Carta al editor
Ginecol Obstet Mex. 2020 febrero;88(2):127-129.

Tamizaje del estreptococo del grupo B durante el embarazo: conducta actual en un centro de tercer nivel

Screening of group B Streptococcus during pregnancy: current behavior in a third level center.

Karla Judith Delgado-Arévalo, Roberto González-Habib, Israel Castro-Torres, Gordon Bennett-Vidales, Carlos de la Cruz-de la Cruz

El estreptococo del grupo B (GBS; *Streptococcus agalactiae*) es un coco grampositivo que con frecuencia coloniza los aparatos genital y gastrointestinal de los humanos, que se encuentra en 15 a 40% en mujeres embarazadas, y en las vías respiratorias superiores de los infantes[1,2] y es una causa importante de enfermedad en individuos con enfermedades subyacentes.[3] La incidencia mundial estimada de la enfermedad infantil por estreptococo del grupo es de aproximadamente 0.5 por cada 1000 nacidos vivos. En México, la incidencia es de 1 a 5 casos por cada 1000 nacidos vivos, pero en unidades de cuidados intensivos neonatales llega a ser de 15 a 35 casos, con mortalidad de 20 a 60%.[4] Las manifestaciones más comunes de la infección de inicio temprano (hasta el sexto día de nacimiento) son la bacteriemia sin foco, sepsis generalizada, neumonía o meningitis. La infección de inicio tardío aparece después del día 6 hasta los 90 días de vida, y se manifiesta como bacteriemia sin foco, meningitis e infecciones focales.[1,5]

La tasa de mortalidad entre los recién nacidos a término, con infección invasiva por estreptococo del grupo B es de aproximadamente 1 a 3%.[6] La mortalidad es considerablemente mayor entre los recién nacidos prematuros (20-30% para el inicio temprano, y 5-8% para el inicio tardío).[7] Entre los infantes que superviven al alta hospitalaria, el riesgo de mortalidad sigue siendo elevado durante la primera década de vida. Rutinariamente debieran identificarse los pacientes con indicación de profilaxis antibiótica intraparto porque es la estrategia más efectiva de detección de casos, lo mismo que el tamizaje universal de las em-

Hospital Christus Muguerza Conchita, Monterrey, Nuevo León, México

Correspondencia
Karla Judith Delgado Arévalo
kajudelare@hotmail.com

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3716

barazadas, que si resultan positivas y en riesgo deben tratarse, lo mismo que las programadas para cesárea electiva.[8,9]

El tamizaje por medio de un cultivo está indicado en todas las embarazadas, independientemente de su riesgo obstétrico, entre las 35 y 37 semanas, y entre las 33 y 35 semanas en caso de embarazos múltiples.[8,10] Si no se realiza el cribado, o se efectuó en un lapso mayor a 5 semanas antes del parto, es necesario mantener al recién nacido en control al menos 48 horas, e impedir el alta hospitalaria temprana porque el valor predictivo negativo de los cultivos de estreptococo del grupo B efectuados más menos cinco semanas antes del parto es de 95-98% y disminuye después de 5 semanas.[8,11]

Los autores de esta comunicación llevamos a cabo un estudio observacional, retrospectivo, en mujeres con más de 35 semanas de embarazo que acudieron al Hospital Christus Muguerza Conchita entre febrero y octubre de 2019. En todas se revisó el antecedente de tamizaje para estreptococo del grupo B y su correcta indicación de profilaxis en casos positivos, así como las repercusiones del tamizaje practicado. Se excluyeron las pacientes trasladadas a otros centros antes del término de su atención médica completa. Se documentó la indicación del cultivo, el reporte del cultivo, la actitud hacia los reportes de los cultivos y las complicaciones clínicas en la madre y el recién nacido asociadas con los cultivos positivos.

De 895 mujeres atendidas por trabajo de parto o cesárea durante el periodo de estudio, de 30 ± 5.3 años, solo 6 (0.67%) tenían antecedente de cultivo para estreptococo del grupo B durante el embarazo, que resultó positivo en 1 (16.6%) de paciente. Ninguna de esas pacientes recibió tratamiento profiláctico. La mitad de las pacientes cursaba su primer embarazo y 5 (83.3%) lo terminaron mediante cesárea. Todos los recién nacidos fueron de término, con peso adecuado al nacer y Apgar 9-10 al minuto y 5 minutos. El hijo de la madre con cultivo para estreptococo del grupo B positivo se internó en cuidados intensivos neonatales por sepsis neonatal secundaria a estreptococo del grupo B, que se trató adecuadamente y se dio de alta a los pocos días.

La sepsis neonatal y otras complicaciones asociadas con la colonización por estreptococo del grupo B son enfermedades susceptibles de prevención mediante el correcto tamizaje y profilaxis con antibiótico; sin embargo, por falta de seguimiento de las recomendaciones las repercusiones negativas son relevantes y con distinto grado de gravedad. Es posible que la colonización por estreptococo del grupo B esté subdiagnosticada en nuestro medio y que existan casos de enfermedad neonatal y materna por estreptococo del grupo B que se esté escapando. El cultivo para estreptococo del grupo B como tamizaje es una prueba accesible y de bajo costo que puede permitir disminuir la incidencia de complicaciones y secuelas susceptibles de prevención.

REFERENCIAS

1. Edwards MS, et al. Group B Streptococcal Infections. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 7th ed. Remington JS, Klein JO, Wilson CB, et al (Eds), Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011; 419.
2. Eichenwald EC. Perinatally transmitted neonatal bacterial infections. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 223.
3. Verani JR, McGee L, Schrag SJ, Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease -revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59: 1.
4. Villanueva García D. Prevención, diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en recién nacido en segundo y tercer nivel de atención. Guía de práctica clínica. 2012; 283.
5. Alvarez JR, et al. Duration of antimicrobial prophylaxis for group B streptococcus in patients with preterm premature rupture of membranes who are not in labor. Am J Obstet

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3716

Gynecol 2007; 197: 390.e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.047

6. Madrid L, et al. Infant Group B Streptococcal Disease Incidence and Serotypes Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. Clin Infect Dis 2017; 65: S160. https://doi.org/10.1093/cid/cix656
7. Critchfield AS, et al. Group B Streptococcus prophylaxis in patients who report a penicillin allergy: a follow-up study. Am J Obstet Gynecol 2011; 204: 150.e1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.063
8. Goncé A. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones durante la gestación y el parto. Clinic de Barcelona, 2015.
9. Abdelazim IA. Intrapartum polymerase chain reaction for detection of group B streptococcus colonization. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2013; 53: 236. https://doi.org/10.1111/ajo.12030
10. Prevention of Early- Onset Group B Streptococcal Disease in Newborns. American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol. 2015 Committee Opinion. Number 485. Reaffirmed 2015.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion: number 279, December 2002. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. Obstet Gynecol 2002; 100:1405. https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02629-7

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015