EL EMBARAZO  
AP DE HIJOS CON INFECCION POR SBH

\*\*\*SE REDUJO INFECCION NEONATAL ADEMAS LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INVASORA EN LAS EMBARAZADAS (ENDOMETRITIS Y AMNIONITIS) DISMINUYO EN 21% ENTRE 1.993 Y 1.998.

\* CABE ANOTAR QUE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD TARDIA NO HA VARIADO

\* SIN EMBARGO A PESAR DE LA DRAMATICA DISMINUCION EN LA INDIDENCIA POR INFECCION POR SBH EN LOS NOVENTA ESTA PERMANECIO SIENDO LA PRINCIPAL CAUSA DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN USA, POR LOQUE CONTINUO EL DEBATE SOBRE CUAL ESTRATEGIA SERIA LA MAS EFECTIVA PARA IDENTIFICAR LAS CANDIDATAS A PROFILAXIS INTRAPARTO.

\* FUE ASI COMO EL CDC DE ATLANTA EN EL AÑO 2.002; SHARG et AL REALIZARON UN ESTUDIO CON UNA POBLACION DE MAS DE 600.000 NACIDOS VIVOS COMPARANDO LA EFECTIVIDAD DE LAS 2 ESTRATEGIAS ENCONTRANDO QUE LA PREVENCION POR MEDIO DE CULTIVO ERA UN 50% MAS EFECTIVA QUE EL MANEJO POR FACTORES DE RIESGO.

\* DEBIDO A ESTO EL CDC CAMBIO LAS GUIAS TOMANDO EN CONSIDERACION LA NUEVA EVIDENCIA DISPONIBLE.

\* LAS SIGUIENTE SON LAS RECOMENDACIONES ACTUALES:

1- SE DEBE REALIZAR TAMIZAJE CON TOMA DE MUESTRA A NIVEL RECTAL Y VAGINAL A TODA MUJER EMBARAZADA ENTRE LAS 35-37 SS DE GESTACION . A LAS QUE SON PORTADORAS SE LES DEBE BRINDAR PROFILAXIS DURANTE EL PARTO A MENOS QUE SE TENGA CESAREA PROGRAMADA EN AUSENCIA DE T DE PARTO O RPMO (NIVEL DE EVIDENCIA A2).

LA RAZON PARA REALIZAR EL CULTIVO A ESTA EDAD GESTACIONAL ES QUE LA COLONIZACION PUEDE SER TRANSITORIA Y EL VALOR PREDICTIVO DEL CULTIVO PARA TAMIZAJE ES MUY BAJO SI SE REALIZA ANTES DE LAS 5 SS PREVIAS AL PARTO.

ADEMAS LA COLONIZACION TEMPRANA EN EL EMBARAZO NO ES PREDICTIVA DE SEPSIS NEONATAL .

2- EN MUJERES EN QUIENES SE AISLE SBH EN CUALQUIER CONCENTRACION EN LA ORINA SE DEBE SUMINISTRAR PROFILAXIS Y NO REQUIERE PRUEBAS DE DETECCION NIVEL DE EVIDENCIA B2

3- TODA MUJER CON AP DE UN NEONATO AL QUE SE LE DIAGNOSTICO ENFERMEDAD INVASIVA POR SBH REQUIERE PROFILAXIS NIVEL DE EVIDENCIA B2

4- SI NO SE CONOCE RESULTADO DEL CULTIVO EN EL MOMENTO DEL PARTO SE DEBRE BRINDAR PROFILAXIS A TODAS LAS MUJERES CON UNO DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO:

EMBARAZO MENOR DE 37 SS  
RMPMO MAYOR DE 18 HORAS  
FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS

\* SI CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES ESTA PRESENTE PERO EL CULTIVO ES NEGATIVO NO SE REQUIERE PROFILAXIS. NIVEL DE EVIDENCIA A2  
5- REALIZAR TECNICAS DE CULTIVO Y RECOLECCION ADECUADOS PARA MAXIMIZAR LA DETECCION DEL SBH, SE DEBEN TOMAR MUESTRAS DE VAGINA Y RECTO QUE SE TRANSPORTARAN EN LOS MEDIOS ADECUADOS NIVEL DE EVIDENCIA DE A2

6- NO SE DEBE TRATAR COLONIZACION DEL SBH ANTEPARTO PUES NO ES EFECTIVA Y PUEDE TENER EFECTOS ADVERSOS. NIVEL DE EVIDENCIA D1. ESTO ESTA RESPALDADO POR ESTUDIOS QUE REPORTAN QUE UN 30-70% DE LAS PACIENTES TRATADAS ANTEPARTO PERMANECEN COLONIZADAS POR SHB AL MOMENTO DEL PARTO .

7- LAS MUJERES A LAS QUE SE LES REALICE CESAREA ELECTIVA NO REQUIEREN PROFILAXIS

\*\*\* ESTE PROTOCOLO ES AVALADO Y RECOMENDADO POR LAS GUIAS GAI DEL MINISTERIO DE SALUD DE 2.013

\*\*\* PARA LA PROFILAXIS SE REQUIERE EL SIGUIENTE REGIMEN:

\* PENICILINA CRISTALINA 5 MILLONES DE UI AL COMIENZO DEL TRABAJO DE PARTO Y CONTINUAR CON 2.5 MILLONES CADA 4 HORAS HASTA EL PARTO.

\* SI NO HAY DISPONIBILIDAD DE PENICILINA CRISTALINA SE USARA AMPICILINA 2GR IV AL COMIENZO DEL T DE PARTO Y 1 GR CADA 4 HORAS HASTA LA FINALIZACION DEL PARTO.

\* EN CASOS DE ALERGIA A LAS PENICILINAS LA RECOMENDACION ACTUAL ES SUMINISTRAR CEFAZOLINA.

\* EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD SE USA CLINDAMICINA Y ERITROMICINA Y SOLO EN CASO DE RESISTENCIA SE USARA VANCOMICINA.

\* EN CASOS DE ALERGIA USAR CLINDAMICINA 900 MG CADA 8 HORAS O ERITROMICINA 500 MG CADA 6 HORAS HASTA FINALIZAR EL PARTO .

\* EN RELACION A ESTE ESQUEMA ANTIBIOTICO CABE AGREGAR QUE DE ACUERDO A UN ESTUDIO REALIZADO POR COLOMBO EN EL AÑO 2006 A LOS 30 MINUTOS DEL SUMINISTRO DE AMPICILINA SE ALCANZAN NIVELES BACTERICIDAS EN EL CORDON UMBILICAL Y ESTE VALOR PERMANECIO EN LA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MAS ALLA DE 5.6 HORAS DESPUES DE SU ADMINISTRACION.

\* SE CONCLUYE QUE EL CULTIVO PERMANECE EN LA ACTUALIDAD COMO EL GOLD STANDARD DEL DIAGNOSTICO PARA COLONIZACION POR SBH .

\* LOS ESUTDIOS CONCLUYEN QUE LA PRECISION DE LOS CULTIVOS PARA EL TAMIZAJE PERINATAL SE PUEDEN AUMENTAR PRESTANDO ATENCION

A:

- 1- ESTRICTA TOMA ENTRE LAS 35-37 SS DE GESTACION
- 2-SITIO ANATOMICO DE LA MUESTRA; LOS ISOPADOS EN EL INTROITO DE LA VAGINA, Y EL ISOPADO RECTAL AUMENTAN SUSTANCIALMENTE EL RENDIMIENTO COMPARADO CON MUESTRAS DE ENDOCERVIX O DE FONDO DE SACO SIN HACER ISOPADO RECTAL.
- 3- LA ADICION DE LA TOMA DE RECTO ES QUE EL TRACTO GI ES EL RESERVORIO MAYOR DEL SBH.

\* DE LAS PACIENTES COLONIZADAS POR SBH ENTRE LA SEMANA 35 Y 37 DE GESTACION SOLO EL 18.5% PRESENTO CULTIVO VAGINAL POSITIVO.

\* EL ISOPADO RECTAL SE TOMA SIN SUPERAR EL ESFINTER ANAL .

\* OTRO ASPECTO IMPORTANTE A TENER EN CUENTA ES LA ALTA POSIBILIDAD DE RECURRENCIA DE COLONIZACION POR SBH EN EL SIGUIENTE EMBARAZO, ENCONTRANDOSE REPORTES EN LA LITERATURA DE UNA TASA DE RECURRENCIA DEL 38.2 % IC 95% 33.5-42.9%, ES DECIR QUE MAS DE 1/3 DE LAS MUJERES CON COLONIZACION POR SBH VAN A PRESENTAR RECURRENCIA EN EL SIGUIENTE EMBARAZO .

\* LOS FACTORES QUE AUMENTAN LA POSIBILIDAD DE RECURRENCIA SON: PERIODO INTERGENESICO CORTO INTENSIDAD DE COLONIZACION DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL