



**PROTOCOLO DE RIESGO DE INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO  
DEL GRUPO B EN EL RECIÉN NACIDO  $\geq$  34 SEMANAS**

**V1. Julio de 2017**

**V2. Octubre de 2018**

## **RIESGO INFECCIOSO DEL RECIÉN NACIDO $\geq$ 34 semanas**

### **1. Introducción:**

El estreptococo grupo B (EGB) continúa siendo la causa más frecuente de sepsis neonatal de etiología bacteriana. El recién nacido (RN) se coloniza intraútero o a su paso por el canal del parto, tras la rotura de membranas.

Aproximadamente un 50% de los RN de madres portadoras son colonizados a su paso por el canal del parto; entre un 1 y 2% de los RN colonizados desarrollan durante los primeros siete días sepsis neonatal precoz; la mayoría de ellos desarrolla el cuadro en las primeras 24h de vida (90% de los casos).

La administración intravenosa de profilaxis antibiótica intraparto (PAI) con penicilina o ampicilina a las madres colonizadas, protege al RN de la sepsis neonatal precoz (pero no es infalible). La sepsis neonatal tardía por EGB, hoy por hoy carece de estrategia de prevención; es decir, que esta PAI no previene la sepsis tardía por EGB.

### **2. Indicación de la detección de madres portadoras de EGB:**

- Todas las gestantes entre la semana 35 y 37, incluso en las que se prevea cesárea programada (por si acaso inician dinámica uterina antes de esa fecha).
- Si el parto no se ha producido transcurridas 5 semanas tras la obtención de la muestra, se repetirá el cultivo. La actuación de cara a la prevención de la infección por EGB debe ser consecuente con el resultado del ÚLTIMO cultivo.
- No es necesario efectuar la determinación de EGB si existe un hijo anterior con INFECCIÓN neonatal por EGB, o si se ha detectado la presencia de EGB en orina durante la gestación.
- En el caso de amenaza de parto pretérmino, se tomará cultivo para EGB a todas las gestantes si no se ha realizado en las últimas 5 semanas.

### 3. Indicaciones de PAI:

- Cultivo rectal y/o vaginal de EGB POSITIVO en las últimas 5 semanas (excepto cesárea sin trabajo de parto previo ni RPM)
- EGB POSITIVO en ORINA durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo recto-vaginal.
- Gestantes que previamente han tenido un hijo con INFECCIÓN neonatal por EGB, con independencia del resultado del cultivo recto-vaginal-urinario actual.
- Partos con menos de 37 semanas de gestación y EGB desconocido al ingreso.
- Partos en que exista rotura de membranas superior a 18 horas y EGB desconocido al ingreso.
- Partos en que exista fiebre intraparto (38°C o más) y EGB desconocido al ingreso.
- Mujeres con prueba molecular (PCR) positiva a EGB intraparto (esta prueba se realiza solo en algunos hospitales)

#### No está indicada la PAI en los siguientes casos:

- Cultivo de EGB recto-vaginal negativo en la presente gestación (en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto), aunque hayan sido positivas en un embarazo anterior.
- Cesárea programada sin trabajo de parto y membranas íntegras, aunque el cultivo de EGB haya sido positivo.
- Partos en embarazos de más de 37 semanas con EGB desconocido y sin otros factores de riesgo.

### 4. Antibióticos recomendados (PAI):

- PENICILINA G (c/4 horas) / AMPICILINA (c/4 horas) / CEFAZOLINA (c/8 h)
- Si existe alergia a Beta-Lactámicos y estudio de sensibilidad de la cepa, CLINDAMICINA (c/8 h). Si la cepa es resistente a clindamicina o el estudio de sensibilidades es desconocido, se usará VANCOMICINA (c/8 h).

## La administración oral de antibióticos no es adecuada para la PAI.

- El tratamiento se considerará:

- **Completo:** si ha sido realizado con penicilina, ampicilina o cefazolina, han pasado más de 4 horas desde su inicio hasta el momento del parto, y se han administrado al menos dos dosis.
- **Incompleto:** si han pasado menos de 4 horas desde la primera dosis o falta de dosis sucesiva en caso de duración del parto > 4 horas
- **No profilaxis:** si no ha recibido ninguna dosis o si el ATB pautado no era uno de los tres citados.

### 5. PAI en la amenaza de parto pretérmino:

- En la amenaza de parto pretérmino **SIN** sospecha de corioamnionitis, EGB negativo (en las cinco semanas previas al ingreso) y ausencia de factores de riesgo no estaría indicada la profilaxis.
- En caso de no disponer de cultivo en las últimas 5 semanas (lo más frecuente), se extraerá muestra al ingreso.
  - A. **Amenaza de parto pretérmino SIN rotura prematura de membranas:** si la gestante tiene un cultivo positivo en las últimas cinco semanas, o si el resultado del cultivo es desconocido, se iniciará la PAI cuando se prevea el comienzo inminente del parto. Si el parto no progresa se interrumpirá la PAI.
  - B. **Amenaza de parto pretérmino CON rotura prematura de membranas:**
    - Inicio de la PAI desde el momento del ingreso.
    - Si el parto no progresa, se interrumpirá la PAI tras 48 horas de tratamiento
    - Si el resultado del cultivo de EGB realizado al ingreso es negativo, se interrumpirá la PAI.
    - En la mujer con cultivo EGB positivo en que se interrumpió la PAI porque el parto no progresaba, se reanuda PAI cuando comience de nuevo el parto.

## **ACTITUD EN EL RECIÉN NACIDO**

(¡hablamos siempre de RN  $\geq$  34 semanas!)

### **1. RN ASINTOMÁTICO:**

**a) EGB POSITIVO o hermano previo infectado, en cualquier EG y con PAI correcta o no indicada (= cesárea sin trabajo de parto ni RPM, en cualquier EG):**

- o Observación clínica del RN durante un mínimo de 24 horas (Candidato a alta precoz: sí)
- o Esta observación se puede realizar en sala de Maternidad

**b) EGB POSITIVO o hermano previo infectado en RNAT ( $\geq$  37 semanas), PAI incompleta y RPM  $\leq$  18h:** se podrá observar en Maternidad, con una estancia mínima de 48h (NO alta precoz), y deberá ser explorado periódicamente por el personal de la sala o de guardia, sobre todo en primeras 24h.

**c) EGB POSITIVO o hermano previo infectado en RNAT ( $\geq$  37 semanas), PAI incompleta y RPM  $>$  18h:** ingreso en Neonatos para observación clínica, no son necesarios análisis de rutina.

**d) EGB POSITIVO o hermano previo infectado en RNPT ( $<$ 37 sem), con PAI incompleta:** independientemente de las horas de bolsa rota, si la profilaxis no ha sido completa, el RN ingresará para observación 48h en Neonatos, no siendo obligatorios los análisis ni ATB iv si la situación clínica del niño no indica sepsis.

**e) EGB DESCONOCIDO en RNAT ( $\geq$  37 semanas) con RPM  $\leq$  18h:** observación clínica en Maternidad 48h, sin análisis; no alta precoz.

**f) EGB DESCONOCIDO EN RNAT ( $\geq$  37 semanas) con RPM  $>$ 18h y PAI completa:** cuidados habituales en Maternidad, sí alta precoz.

**g) EGB DESCONOCIDO EN RNPT ( $<$ 37 semanas) y PAI completa (independientemente de RPM):** cuidados habituales del RN, no análisis. Puede pasar con la madre a Maternidad si el resto de sus circunstancias lo permiten.

**h) EGB DESCONOCIDO EN RNPT ( $<$ 37 semanas) y PAI incompleta (independientemente de RPM):** proceder como en el caso d), es decir, como si fuera un EGB positivo no completamente tratado en RNPT.

## 2. RN ASINTOMÁTICO con sospecha de corioamnionitis:

Si durante el parto se han presentado signos o síntomas que sugieran corioamnionitis\*, independientemente del tratamiento que se haya administrado intraparto, de la edad gestacional y del estado del niño al nacer, se ingresará y:

- **Se comenzará tratamiento antibiótico empírico** activo frente a EGB y otros microorganismos capaces de causar infección neonatal (e.g. ampicilina y gentamicina).
- **Se extraerá hemocultivo, hemograma y proteína C-reactiva a las 0-8h y a las 12-24 horas de vida.**
- **No son necesarias punción lumbar ni radiografía de tórax rutinarias.**

\*En la práctica, y dado que suele ser el único dato disponible, toda fiebre materna > 38,5º sin otro foco aparente será considerada en principio como corioamnionitis. El líquido amniótico fétido se considera un signo claro de corioamnionitis, por lo que el RN ingresará con la misma pauta antes descrita.

## 3. RN SINTOMÁTICO:

Cualquier recién nacido con signos o síntomas de enfermedad\*, independientemente del EGB y de la profilaxis intraparto:

- **Recibirá tratamiento de forma inmediata con antibióticos activos frente a EGB y otros microorganismos capaces de causar infección neonatal**
- **Evaluación diagnóstica con hemograma, proteína C-reactiva y hemocultivo, que se repetirán a las 12- 24 horas; se añadirá estudio de líquido cefalorraquídeo si el RN está lo suficientemente estable como para tolerar punción lumbar), y radiografía de tórax si hay clínica respiratoria.**

\* Recordad que el distrés respiratorio es uno de los signos más frecuentes de sepsis vertical, luego un distrés que no mejora a corto plazo, independientemente de los factores de riesgo, deberá ser tenido en cuenta como signo de sepsis

**Tratamiento empírico con ampicilina + gentamicina previa extracción de cultivos, tanto hemocultivo como cultivo LCR (si la situación clínica lo permite)**

## ALGORITMOS DE TRATAMIENTO DE LA GESTANTE (PAI) Y DEL RECIÉN NACIDO

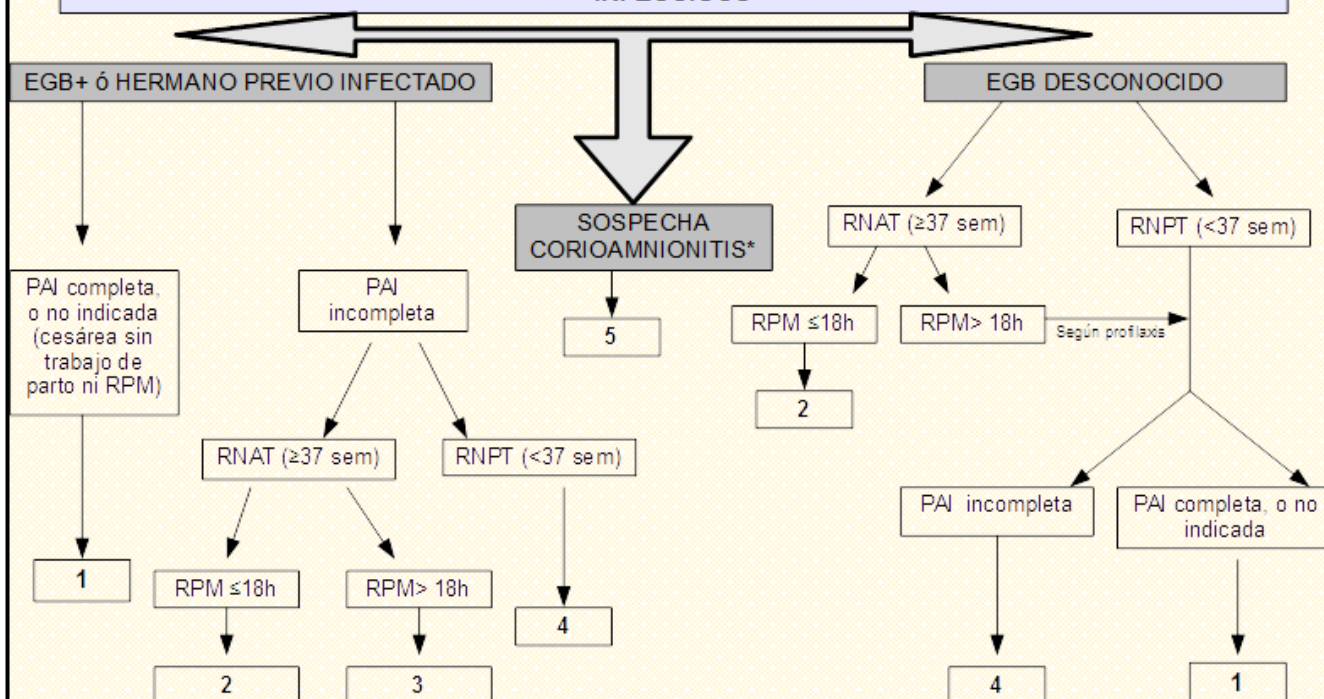
### Indicaciones de profilaxis ATB materna intraparto (PAI)

- Cultivo vaginal y/o rectal de EGB POSITIVO en las últimas 5 semanas (excepto cesárea sin trabajo de parto previo ni RPM)
- EGB POSITIVO en ORINA durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vagino-rectal
- Gestantes que previamente han tenido un hijo con INFECCIÓN neonatal por EGB, con independencia del resultado del cultivo vagino-rectal-urinario actual
- Partos con menos de 37 semanas de gestación y EGB desconocido al ingreso
- Partos (cualquier EG) en que exista rotura de membranas superior a 18 horas y EGB desconocido al ingreso
- Partos en que exista fiebre intraparto (38°C o más) y EGB desconocido al ingreso
- Mujeres con prueba molecular (PCR) positiva a EGB intraparto

#### **NO está indicada la profilaxis antibiótica intraparto en los siguientes casos:**

- Cultivo de EGB vagino-rectal negativo en la presente gestación (en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto), aunque hayan sido positivas en un embarazo anterior.
- Cesárea programada sin trabajo de parto y membranas íntegras, aunque el cultivo a EGB haya sido positivo
- Partos en embarazos de más de 37 semanas con EGB desconocido y sin otros factores de riesgo

## ACTITUD EN EL RN ASINTOMÁTICO $\geq$ 34 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL CON RIESGO INFECCIOSO



1. Cuidados habituales en Maternidad. Alta precoz: SÍ (cumpliendo resto del check-list)

2. Observación en Maternidad 48h, con exploración periódica por pediatra. Alta Precoz: NO. Análisis: NO.

3. Ingreso en Neonatos para observación clínica. No necesariamente análisis ni ATB iv

4. Ingreso en Neonatos 48h. No necesariamente análisis ni ATB iv.

5. Independientemente del EGB, RPM y EG, ingreso en Neonatos con tto. ATB iv. Extraer hemocultivo, hemograma y PCR (x2 en 0-24h). Valorar punción lumbar; Rx de tórax sólo si clínica respiratoria

\* Toda fiebre materna  $\geq 38,5^\circ$  sin otro foco aparente será en principio una corioamnionitis. El líquido amniótico fétido ES UNA EVIDENCIA DE CORIOAMNIONITIS.