

INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B

Jesús Sanz Sánchez

Desde hace años se conoce el papel que juega el estreptococo del grupo B (EGB), también llamado *Streptococcus agalactiae*, en el desarrollo de infecciones perinatales, siendo la causa más frecuente de mortalidad durante ese periodo, al tiempo que genera una morbilidad importante con secuelas neurológicas, la mayoría de las veces, para toda la vida. El EGB no suele causar infecciones en adultos, pero sí, por el contrario, en recién nacidos, embarazadas y adultos con patologías (diabetes, cáncer).

El EGB es una bacteria que puede encontrarse en el tracto gastrointestinal como reservorio, desde donde coloniza el aparato genitourinario de los adultos. Esta colonización tiene la característica de ser intermitente, lo cual es importante a la hora de dictar las normas o recomendaciones para su detección y prevención.

La tasa de mortalidad neonatal sin tratamiento preventivo es del 50%, aunque se reduce al 0,26 por mil cuando la mujer es tratada adecuadamente durante el trabajo de parto

La tasa de colonización vaginal en las mujeres embarazadas va de un 10 a un 30%, según la distribución geográfica y la raza. En España, la tasa se sitúa entre el 11 y el 18,2%. El principal problema para su detección es que en un 90% de los casos de las mujeres embarazadas colonizadas cursa de forma asintomática.

El EGB es causante de patología materna en el tracto genitourinario, y es importante tener en cuenta la asociación existente entre las infecciones genitourinarias y las patologías propia del embarazo (parto prematuro, rotura prematura de membranas pretérmino, corioamnionitis).

Las mujeres también pueden padecer aún sin conocimiento de colonización vaginal infecciones urinarias, pielonefritis y endometritis puerperal. La sintomatología clínica de las mujeres es muy amplia y no tiene relación con la gravedad de la patología neonatal. No podemos esperar a la aparición de signos y síntomas maternos para iniciar el tratamiento, pues puede ser muy tarde para el bebé.

El EGB provoca en los recién nacidos dos procesos infecciosos realmente graves: uno, de comienzo precoz (6-24 horas después del nacimiento), y otro, de comienzo tardío (hasta los 3 meses) y que suele cursar en forma de meningitis.

El EGB, en ausencia de la adecuada prevención, es la causa más frecuente de infección bacteriana perinatal transmitida verticalmente. La incidencia del proceso es de 3 por mil recién nacidos vivos con una mortalidad del 50%, sin medidas de prevención, que se reduce hasta el 0,26 por mil cuando existen programas de prevención.

Alrededor del 50% de los recién nacidos de madres colonizadas son a su vez colonizados, y un 1 - 2 % de éstos desarrolla la infección.

La colonización por el EGB en los recién nacidos es una transmisión vertical ascendente a partir del aparato genital. El EGB llega a la cavidad amniótica después de la rotura de las membranas, si bien es cierto que sabemos que también se puede producir con las membranas íntegras; se sospecha que la inmensa mayoría de las infecciones son adquiridas dentro del útero, siendo menos común la transmisión en el momento del parto. Desde el líquido amniótico, el EGB pasa al aparato respiratorio y digestivo del bebé, donde se desarrollan las toxinas que generan la patología (neumonía, depresión miocárdica, hipertensión pulmonar, sepsis, meningitis), que puede terminar en la muerte del recién nacido.

El EGB puede ser causa también de muerte fetal en el segundo trimestre del embarazo y suele ir asociado a embarazadas altamente colonizadas o con deficiente inmunidad contra esta bacteria.

Existen una serie de factores que aumentan el riesgo de infección en un recién nacido, como son:

- Prematuridad (< 37 semanas).
- Rotura prematura de membranas.
- Rotura prolongada de membranas.
- Fiebre intraparto (> 38° C).
- Corioamnionitis.
- Haber tenido un hijo anteriormente con infección por el EGB.

La sola presencia de estos factores, sin colonización en la madre, no supone un incremento de la posibilidad de padecer una infección por EGB; de hecho, sólo la mitad de las infectadas presentan factores de riesgo y la posibilidad de que se produzca la infección es 25 veces menor.

Las infecciones de comienzo tardío suelen manifestarse en forma de meningitis. Sólo la mitad de los casos de comienzo tardío provienen de una madre portadora de EGB. En el resto se desconoce el origen, y es una infección poco común.

Detección y Prevención

La colonización vaginal por EGB es intermitente, por lo que ha quedado demostrado que los cultivos realizados con anterioridad a 5 semanas antes del parto no son factibles para predecir el estado de portadora en el momento del parto y deben de ser repetidos.

Hoy día sabemos que la administración de antibióticos durante la gestación no es eficaz para eliminar la condición de portadora vaginal del EGB. Por el contrario, la administración intravenosa de antibióticos, iniciada al menos 4 horas antes del nacimiento sí es un procedimiento adecuado para evitar la infección neonatal precoz por EGB. La infección por EGB ocurre con más frecuencia en embarazadas donde no se había investigado si era portadora o no y no había recibido la profilaxis antibiótica.

Actualmente no se dispone de vacunas efectivas para prevenir la infección por el EGB.

La viabilidad de la profilaxis antibiótica hace que se desarrollen unas recomendaciones para su utilización y desarrollo de programas de prevención para identificar a las mujeres embarazadas portadoras.

En España se publicó en 1998 el primer documento sobre recomendaciones para la prevención de infecciones peri-

natales por el EGB, consensuado por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ) y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), y que ha sido objeto de revisión en el año 2003, debido a las nuevas recomendaciones del Center For Disease Control (CDC). Estas recomendaciones se basan en tres puntos fundamentales:

1. La eficacia de la profilaxis intraparto para disminuir la incidencia de infección neonatal precoz por EGB.
2. Los datos epidemiológicos actuales.
3. La elevada frecuencia con que la enfermedad perinatal se presenta en ausencia de factores de riesgo.

Cribado de EGB

La presencia de EGB puede detectarse durante el embarazo tomando muestras para cultivo del introito vaginal (1/3 exterior) y del recto, y se debe de realizar entre las semanas 35 - 37 de gestación. Los cultivos realizados con anterioridad no deben tenerse en cuenta debido a la colonización intermitente del EGB. De acuerdo a este cultivo, se seguirá la pauta de profilaxis antibiótica. Si la mujer ha sufrido una bacteriuria por EGB durante el embarazo o tiene un hijo anterior con infección neonatal por EGB, no será necesario el cultivo y se administrará siempre la profilaxis antibiótica. Una vez aislado el EGB en el cultivo, no es necesario un antibiograma, pues no se conocen cepas resistentes a penicilina o ampicilina, salvo que la mujer sea alérgica a los betalactámicos.

Profilaxis antibiótica intraparto contra el EGB

Se debe de realizar profilaxis antibiótica intraparto en los siguientes casos:

- Todas las mujeres con cultivo EGB positivo durante las 5 semanas previas al parto.
- Todas las mujeres que desarrollaron una bacteriuria por EGB durante el embarazo.
- Todas las mujeres con un hijo anterior con infección neonatal por EGB.
- Todos los partos con rotura de membranas superior a 18 horas y no se disponga de cultivo.

- Todos los partos en que exista fiebre intraparto igual o superior a 38° C. En estos casos, habrá que valorar igualmente la posibilidad de corioamnionitis u otra infección.
- Todo parto con menos de 37 semanas de gestación en que se desconozca si está colonizada la mujer.

Recomendaciones antibióticas

Recomendado

- Penicilina G intravenosa: 5 millones de unidades al comienzo del parto y repetir 2,5 millones de unidades cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Alternativa

- Ampicilina intravenosa: 2 gr. al comienzo del parto y repetir 1 gr. cada 4 horas hasta el nacimiento.

En caso de alergias a betalactámicos

- Clindamicina intravenosa: 900 mg. cada 8 horas hasta la finalización del parto.
- Eritromicina intravenosa: 500 mg. cada 6 horas hasta la finalización del parto.

Se recomienda el antibiograma en estos casos, ya que de ser resistente a estos dos últimos antibióticos utilizaremos la vancomicina: 1 gr. intravenoso cada 8 horas hasta la finalización del parto.

Atención del Recién Nacido

Las recomendaciones españolas indican que en madres tratadas correctamente y recién nacidos de edad gestacional igual o superior a 35 semanas, los bebés se someterán a observación clínica durante 24 - 48 horas sin ser necesario el ingreso independiente del recién nacido.

Si la edad gestacional fuera inferior a 35 semanas, se realizará observación clínica durante 48 y se solicitará recuento y fórmula leucocitaria y PCR en las primeras 12 horas de vida. Si existen signos clínicos o analíticos de posibilidad de infección se realizará un hemocultivo. Estos recién nacidos suelen requerir ingreso en la unidad neonatal.

Si la madre ha recibido un tratamiento incompleto y tiene menos de 35 semanas de gestación, se seguirá este último procedimiento; en caso de que la edad gestacional fuera superior a 35 semanas, el mismo pero sin necesidad de internamiento en una unidad neonatal.

En los casos de madres que no han recibido el tratamiento pero debían haberlo recibido, se administrará al recién nacido (independientemente de su edad gestacional) una sola dosis de penicilina G intramuscular durante la primera hora de vida (50.000 U si pesa más de 2.000 gr., y 25.000 U, si pesa menos) y se someterá a observación clínica al menos durante 48 horas. Además, si el recién nacido tiene una edad gestacional inferior a 35 semanas se practicará hemocultivo antes de la profilaxis y recuento, fórmula leucocitaria y PCR a las 12 horas de vida.

Mientras que la administración de antibióticos durante la gestación no resulta eficaz para eliminar la condición de portadora, sí lo es la iniciada cuatro horas antes del nacimiento

Si la edad gestacional es superior a las 37 semanas, sin ningún factor de riesgo y se desconoce la situación de la madre como portadora o no, se someterá al bebé a observación clínica durante un mínimo de 48 horas.

En la actualidad, las nuevas técnicas de diagnóstico molecular podrían identificar en el momento del parto a las gestantes colonizadas. Sin embargo, su alto coste y la necesidad de garantizar su disponibilidad las 24 horas del día hace difícil su generalización. Las investigaciones sobre las vacunas siguen avanzando, pero hasta la fecha no se dispone de vacunas con efectividad probada. Cuando dispongamos de pruebas rápidas y precisas de fácil utilización y de vacunas, esto permitirá que se administren tratamientos antibióticos sólo a aquellas mujeres que verdaderamente lo necesiten.

BIBLIOGRAFÍA

- SEGO, SEN, SEIMC, SEQ y SEMFYC: *Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas*. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21(8): 417-23. <http://www.seq.es/seq/0214-3429/16/3/335.pdf>
- Schrah, D.; Gorwitz, R.; Fultz-Butts, K. y Schuchat, A: *Prevention of perinatal group B streptococcal disease*. Revised Guidelines from CDC 2002 MMWR51(RR11):1 - 22. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5111a1.htm>
- American College of Obstetrics and Gynecologists: *Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns*. ACOG Committee Opinion 2279, December 2002, Obstetrics-Gynecology 2002; 100: 1405 - 12