



CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA  
GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN  
PERINATAL POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

## **1. OBJETIVO**

Esta guía tiene como objetivo formular recomendaciones, con racionalidad y evidencia científica, que apoyen la toma de decisiones para el grupo de Médicos Generales, Ginecólogos, Obstetras y sub Especialistas en Medicina Materno Fetal durante el proceso de atención de una paciente con requerimiento de prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B, buscando disminuir la morbilidad y mortalidad secundarias a esta patología en los pacientes atendidos en la Clínica de la Mujer.

## **2. ALCANCE**

Médicos generales, Ginecólogos, Obstetras y sub Especialistas en Medicina Materno-Fetal de la Clínica de la Mujer al igual que el personal paramédico que forme parte del grupo multidisciplinario de atención de las pacientes con requerimiento de prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. La utilización adecuada de esta guía no implica la prevención del 100% de infecciones del recién nacido por estreptococo del grupo B.

## **3. IDENTIFICACION CLASIFICACION E INTERPRETACION DE LA EVIDENCIA**

### **a. DEFINICION**

El estreptococo del grupo B, también conocido como *Streptococcus agalactiae*, es una bacteria gran positiva que fue una de las causas más importantes de morbilidad-mortalidad perinatal durante la década de los 70s. Entre el 10% y el 30% de las mujeres embarazadas son portadoras del estreptococo del grupo B en la vagina o el recto. Este microorganismo puede causar infección de vías urinarias materna, amnionitis, endometritis, sepsis o en raras ocasiones meningitis. La enfermedad invasiva por estreptococo del grupo B en el neonato es caracterizada principalmente por sepsis y neumonía y con menor frecuencia por meningitis.

La transmisión vertical del estreptococo del grupo B durante el trabajo de parto o el parto puede resultar en la infección invasiva del neonato durante la primera semana de vida, patología conocida como infección por estreptococo del grupo B de aparición temprana. Desde los inicios de la década de los 90s, la realización de guías de práctica clínica ha resultado en la disminución de la incidencia en el 80% de la sepsis neonatal de aparición temprana por estreptococo del grupo B; de 1.7 casos a menos de 0.4 casos por 1000 nacidos vivos. Como se podía prever, estas guías de práctica clínica no han mostrado efecto en la enfermedad de aparición tardía, definida como aquella de aparición en neonatos mayores de 6 días de nacidos.

En nuestro medio no es clara la incidencia de infección neonatal por estreptococo del grupo B, ni el peso que tiene sobre la morbimortalidad neonatal; lo que sí se conoce es que la prevalencia de colonización por EGB en las mujeres embarazadas oscila entre 9 y 17%, como lo han demostrado algunos trabajos locales.



**b. FACTORES DE RIESGO**

- Colonización materna
- Edad gestacional <37 semanas
- Ruptura de membranas con latencia mayor a 18 horas.
- Infección amniótica
- Madres jóvenes
- Raza negra
- Niveles bajos maternos de anticuerpos anticapsulares específicos EGB
- Parto anterior con recién nacido que haya presentado infección temprana por EGB

**c. DIAGNOSTICO**

**Detección de estreptococo grupo B (EGB) por cultivo**

El objetivo del cultivo de EGB en la embarazada es identificar las pacientes colonizadas en vagina o recto, quienes son candidatas a recibir tratamiento profiláctico en el momento del parto. La muestra adecuada es el exudado vaginorrectal, obteniendo la muestra del tercio externo de la vagina y de la mucosa anorrectal (a través del esfínter anal), de acuerdo con el protocolo del laboratorio institucional.

Aunque el estado de portadora de EGB puede ser intermitente, se acepta que los cultivos vaginorrectales realizados con una técnica adecuada, en las últimas 5 semanas de la gestación, predicen de forma fiable el estado de portadora de EGB en el momento del parto, mientras que cultivos realizados con anterioridad a 5 semanas del parto no son fiables para predecir el estado de portadora.

Algunos factores críticos que influyen en la efectividad de la detección de EGB en la embarazada son:

- La adecuada toma de la muestra
- La calidad de los escobillones y de los medios de transporte
- Las condiciones de conservación
- El tiempo que transcurre entre la obtención de la muestra y el procesamiento.

**Técnicas de diagnóstico rápido para detección de estreptococo grupo B en gestantes**

Se han hecho importantes progresos en el desarrollo de pruebas rápidas de detección de EGB basadas en la amplificación de ácidos nucleicos, y algunas han sido comercializadas y autorizadas por la FDA (Xpert GBS Cepheid). Sin embargo, su alto costo y la necesidad de garantizar su disponibilidad hacen difícil, por ahora, su uso rutinario. Otra limitación de estas pruebas es que no permiten el análisis de resistencias, necesario para optimizar la profilaxis en mujeres alérgicas a la penicilina. Sin embargo, pueden ser útiles para indicar o no profilaxis en gestantes sin factores de riesgo con embarazo a término, cuyo estado de colonización por EGB se desconoce.



El empleo de pruebas rápidas basadas en detección de antígeno de EGB directamente de muestras de exudado vaginal o rectal son muy específicas, pero la elevada frecuencia de resultados falsamente negativos, desaconseja su uso para el estudio de la colonización intraparto.

#### d. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

NA

#### e. TRATAMIENTO

##### Agentes antibióticos profilácticos intraparto

El uso de antibióticos profilácticos intravenosos durante el parto para prevenir la aparición temprana de la enfermedad por EGB en el neonato, fue estudiado por primera vez en los 80's. Varios estudios han encontrado que la utilización de antibiótico profiláctico disminuye la transmisión vertical del EGB, siendo medido en la colonización de los neonatos u observándose la protección ante la aparición temprana de la enfermedad. En recientes estudios se evidencia una eficacia del 86% al 89% con el uso de antibióticos profilácticos en la prevención de la aparición temprana de la enfermedad.

##### Manejo del recién nacido

Existen dos formas de presentación clínica de la enfermedad; precoz y tardía; la infección neonatal precoz es transmitida generalmente de forma vertical, la tardía no siempre se adquiere de la madre y no es prevenible con la estrategia de profilaxis antibiótica.

En el recién nacido prematuro hay un 3 a 30 % más de riesgo de presentar infección neonatal comparado con el recién nacido a término, por la menor transferencia de anticuerpos maternos.

La sepsis precoz por estreptococo del grupo B se caracteriza por ser una enfermedad muy grave que evoluciona rápidamente a muerte, debido al rápido compromiso multisistémico.

##### Profilaxis antibiótica del recién nacido

Se considera profilaxis adecuada si el parto se da 4 horas o más después del bolo inicial de ampicilina.

Esquema: ampicilina 2 grs EV dosis inicial, seguidos de 1 gr EV cada 4 horas hasta finalización del parto.

En pacientes alérgicas se recomienda Cefazolina, el uso de otro tipo de medicamento se considera inadecuado y la recomendación actual es administrar la profilaxis durante 4 o más horas antes del parto.

- ✓ Recién nacido con signos de sepsis neonatal: hemocultivo, cuadro hemático



completo, si presenta distres respiratorio se debe ordenar radiografía de tórax, RN estable realizar punción lumbar e iniciar manejo antibiótico según guía de práctica clínica manejo de sepsis neonatal.

- ✓ RN asintomático y madre con sospecha de corioamnionitis: hemocultivo, cuadro hemático completo, iniciar manejo antibiótico (ampicilina+amikacina) en unidad de recién nacidos.
- ✓ RN asintomático sin sospecha de corioamnionitis ni indicación de profilaxis: manejo habitual del recién nacido.
- ✓ RN asintomático independientemente de edad gestacional y profilaxis completa: manejo habitual del recién nacido.
- ✓ RN asintomático con profilaxis incompleta:
  - >37 semanas RPM < 18 horas: observar durante 48 horas al lado de la madre
  - RN < 37 semanas o RPM > 18 horas: cuadro hemático completo, hemocultivo si los resultados son normales se debe observar durante 48 horas en unidad de recién nacidos.
- ✓ Rn asintomático y madre sin indicación de profilaxis antibiótica intraparto, embarazo mayor de 37 semanas, sin factores de riesgo y estreptococo grupo B desconocido: manejo habitual del recién nacido.

#### 4. RECOMENDACIONES

##### IDENTIFICACION DE CANDIDATAS PARA PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO

###### Detección de portadoras de EGB

- ❖ Mujeres con EGB aislado de orina en cualquier momento durante el embarazo en curso o que haya tenido un recién nacido antes con enfermedad invasiva por EGB, deben recibir profilaxis antibiótica intraparto y no requieren tamizaje en el tercer trimestre para colonización por EGB (Grado de recomendación B). Las mujeres con IVU sintomática o asintomática por EGB detectada durante el embarazo deben ser tratadas para IVU en embarazo, según los estándares actuales y deben recibir profilaxis antibiótica intraparto para prevenir la enfermedad de aparición temprana por EGB (Grado de recomendación C).
- ❖ Todas las mujeres en embarazo deben tener tamizaje de colonización vaginal y rectal de EGB, dentro de las semanas 35 a 37 de gestación. (Grado de recomendación B).
- ❖ En el momento del parto o en caso de ruptura de membranas, se debe dar profilaxis antibiótica intraparto a todas las mujeres que tengan positivo el cultivo para colonización por EGB (Grado de recomendación B), excepto en el caso de cesárea programada sin ruptura de membranas.
- ❖ El uso de antibióticos profilácticos perioperatorios para prevenir complicaciones infecciosas posteriores a la cesárea no deben ser modificados por el estado de colonización por EGB. Las mujeres que van a ser llevadas a cesárea programada se les debe realizar el tamizaje rutinario vaginal y rectal para EGB dentro de la semana 35 a 37, y en caso que inicie trabajo de parto o presente



ruptura de membranas antes de la cesárea programada, debe recibir profilaxis (B).

- ❖ El médico tratante debe informar a la mujer sobre el resultado del examen de tamizaje y sobre las intervenciones recomendadas según el mismo. (Grado de recomendación D).

### Amenaza de Parto Pretérmino

- ❖ Las mujeres que ingresen con signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino o con ruptura de membranas y edad gestacional < de 37 semanas y 0 días, se les debe hacer tamizaje para EGB en el hospital de ingreso a menos que este tamizaje se haya realizado dentro de las 5 semanas previas. (Grado de recomendación B).
- ❖ Mujeres admitidas con signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino a quienes no se les ha realizado tamizaje, no se conoce el resultado del mismo en el momento de admisión, o tienen resultado positivo dentro de las 5 semanas anteriores, deben recibir profilaxis antibiótica intraparto. (Grado de recomendación B).
- ❖ El antibiótico iniciado para profilaxis para EGB a una mujer en parto pretérmino debe ser suspendido inmediatamente, si se descarta el inicio de trabajo de parto o si el cultivo del ingreso es negativo (Grado de recomendación B).
- ❖ El estado de colonización negativo para EGB no debe afectar la administración de antibióticos para otras indicaciones. (Grado de recomendación D).
- ❖ Mujeres con amenaza de parto pretérmino que tengan tamizaje positivo y que en esa ocasión no acabe en parto, debe recibir profilaxis para EGB cuando inicie el verdadero trabajo de parto. (Grado de recomendación B).
- ❖ Mujeres con amenaza de parto pretérmino que tengan tamizaje negativo pero que no culmine en parto en esa ocasión, se les debe realizar nuevo tamizaje dentro de la semana 35 a 37. Si estas mujeres son readmitidas en una fecha posterior con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se les debe repetir el tamizaje si el anterior cultivo fue realizado con más de 5 semanas de anterioridad. (Grado de recomendación D).
- ❖ Las pacientes manejadas con antibióticos para prolongar la latencia de la ruptura prematura de membranas que tengan adecuado cubrimiento para EGB (específicamente ampicilina 2 gr IV, seguido de 1 gr cada 6 horas por 48 horas), no deben recibir profilaxis para EGB, si el parto sucede mientras la paciente está recibiendo este régimen antibiótico. (Grado de recomendación D).
- ❖ Los antibióticos por vía oral no son adecuados para la profilaxis de EGB. (Grado de recomendación B)
- ❖ Las formas de identificación del EGB incluyen una identificación positiva en medio cromogénico e identificación directamente en el medio enriquecido. El método de amplificación de ácidos nucleicos, así como los métodos por PCR disponibles en el mercado, también pueden ser usados después de haber enriquecido la muestra, si los laboratorios han validado este método y han implementado métodos adecuados de control de calidad. (Grado de recomendación B).



CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA  
GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN  
PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

- ❖ El laboratorio debe reportar EGB en urocultivo cuando esté presente en concentraciones mayores o iguales a 104 unidades formadoras de colonias/ ml. (Grado de recomendación B).

### **Profilaxis antibiótica intraparto**

- ❖ La eritromicina ya no es una alternativa aceptable para el manejo en pacientes alérgicas a la penicilina por gran riesgo de anafilaxia.

### **Otros aspectos del manejo Obstétrico**

- ❖ La profilaxis antibiótica intraparto es óptima si se inicia al menos 4 horas antes del parto. (Grado de recomendación D).
- ❖ No se debe retrasar ningún procedimiento obstétrico necesario para alcanzar las 4 horas de profilaxis para EGB antes del parto. (Grado de recomendación D).
- ❖ Se debe diligenciar consentimiento informado donde se explique diagnóstico, tratamiento y posibles complicaciones y/o eventos adversos, asegurándose de resolver dudas e inquietudes del paciente.
- ❖ Se debe diligenciar el egreso del paciente donde se registre: recomendaciones de autocuidado y signos de alarma.
- ❖ Se debe remitir a las pacientes a los programas de interconsulta en educación como son: Lactancia, Vacunación, Plan Canguro, Nutrición, etc.
- ❖ Se debe tener en cuenta solicitar interconsulta por Psiquiatría en caso de alguna complicación que lleve a mortalidad materno-fetal.



**Tabla 1. Indicaciones y no Indicaciones para profilaxis antibiótica intraparto para prevenir la aparición temprana de enfermedad por EGB**

<b>Indicaciones de Profilaxis</b>	<b>No indicaciones de Profilaxis</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Antecedente de hijo previo con infección neonatal precoz por EGB</li><li>✓ Bacteriuria con EGB durante cualquier trimestre del embarazo en curso.</li><li>✓ Cultivo vaginorrectal positivo para EGB</li><li>✓ No conocimiento del estado de colonización por EGB en el momento de trabajo de parto (No realización de cultivo, cultivo incompleto o no conocimiento de resultados) y cualquiera de los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>- Parto antes de las 37 semanas de gestación</li><li>- Ruptura de membranas mayor o igual a 18 horas</li><li>- Temperatura intraparto mayor o igual a 38.0° C</li><li>- Test de amplificación de ácidos nucleicos positivo</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Colonización con EGB durante un embarazo</li><li>✓ Bacteriuria por EGB durante embarazos anteriores</li><li>✓ Cesárea con membranas íntegras y sin inicio de trabajo de parto.</li><li>✓ Cultivo vaginal y rectal negativo para EGB durante el embarazo actual.</li></ul>

## 5. APLICABILIDAD

Esta Guía no aplica a pacientes adultos que no se encuentren en gestación ni en edad pediátrica.

## 6. COMPLICACIONES Y POSIBLES EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA PATOLOGÍA

### Complicaciones:

- Sepsis neonatal
- Neumonía
- Meningitis



CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA  
GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN  
PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

**Eventos adversos:**

- No realización de profilaxis en casos indicados
- No completar tiempo definido de profilaxis antibiótica durante el parto
- Sepsis neonatal
- Ingreso de neonato a UCI
- Muerte neonatal

**8. PAUTAS PARA REACCIÓN INMEDIATA Y EL MANEJO DEL  
POSIBLE EVENTO ADVERSOS**

- Reconocer los casos en que se está indicado el inicio de manejo profiláctico
- Idealmente cumplir el tiempo mínimo requerido de profilaxis antibiótica (4 horas)
- Reconocimiento temprano de signos infecciosos en neonato y según esto realizar manejo.





CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA**  
**GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN**  
**PERINATAL POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

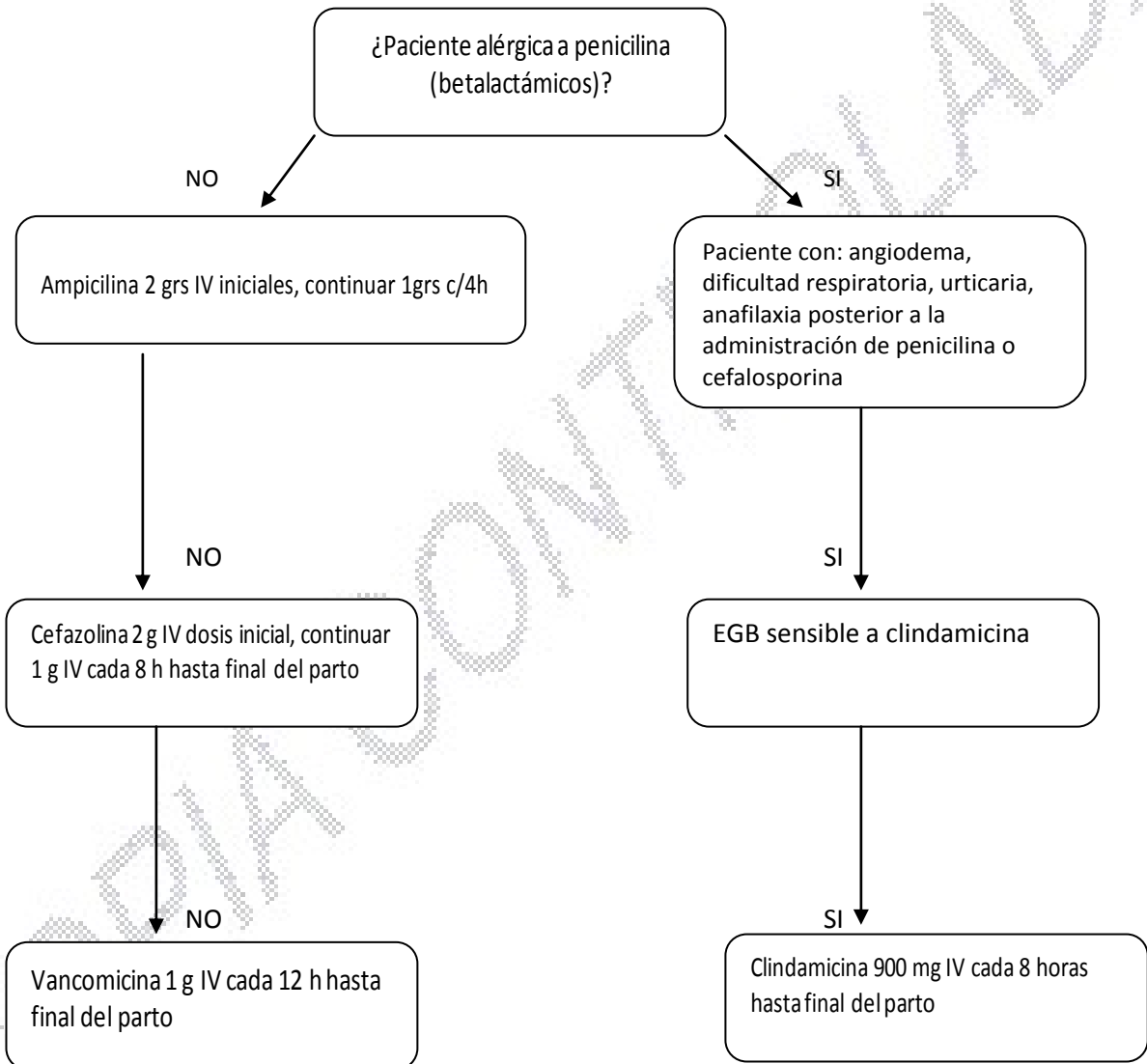
## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso SEIMC/SEN/SEGO/SEQ/SEMFYC. Alós Cortés Ji, et al. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013.
2. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised Guidelines from CDC, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. Department of Health and Human Services. Center for disease control and prevention. November 19, 2010/Vol. 59/No. RR-10.
3. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Number 485. April 2011.
4. Peña Andrés. Infección Bacteriana del recién nacido. Guías de tratamiento unidad de cuidados intensivos neonatal. Hospital San Juan de Dios de la Serena 2012. 144-151



## ALGORITMOS Y FLUJOGRAMAS

### ANTIBIOTICOS RECOMENDADOS PARA LA PROFILAXIS INTRAPARTO DE EGB





CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA  
GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENION DE LA INFECCION  
PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

COPIA CONTROLADA



CLINICA DE LA MUJER  
EXCELENCIA EN MEDICINA PARA LA FAMILIA

**GUIA DE PRACTICA CLINICA  
GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN  
PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B**

**DIM.GC.011**

DIRECCIÓN MÉDICA (UF)

Versión: 2

COPIA CONTROLADA