

# Capítulo 11

---

## **Estreptococo del grupo B durante el embarazo**

**Hernán Cortés Yepés**

Docente titular, Universidad de Antioquia

## Introducción

El Estreptococo del grupo B (SGB) o *Streptococcus agalactiae*, es un microorganismo habitual del tracto genitourinario y gastrointestinal del ser humano. Durante el embarazo es una causa frecuente de bacteriuria, infección urinaria y corioamnionitis, durante el posparto se asocia a endometritis, neumonía, bacteremia y sepsis puerperal; además, las embarazadas colonizadas pueden transmitir esta bacteria a sus hijos, favoreciendo el desarrollo de la infección neonatal temprana.

La prevalencia estimada de colonización materna es del 18 % y varía dependiendo del país, la raza y la edad. Se presenta colonización en cerca del 50 % de los bebés nacidos de madres portadoras y de estos, entre el 1 % y 2 % desarrollarán la enfermedad invasora (sepsis, meningitis y/o neumonía), la mayoría de los casos se presentaran en bebés de término (72 %), sin embargo, la tasa de mortalidad es mayor en los prematuros 20 % versus 2 %. (1,2)

En Estados Unidos, el SGB es la primera causa de infección neonatal y el principal factor de riesgo es la colonización materna, la implementación de las guías para profilaxis intraparto contra el Estreptococo, ha disminuido la incidencia de enfermedad invasora en más de un 80 %, pasando de 1,8 a 0,23 por mil nacidos, entre 1990 y el 2015. (3)

En los niños la infección por SGB se clasifica como de inicio temprano (< 7 días) o de inicio tardío (> 7 días). La enfermedad de inicio temprano representa el 80 % de los casos y entre el 15 % - 30 % de estos, tendrán secuelas a largo plazo.

En nuestro país se cuenta con algunos trabajos sobre la prevalencia de colonización por SGB (tabla 1), la cual varía entre 0,38 % y 37,6 %.

**Tabla 1.** Prevalencia de colonización materna por SGB en Colombia

Lugar y fecha	Autores	Muestra	Incidencia
HUSVF, Medellín. 2002	Infectio. Restrepo A, Serna L, Vanegas C.	81	8.6
HGM, Medellín. 2008	Infectio. Duque C, Gómez B, Uribe O.	362	5.8
Cl. Colombia, Bogotá. 2008	Rev. Med Sanitas. Restrepo N, Alarcón C, Núñez F.	1000	16
Colegio Mayor, Medellín. 2010	Nova. Duque C, Gómez B, Sánchez D.	700	7.1
Hosp. Militar, Bogotá. 2010	RCOG. García D, Mojica M, Méndez I.	130	0.38
Cl. Rafael Calvo, Cartagena. 2011	Rev Ciencias Biomed. Amaya j, Bello A, Mendivil C.	91	37.6
Hosp. San Jerónimo, Montería. 2011	Miranda J, Sánchez I, Mettar S.	80	25

## Factores de riesgo para enfermedad perinatal

Diversas condiciones aumentan la probabilidad de que un bebé desarrolle la infección de inicio temprano, la principal es la colonización materna que incrementa el riesgo más de 25 veces, en comparación con los bebés de madres con cultivo negativo., Los otros factores se mencionan en la **tabla 2.** (2)

**Tabla 2.** Factores de riesgo para infección neonatal temprana.

### Factores de riesgo para infección por Estreptococo del grupo B de inicio temprano

- Nacimiento prematuro (<37 semanas)
- Ruptura de membranas >18 horas
- Fiebre durante el parto (>38°C)
- Bacteriuria por Estreptococo del grupo B durante el embarazo
- Antecedente de bebé con infección por Estreptococo del grupo b

También se asocian con el desarrollo de la infección por estreptococo, aunque en menor grado, la edad < 20 años, raza negra, origen hispano, bajos niveles de anticuerpos contra el antígeno capsular del SGB y la colonización masiva. (2)

No se conocen con certeza los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad de inicio tardío; muchas de estas, corresponden a infección nosocomial o adquirida en la comunidad.

## Tamización

Se debe realizar a todas las embarazadas entre las 35 a 37 semanas (2) (otros recomiendan entre las 36 - 37,6 (5) o, a las 32 - 34 en caso de gemelar (6)), mediante el uso de uno o dos aplicadores, una de la parte inferior de la vagina (orificio vaginal) y otra del recto, insertando el aplicador, a través del esfínter anal; la recolección puede ser realizada por la misma paciente siguiendo instrucciones adecuadas. No se debe usar espéculo, ni tomar muestra del cérvix y en caso de ser necesarias, realizar pruebas de sensibilidad (alergia a penicilina).

Actualmente existen varias pruebas rápidas para el diagnóstico de colonización por SGB, para su uso en el momento del parto, la cual sería de utilidad en las pacientes que ingresan en trabajo de parto sin cultivo.

## Prevención

Los antibióticos intraparto, han demostrado prevenir el desarrollo de enfermedad de inicio temprano cuando se aplican a las mujeres colonizadas al momento del parto o con los factores de riesgo previamente descritos, por lo que se recomienda realizar tamizaje a toda mujer embarazada y brindar profilaxis a las siguientes (**tabla 3**):

**Tabla 3.** Indicaciones de profilaxis intraparto.

Requiere profilaxis	No requiere profilaxis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultivo recto vaginal positivo.</li> <li>• Bacteriuria (SGB en orina en cualquier concentración).</li> <li>• Antecedente de un bebé con enfermedad invasiva por SGB.</li> <li>• Si no se conoce el resultado del cultivo, o la prueba rápida es negativa, pero tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: embarazo menor de 37 semanas, ruptura de membranas mayor de 18 horas, fiebre (temperatura &gt; 38° C) o prueba rápida positiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonización en embarazo previo.</li> <li>• Cesárea electiva (con membranas integra y antes del inicio del trabajo de parto).</li> <li>• No se debe tratar la colonización por SGB.</li> <li>• Prueba rápida negativa, sin factores de riesgo.</li> </ul>

Tomado de: (2,5)

## Profilaxis antibiótica intraparto

En las pacientes que lo tiene indicado, se recomienda el siguiente régimen de antibióticos (tabla 4) y por una duración de al menos 4 horas, aunque con 2 horas se ha demostrado también reducir la incidencia de sepsis.

Tabla 4. Régimen de antibióticos recomendados.

Régimen recomendado para prevención de infección neonatal temprana por SGB.	
Recomendado	Penicilina G, 5 millones de unidades IV. Continuar con 2,5 – 3 millones de unidades IV cada 4 horas hasta el parto
Alternativo	Ampicilina, 2 g IV, luego 1 g IV cada 4 horas hasta el parto
Alergia leve a la penicilina	Cefazolina, 2 g IV, luego 1 g IV cada 8 horas hasta el parto
Alergia severa a la penicilina (Anafilaxis, angioedema, urticaria o dificultad respiratoria)	Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas. En caso de SGB resistente: Vancomicina 1 g IV cada 12 horas

Tomado de: CDC Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Guide., 2010. (2)

En caso de trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas, se recomiendan los siguientes enfoques. **Figura 1 y 2. (2, 5)**

Figura 1. Trabajo de parto pretérmino.



Tomado de: CDC Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Guide. 2010.

Figura 2. Ruptura prematura de membranas.



Tomado de: CDC Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Guide. 2010.

## Bacteriuria

Se recomienda realizar un urocultivo en todas las embarazadas al inicio del control prenatal o en caso de presentar síntomas urinarios; Si el resultado es mayor o igual a 10<sup>5</sup> UFC de SGB, se recomienda dar tratamiento con cefalexina, amoxicilina o penicilina por 5 - 7 días, y a la semana, realizar un urocultivo de control para garantizar la erradicación bacteriana y recomendar (idealmente por escrito), que debe recibir profilaxis intraparto y no tomar cultivo recto-vaginal al final del embarazo.

Si la bacteriuria es menor (en general solo se reportan valores mayores o iguales a 10<sup>4</sup> UFC), no se recomienda tratar, pero si dar profilaxis intraparto. (7)

## Lecturas recomendadas

1. Kwatra G, Cunnington MC, Merrall E, ET AL. Prevalence of maternal colonisation with group B streptococcus: a systematic review and meta-analysis. LANCET Published online May 25, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30055-X)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010 MMWR 2010;59 No. RR-10: 1-23.
3. Nanduri SA, Petit S, Smelser C, et al. Epidemiology of invasive early-onset and late-onset group B streptococcal disease in the United States, 2006 to 2015. JAMA Pediatr 2019. DOI 10.1001/jamapediatrics.2018.4826
4. Boyer KM, Gotoff SP. Strategies for chemoprophylaxis of GBS early-onset infections. Antibiot Chemother 1985;35:267–80.
5. Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns. ACOG Committee Opinion N° 782. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2019; 134: e19-40
6. Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ, Heath P, Stenson BM on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. BJOG 2017; 124:e280– e305.
7. Puopolo KM, Madoff LC, Baker CJ. Group B streptococcal infection in pregnant women. Tomado de: UpToDate 2020