

STREPTOCOCCUS AGALACTIAE, DETECCIÓN Y MANEJO INTRAPARTO

Nancy María Chinchilla Calvo*

SUMMARY

Group B streptococcus is one of the most common causes of neonatal sepsis of bacterial origin. Universal screening aims to prevent early neonatal infection caused by this bacterium. The screening is performed to all pregnant women between 35-37 weeks to determine the colonization by *Streptococcus agalactiae*. Intrapartum prophylaxis is administered to all women with risk factors or positive for group B strep culture.

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus agalactiae*

emergió como patógeno neonatal en los años de 1970 y en ausencia de medidas de prevención representa la principal causa de infección bacteriana del recién nacido en países desarrollados⁶. Se trata de una bacteria Gram positivo, beta-hemolítico, catalasa negativo y anaerobio facultativo, caracterizado por presentar en su pared el grupo B de antígenos del sistema de Lancefield⁴. Forma parte de la flora comensal intestinal y de forma intermitente coloniza el área perineal y el tracto genital. En gestantes hay posibilidad de transmisión al recién nacido y es causa frecuente de infección

durante la gestación y el puerperio. También se ha identificado como patógeno en pacientes adultos no gestantes y la infección se presenta como complicación de otra patología de base⁴. Sin medidas de prevención, hasta el 70% de las mujeres colonizadas transmiten la bacteria al recién nacido durante el parto, y de los recién nacidos colonizados, del 1 al 2% desarrollan una infección precoz⁶. La denominada infección neonatal precoz (cuando ocurre dentro de los primeros siete días de nacido) incluye sepsis, neumonía o meningitis y en casi la mitad de los casos que sobreviven a la infección presentan secuelas

* Médico Asistente General, Área Salud Pérez Zeledón.

neurológicas^{2,5}. Cuando la infección debuta después de la primera semana de vida, habitualmente con bacteriemia y casos de meningitis, se denomina infección neonatal tardía; más de la mitad de éstos recién nacidos nacen de madres no colonizadas, la fuente de contagio no es clara^{5,10}. Existen factores obstétricos que favorecen el desarrollo de infección en el recién nacido, el parto pretérmino, ruptura prolongada de membranas, fiebre intraparto, haber tenido un hijo anteriormente con infección por dicha bacteria; aunque más de la mitad de los casos no presenta factores de riesgo, se cree que depende del título de anticuerpos frente al antígeno polisacárido de la cepa colonizante^{1,2,9}.

DETECCIÓN

Las Guías del 2010 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, (CDC), con respecto a la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*, recomiendan realizar un cribado universal a todas las pacientes gestantes entre semana 35 y 37 de edad gestacional, con el fin de detectar las candidatas a recibir tratamiento antibiótico intraparto. El cribado consiste en la toma de una muestra recto-vaginal, el cual requiere incubación en caldo de enriquecimiento selectivo, cultivo en agar sangre y posterior

identificación de las colonias de estreptococo del grupo b^{5,7}. La detección del estreptococo del grupo B depende de la adecuada toma de la muestra, la calidad de la muestra, y su posterior identificación. Para la toma de la muestra se obtiene primero el exudado vaginal del tercio externo sin usar espéculo y luego se introduce en el esfínter anal. Las muestras cervicales no son aceptables. El cultivo realizado 5 semanas o más antes del parto no predicen adecuadamente la colonización en el parto se deben de repetir⁵.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO

La profilaxis antibiótica intraparto está indicada en los siguientes casos:

- Todas las mujeres identificadas por cultivo como portadoras del estreptococo del grupo B. El momento óptimo para la toma del cultivo es en semana 35-37 de gestación.
- Todas las mujeres en que se detecta estreptococo del grupo B en orina durante la gestación.
- Las gestantes que previamente han tenido un hijo con infección neonatal por estreptococo del grupo B.
- Todos los partos con menos de 37 semanas de gestación y

en los que no se dispongan el resultado del cultivo.

- En casos de ruptura de membrana superior a 18 horas y no se disponga del resultado del cultivo.
- Cuando se presenta fiebre intraparto (38 C o más) y en los que no se disponga del resultado del cultivo.

La profilaxis intraparto no está indicado en caso de:

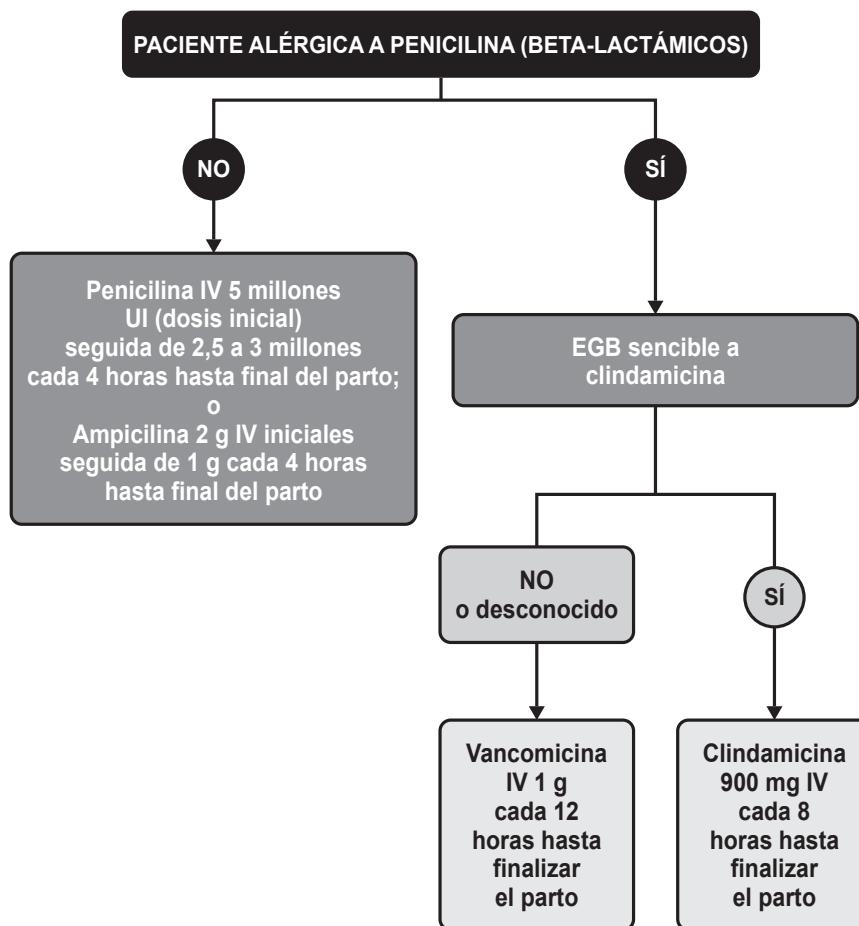
- Cultivo recto-vaginal negativo por estreptococo del grupo B en la presente gestación.
- Cesárea programada sin comienzo del parto y membranas íntegras, aunque el cultivo haya sido positivo.

En la profilaxis intraparto se utilizan los antibióticos betalactámicos, la Penicilina como primera elección, aunque la Ampicilina es aceptable; y se debe informar si hay sospecha de alergia a éstos agentes. (Figura 1).

DISCUSIÓN

Durante más de 30 años, el estreptococo del grupo B ha sido la principal causa de infección bacteriana del recién nacido, actualmente, las medidas para prevenir la infección por ésta bacteria están bien establecidas y su aplicación ha demostrado una reducción significativa de los casos de infección neonatal en países desarrollados⁸. Costa Rica no está exenta a casos

Fig. 1. Régimen de antibióticos recomendados para la profilaxis intraparto del *Streptococcus agalactiae*. Adaptado de las Guías del CDC 2010.



de infección neonatal por estreptococo del grupo B. La Guía Institucional de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto se enriquecería con la inclusión del cribado universal dentro de las actividades para el control prenatal³.

CONCLUSIÓN

Es posible prevenir la infección neonatal por estreptococo del grupo B mediante la vacunación de las embarazadas, a pesar de que se

nació de un posible contagio.

RESUMEN

El estreptococo del grupo B es una de las causas más frecuentes de sepsis neonatal de etiología bacteriana. El cribado universal tiene como finalidad prevenir la infección neonatal precoz causada por ésta bacteria. El cribado se realiza a toda gestante entre semana 35-37 para determinar la colonización por *Streptococcus agalactiae*. Se administra la profilaxis intraparto a toda mujer con factores de riesgo o cultivo positivo por estreptococo grupo B.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Prevention of Early-Onset Group B Streptococcal Disease in Newborns. Committee Opinion N 485, April 2011.
2. Berardi A, Rossi C, Lugli L, Creti R, Bacchi M. Group B Streptococcus Late Onset Disease: 2003-2010. Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Jan 2013. Vol 131 N 02.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. En el primer nivel de atención. 2009.
4. Caraffini A, Nobile C, Figueroa M, Costamagna R. *Streptococcus agalactiae* como responsable de patologías distintas a las materno neonatales. Revista Bioquímica y Patología Clínica. 2007. Vol 71 N

han hecho progresos importantes, no está aún suficientemente desarrollado para su utilización clínica. Sin embargo se ha demostrado disminución de casos de infección neonatal precoz siguiendo las recomendaciones del cribado universal propuesto por el CDC. El objetivo del cribado por estreptococo del grupo B en gestantes, es predecir su colonización recto-vaginal en el momento del parto para seleccionar las candidatas para el tratamiento profiláctico intraparto, y así proteger al recién

01: 31-35.

5. CDC. Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease revised guidelines from CDC MMWR. 2010; 59: 1-32.
6. De la Rosa Fraile Manuel, De Cueto López Marina. Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*. Un tema consolidado. Enferm. Infec. y Microbiol. Clin. 2003; 21 (4). 171-173.
7. El Aila NA, Tency I, Claeys G et al. Comparison of different sampling techniques and different culture methods for detection of group B streptococcus carriage in pregnant women. BMC Infectious Diseases. 2010; 10:285.
8. Hansen M, Uldbjer N, Kilian M. Dynamics of *Streptococcus agalactiae* colonization in women during and after Pregnancy and in their infants. Journal of Clinical of Microbiology. Jan 2004. Vol 42 N 01: 83-89.
9. Hernáiz C, Antón N, Alós J y Col. Significado clínico del aislamiento de *Streptococcus agalactiae* de orina de pacientes de centros de salud. Enferm. Infec. Microbiol. Clin 2004; 22: 89-91.
10. Priore G, Di Bartolomeo S, Gentile M, Valle S, Di Bella A. *Streptococcus agalactiae* en embarazadas. Prevalencia en el Hospital Nacional Alejandro Posadas. Revista Argentina de Microbiología. 2005; 37: 142-144.