

Estreptococo beta hemolítico del grupo B

Actualizado octubre/2014

El Estreptococo beta hemolítico del grupo B (EGB) es un habitante primario del tracto gastrointestinal, sin embargo puede colonizar el tracto genitourinario y la faringe. Tiene selectiva patogenicidad para la mujer embarazada y el recién nacido siendo una causa significativa de morbilidad materna y neonatal.

La tasa de colonización tiene gran variabilidad y aumenta con el número de partos previos y la actividad sexual. Las tasas en Argentina varían del 2 al 16%.

-Manifestaciones clínicas maternas:

- El tracto gastrointestinal y el introito vaginal materno son los principales reservorios de EGB. La portación genital de EGB asintomático durante la gestación no tiene valor patógeno.
- El EGB puede ocasionar bacteriuria asintomática, infección urinaria, corioamnionitis, endometritis y bacteriemia (infecciones que resuelven en la mayoría de los casos sin secuelas, con el tratamiento antibiótico). Las infecciones más graves (septicemia, meningitis, endocarditis) son excepcionales.

De cada madre portadora de EGB, entre el 50-70% de sus hijos se colonizan intrauterino o en el momento del nacimiento pero solo 1-2% desarrollara un cuadro de sepsis

- Manifestaciones clínicas en el recién nacido:

Características	Infección intrauterino (85% de los casos) Sepsis temprana	Contagio en canal del parto-horizontal Sepsis tardía
Edad	0-7 días	7 días-3 meses
Edad promedio al comienzo	1 hora	27 días
Nacimiento prematuro	Frecuente	Poco común

Factores de riesgo obstétricos (*)	Presentes	Ausentes
Clínica	Síndrome de dificultad respiratoria, shock séptico, neutropenia, CID, HTPulmonar Bacteriemia	Sepsis fulminante-Meningitis Infección focalizada (artritis, celulitis, onfalitis)
Mortalidad	5-20%	2-6%

(*)Rotura prematura o prolongada de membranas, fiebre intraparto, corioamnionitis, nacimiento prematuro

Testeo durante en embarazo:

En Argentina se aprobó en abril del 2006 una ley nacional que obliga a realizar cultivo universal (vaginal y rectal) para la búsqueda de EGB a todas las embarazadas a partir de las 35 semanas.

La búsqueda de la colonización por EGB después de las 37 semanas tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 96%.

Requiere toma adecuada de la muestra:

- vaginal (introito) y rectal. No se recomiendan tomas endocervicales ni colocación de espejulo

- medios selectivos de cultivo (tubo con solución salina a temperatura ambiente)

- condiciones adecuadas para la toma de la muestra:

- No tener relaciones sexuales el día anterior.

- No realizar higiene vaginal 3 hs antes ni aplicar medicación intravaginal.

Las mujeres con antecedentes de infección urinaria o bacteriuria en el embarazo actual y aquellas con antecedentes de hijo con sepsis por EGB no requieren cultivos ya que, independientemente del resultado, siempre se indica profilaxis antibiótica intraparto.

Las pacientes con cultivos negativos deben repetir el estudio si el parto no se produce en las 5 semanas siguientes a la toma, en el caso de no repetirlo considerarlo como no realizado.

Se recomienda realizar antibiograma solo en pacientes alérgicas a la penicilina. Se interrogara previamente sobre este antecedente.

Tratamiento:

Se ha demostrado que la transmisión vertical de EGB se interrumpe con el tratamiento con ampicilina o Penicilina por vía EV con un intervalo mínimo de 4 hs previo al parto y hasta el

alumbramiento. Ambas drogas son igualmente efectivas, se prefiere penicilina por su espectro reducido (genera menos resistencia).

- En alérgicas menores se puede utilizar Cefazolina o Cefalotina (no se ha documentado resistencia a las cefalosporinas de primera generación y el riesgo de reacción cruzada es menor al 5%)
- En alérgicas mayores clindamicina o eritromicina, en estos casos se recomienda realizar antibiograma cuando se toma el cultivo. Si es resistente indicar Vancomicina

Dosis:

-Penicilina G carga 5 mil UI y luego 2.5 mil UI cada 4 hs

-Ampicilina carga 2 gr y luego 1 gr cada 4 hs

-Cefazolina 2 gr cada 8 hs

-Clindamicina 900 mg cada 8 hs

-Eritromicina 500 mg cada 6 hs

-Vancomicina 1 gr cada 14 hs

Se debe tratar a toda paciente con cultivo positivo para EGB + (en cultivo vaginal/rectal, UC previo) o con antecedentes de embarazo previo con recién nacido con sepsis por EGB

NO se recomienda profilaxis en pacientes con EGB negativo en el cultivo o en aquellas con cultivo positivo que tengan operación cesárea electiva sin ruptura de membranas ni trabajo de parto previo

En pacientes sin cultivo previo o desconocido o negativo pero vencido (+ de 5 semanas) recibirán profilaxis si presentan alguno de los siguientes factores de riesgo:

1. Fiebre intraparto (>38 grados)
2. Trabajo de parto prematuro
3. RPM de más de 18 hs de evolución.
4. Urocultivo en el embarazo positivo para EGB
5. Antecedentes de Recién Nacido con sepsis por EGB

