

Hijo de Madre Portadora de Streptococo B

ACTUALIZACIÓN

Biblioteca Neonatal (BBNN).

Dr. Marcelo Jodorkovsky R.

Serv. Neonatología HBLT



Casos Clínicos

1.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB que recibió 2 dosis de ampicilina. Parto vaginal, sin RPM

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Casos Clínicos

2.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB, sin profilaxis antibiótica. Parto vaginal, con rotura de membranas de 8 hrs

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Casos Clínicos

3.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB, sin profilaxis antibiótica. Parto vaginal, con rotura de membranas de 36 hrs

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Sepsis precoz por Streptococo Grupo B (SGB)

- Sepsis Precoz (inicio < 72 hrs) ; Sepsis Tardía (inicio >72 hrs)
(generalmente: 2ª a 4ª semana de vida)
- Incidencia de Sepsis Precoz x SGB : 0,23-3,7 por 1000 RN vivos
- Mortalidad : 5-20% ; Secuelas: 30%
- Portación materna de SGB en vagina y tracto gastrointestinal inferior: 2-34% (en Chile: 20% (*))
- Sin profilaxis AB: 1-2% de los hijos de madre portadora de SGB desarrollarán Sepsis (**)

(*) *Guzmán AM y cols. - Rev Chil Infect 2001*

(**) *Tapia JL y cols. - Rev Chil Infect 2007*

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC

- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

(Normas MINSAL 2005 están basadas en estas normas)

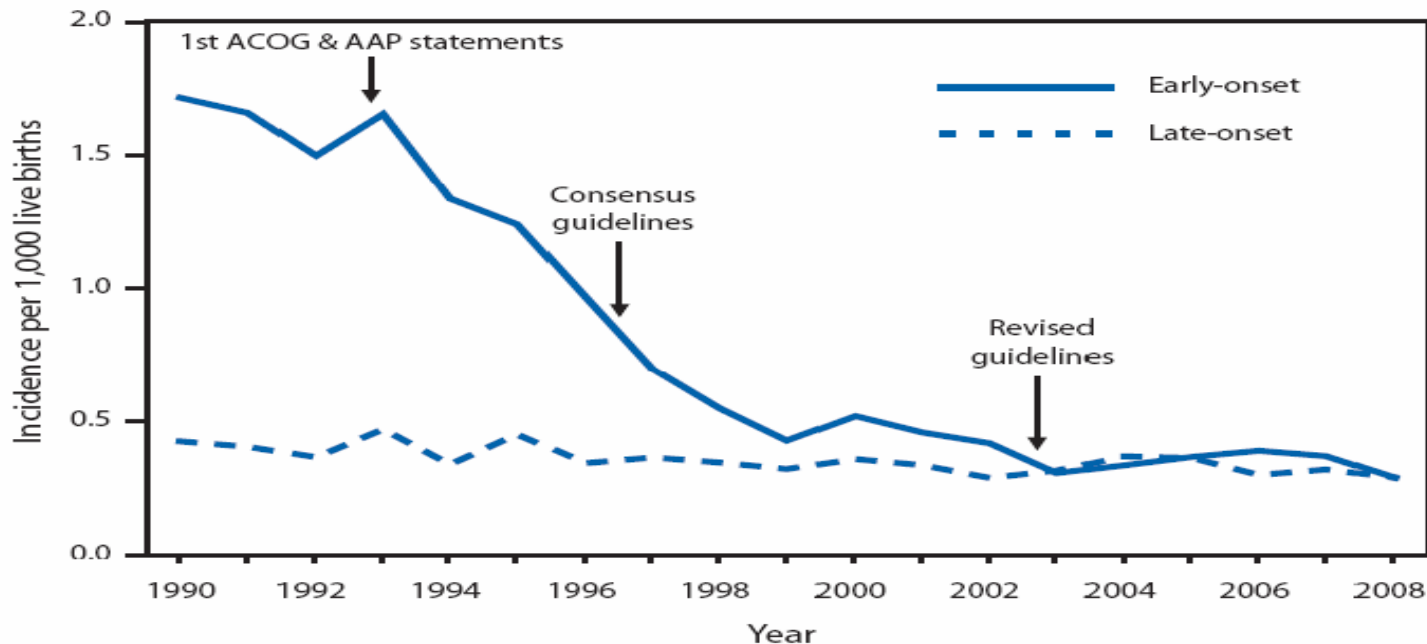
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

(Guía AUGE SDR 2011 está basada en estas normas en lo referente a BRN Connatal)

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

FIGURE 1. Incidence of early- and late-onset invasive group B streptococcal (GBS) disease — Active Bacterial Core surveillance areas, 1990–2008, and activities for prevention of GBS disease



0,23 - 1,0 x 1000
RN vivos

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

Cambios en la etiología de Sepsis Neonatal Precoz:

Tabla 1. Etiología de sepsis precoz en dos períodos en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile⁹(*)

	Etiología	%
1995-1996	<i>Streptococcus agalactiae</i>	54
	<i>Escherichia coli</i>	0
	<i>Listeria monocytogenes</i>	2
2001-2004	<i>Streptococcus agalactiae</i>	11
	<i>Escherichia coli</i>	22
	<i>Listeria monocytogenes</i>	11

(*) Cruz M y cols. - Rev Chil Pediatría 2008

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

- Cultivo (*torulado región vaginal y anal*) a las 35-37 Sem

- Profilaxis AB a: - **Madres portadoras de SGB**

o

- **Madres con fact. de riesgo de Inf. SGB**

- Hijo previo c/sepsis x SGB
- Bacteriuria por SGB en emb.
- Parto < 37 semanas de gest.
- T° intraparto > 38°C
- RPM > 18 horas

-Evaluaciones posteriores a la implementación de la norma demostraron que :

- * Estrategia AB a portadoras: Prevención sepsis precoz : **89%**
- * Estrategia AB a madres con FR: Prevención sepsis precoz : **68%**

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC

- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

- Cultivo (*torulado región vaginal y anal*) a las 35-37 Sem

(no necesario si: Bacteriuria x SGB en embarazo actual , o antecedente de hijo previo con sepsis x SGB)

- Profilaxis AB a: 1.- **Madres portadoras de SGB (cultivo (+))**

o

2.- **Madres con Bacteriuria x SGB en embarazo actual o antecedente de hijo previo con sepsis x SGB**

o

3.- **Madres con T. de Parto Prematuro**

o

4.- **Madres con condición de portación desconocida (sin cultivo) solo si cumplen Factores de Riesgo de Inf. X SGB**

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

Algoritmo manejo RN: (CDC-2002)

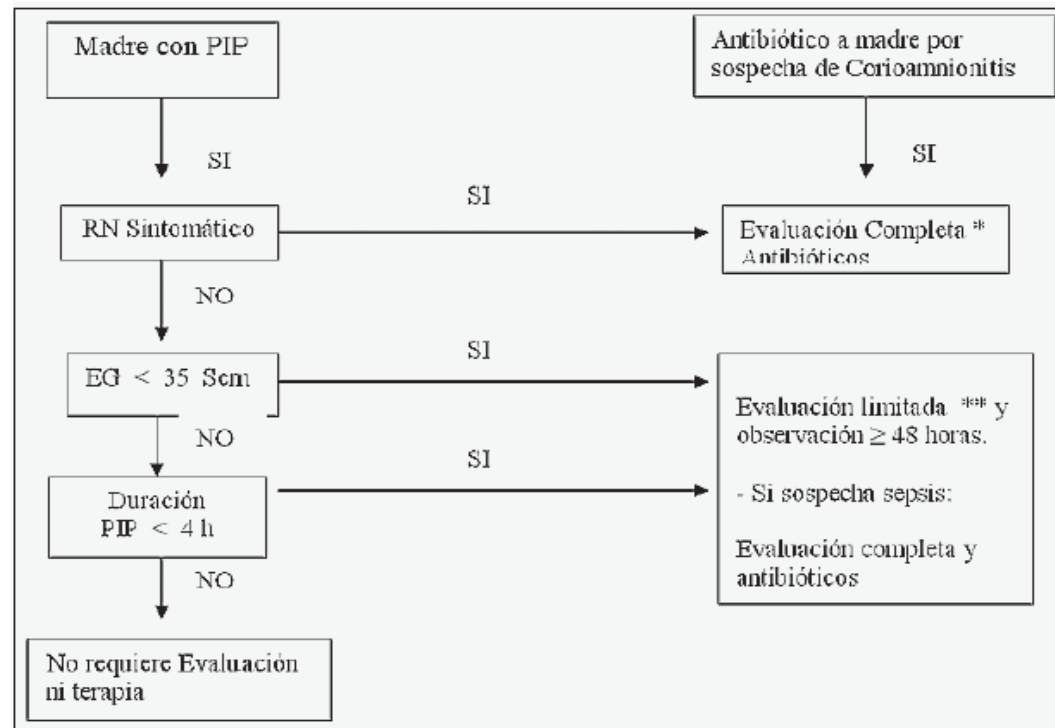


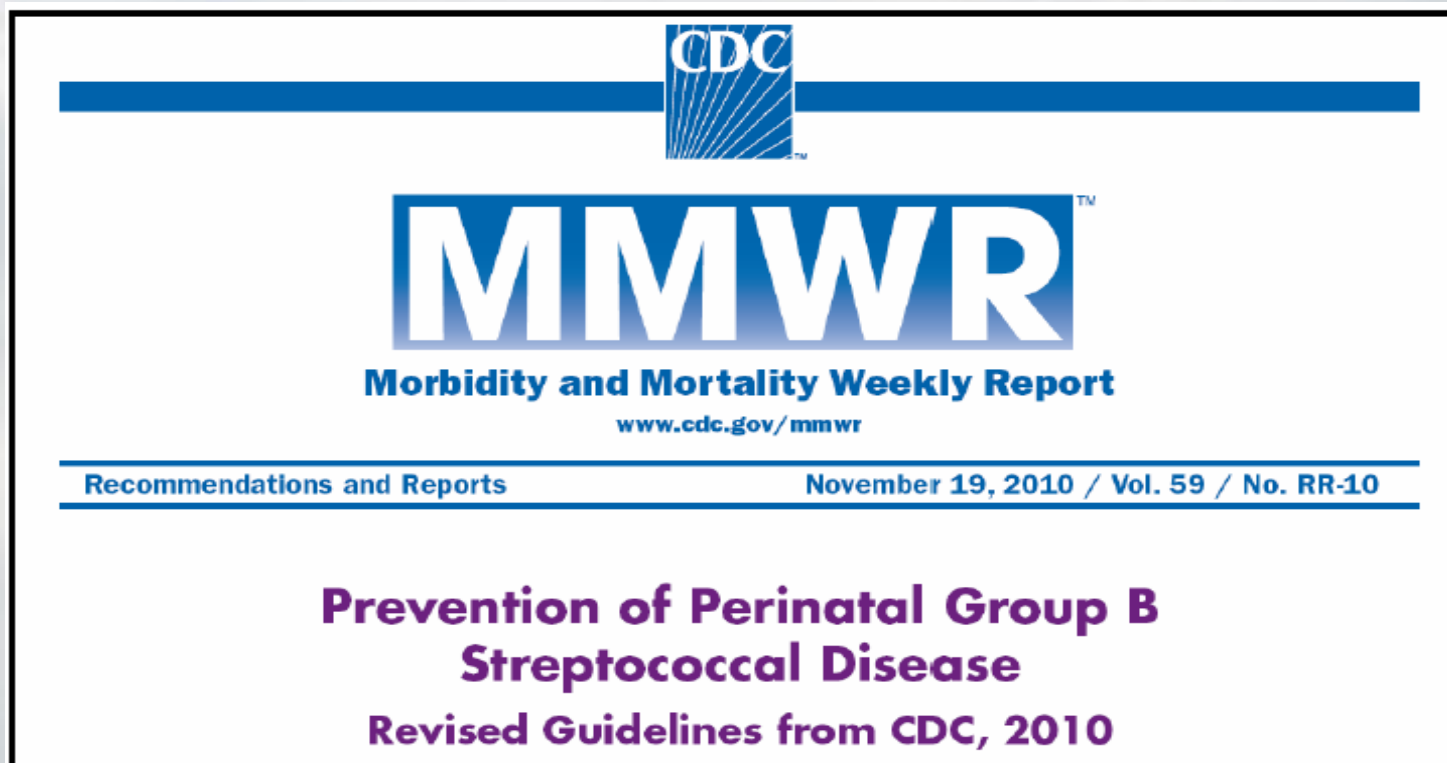
Figura 1. Algoritmo sugerido por el CDC para manejo de neonatos hijos de madres que recibieron profilaxis para SGB³⁹. PIP = Profilaxis intraparto. *Incluye hemograma, hemocultivo, radiografía de tórax ante signos respiratorios y punción lumbar sin signos de sepsis. **Incluye hemograma y hemocultivo.

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones

Protocolos de prevención de enfermedad perinatal por SGB (Guías CDC)

- 1996 : Primeras guías CDC
- 2002 : Revisión y Nuevas Recomendaciones
- 2010 : Revisión y Nuevas Recomendaciones



Guía CDC 2010

(Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease)

Fundamentos de los principales cambios:

*>60% de los casos de sepsis precoz x SGB ocurren en hijos de madre con cultivo negativo, por lo tanto: Importante presencia de **FALSOS NEGATIVOS** en los cultivos*

CAMBIO: Para el manejo inicial del RN (inicio del algoritmo), es más importante la presencia de SIGNOS CLINICOS DE SEPSIS que el estado de portación de la madre.

Guía CDC 2010

(Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease)

Fundamentos de los principales cambios:

Alternativas a PNC y Ampicilina en madres alérgicas a PNC:

- * *Eritromicina y Clindamicina: Errática concentración intra-amniótica. Llegada poco confiable al feto.*
- * *Cefazolina : Similar farmacocinética y farmacodinámica que PNC y Ampicilina. Alcanza alta concentración intra-amniótica (buena llegada al feto). Problema: 10% de los alérgicos a PNC presentan también reacción alérgica a Cefalosporina.*

CAMBIOS:

-Madres alérgicas a PNC que no presentan historia de anafilaxis, angioedema, dificultad respiratoria o severa urticaria post administración de PNC o Cefalosporina: Deben recibir CEFAZOLINA

-Madre con alto riesgo de anafilaxis por PNC debe recibir AB según antibiograma del cultivo SGB: CLINDAMICINA (si antibiograma demuestra que SGB es susceptible) o VANCOMICINA (si SGB es resistente a Clindamicina o si se desconoce sensibilidad por ausencia de antibiograma)

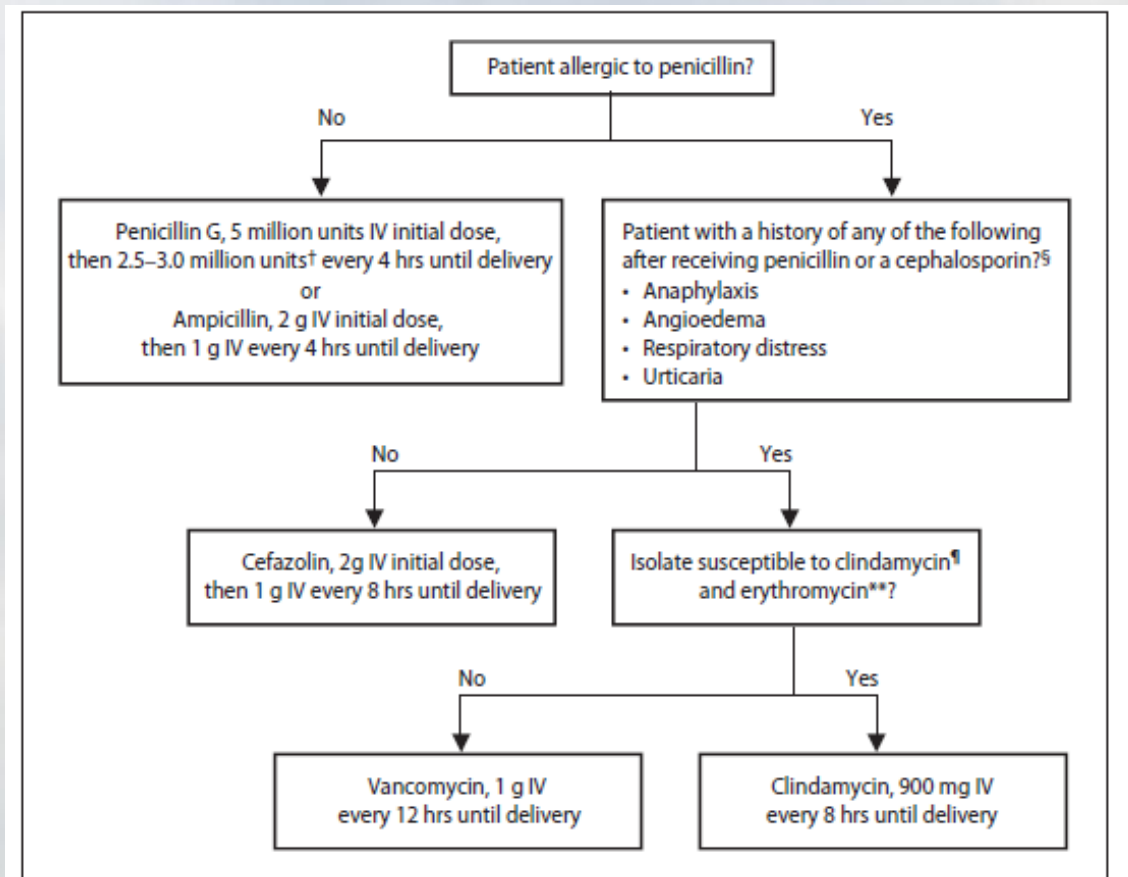
- La Eritromicina ya no es una alternativa aceptable para la profilaxis intraparto de madres portadoras de SGB alérgicas a PNC

Guía CDC 2010

(Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease)

Fundamentos de los principales cambios:

Alternativas a PNC y Ampicilina en madres alérgicas a PNC:



Guía CDC 2010

(Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease)

Fundamentos de los principales cambios:

Profilaxis Intraparto “ADECUADA” :

*Cobertura antibiótica endovenosa por ≥ 4 horas (2 o mas dosis) previo al parto, utilizando **PENICILINA, AMPICILINA, o CEFAZOLINA.***

*Cualquier otro antibiótico o menor duración de la cobertura previo al parto es considerado **INADECUADO** para efectos del manejo posterior del RN.*

Fundamentos de los principales cambios:

*Además del Cultivo para SGB tomado rutinariamente a las embarazadas, otra alternativa para el diagnóstico de las portadoras es la DETECCIÓN RÁPIDA DE SGB EN EL MOMENTO DEL PARTO mediante P.C.R. (“NAAT”: Nucleic Acid Amplification Test). Sensibilidad: 62.5%–98.5%
Especificidad: 64.5%–99.6%*

CAMBIO: Se propone el uso del diagnóstico del estado de portación materna al momento del parto mediante NAAT en los casos de: Madres con embarazo de término, sin cultivo para SGB previo (estado de portación desconocido) y sin otros factores de riesgo.

Guía CDC 2010

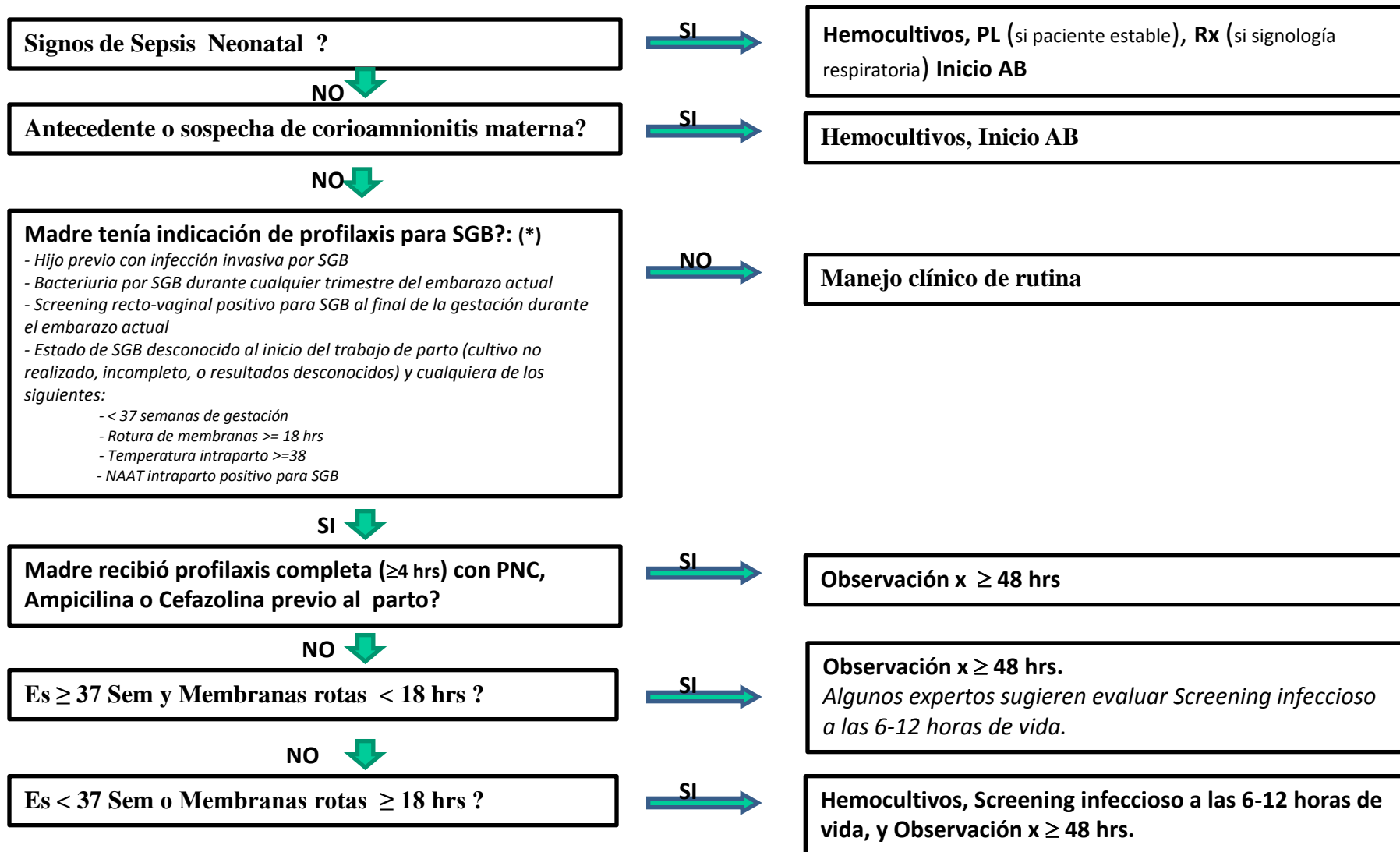
(Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease)

Fundamentos de los principales cambios:

Los signos CLÍNICOS de sepsis han demostrado tener mayor sensibilidad que los exámenes de sangre (hemograma, PCR, procalcitonina, etc) como indicador de SEPSIS NEONATAL.

CAMBIO: En el caso de RN ASINTOMÁTICO, hijo de madre portadora de SGB que recibió profilaxis intraparto INADECUADA (inexistente, incompleta o con AB considerado inadecuado como Eritromicina o Clindamicina), puede solo OBSERVARSE POR 48 hrs y controlar screening infeccioso. Inicialmente no requiere hospitalización para Tto AB (a pesar de ser prematuro < 37 sem y con RPO de > 18 hrs)

Streptococo Grupo B : Recomendaciones CDC 2010



(*) No son indicación de profilaxis para SGB en la madre :

- Colonización por SGB durante un embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Bacteriuria por SGB durante el embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Screening vaginal-rectal negativo para SGB al final de la gestación durante el embarazo actual, a pesar de los factores de riesgo intraparto
- Parto vía cesárea, realizado antes de trabajo de parto en una mujer con membranas intactas, a pesar de su estado de colonización por SGB o edad gestacional

Casos Clínicos

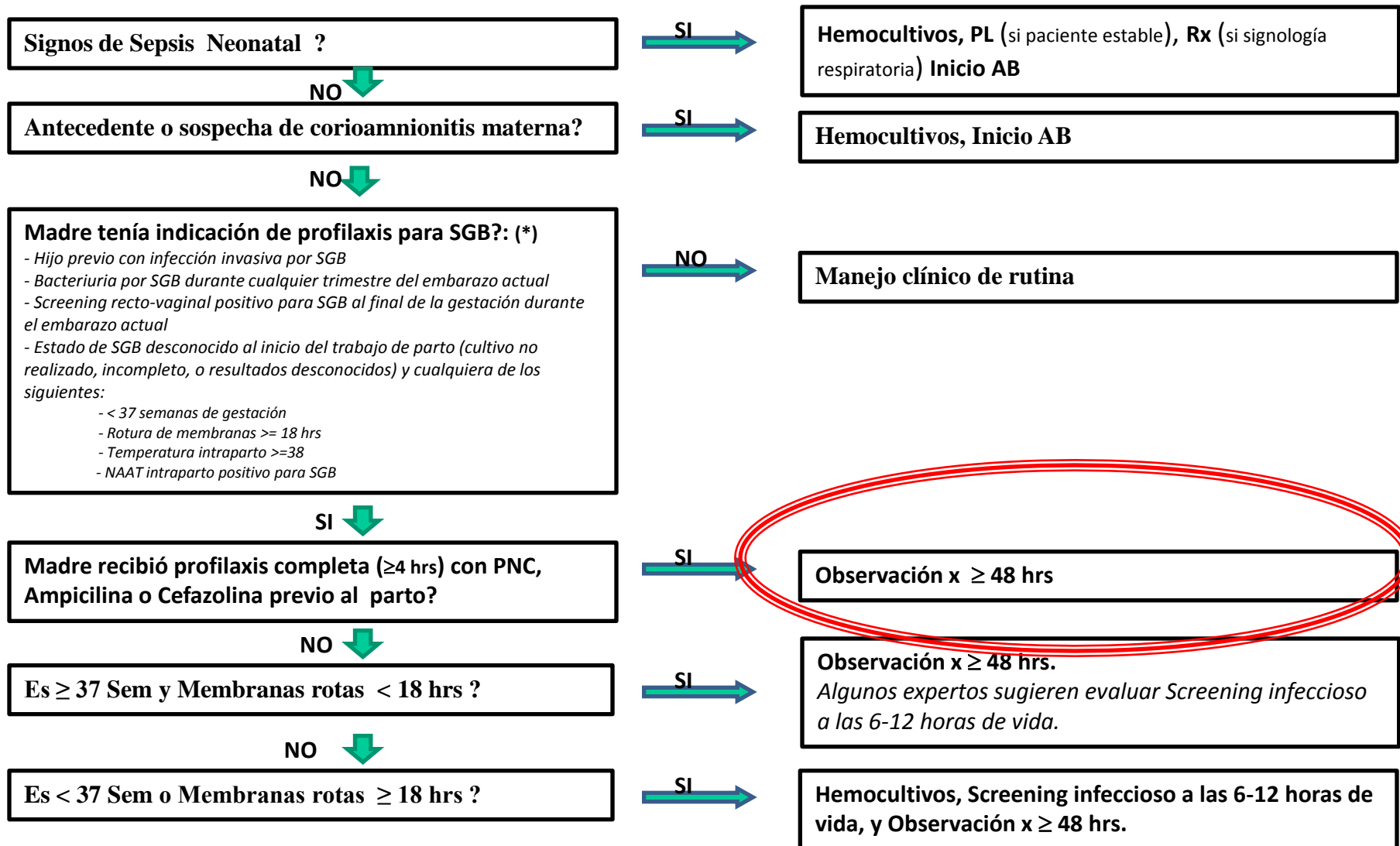
1.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB que recibió 2 dosis de ampicilina. Parto vaginal, sin RPM

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Streptococo Grupo B : Recomendaciones CDC 2010



(*) No son indicación de profilaxis para SGB en la madre :

- Colonización por SGB durante un embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Bacteriuria por SGB durante el embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Screening vaginal-rectal negativo para SGB al final de la gestación durante el embarazo actual, a pesar de los factores de riesgo intraparto
- Parto vía cesárea, realizado antes de trabajo de parto en una mujer con membranas intactas, a pesar de su estado de colonización por SGB o edad gestacional

Casos Clínicos

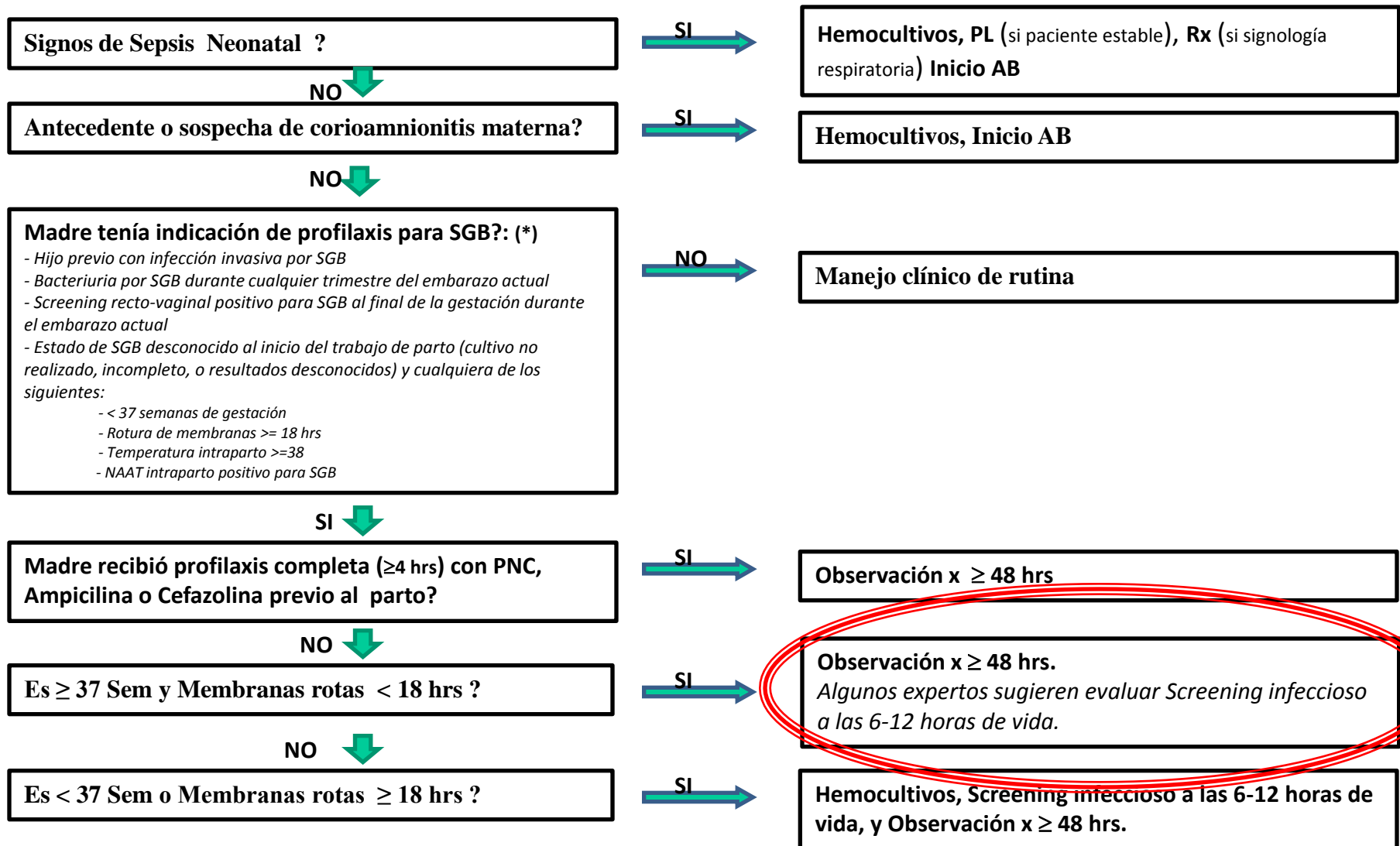
2.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB, sin profilaxis antibiótica. Parto vaginal, con rotura de membranas de 8 hrs

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Streptococo Grupo B : Recomendaciones CDC 2010



(*) No son indicación de profilaxis para SGB en la madre :

- Colonización por SGB durante un embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Bacteriuria por SGB durante el embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Screening vaginal-rectal negativo para SGB al final de la gestación durante el embarazo actual, a pesar de los factores de riesgo intraparto
- Parto vía cesárea, realizado antes de trabajo de parto en una mujer con membranas intactas, a pesar de su estado de colonización por SGB o edad gestacional

Casos Clínicos

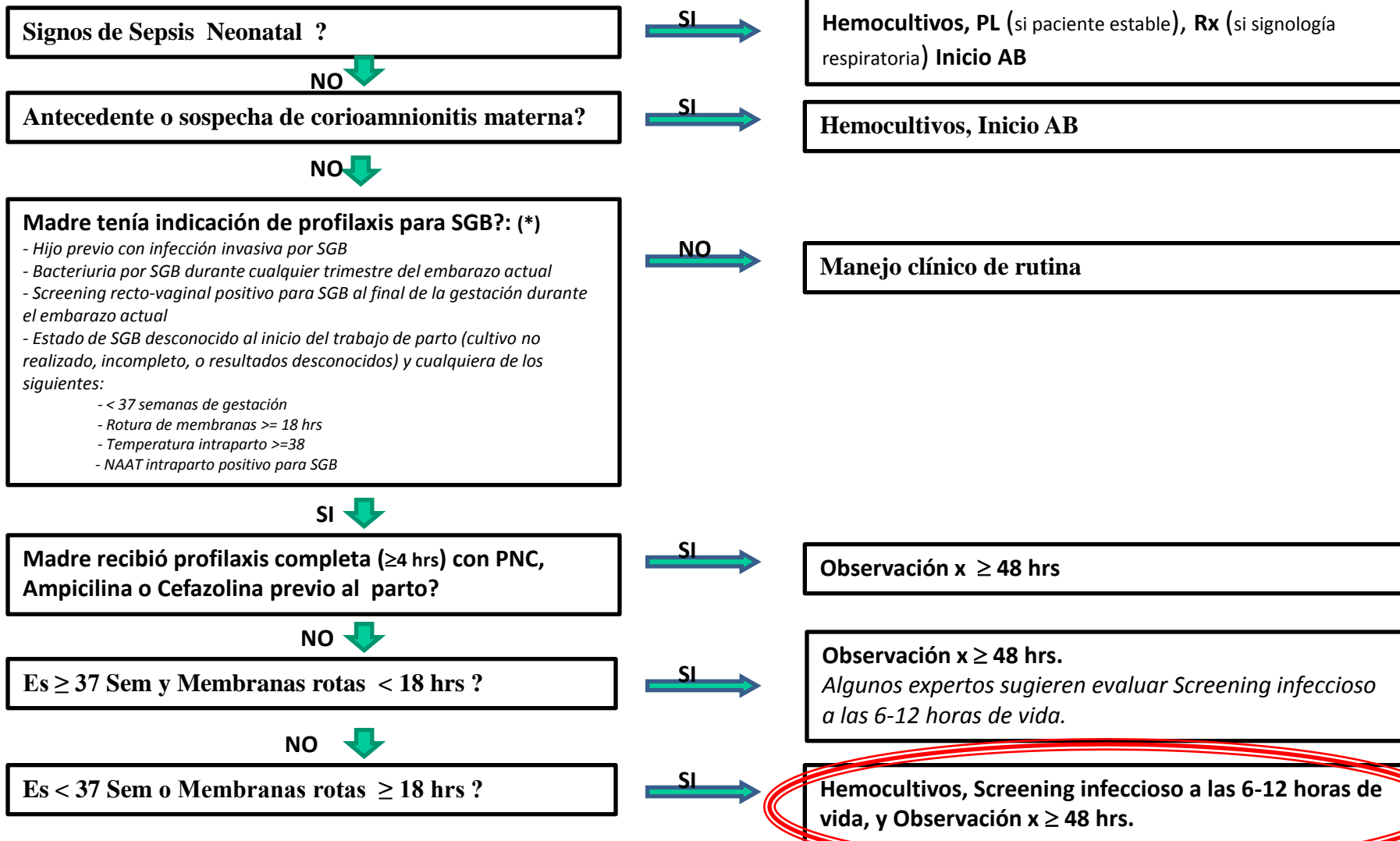
3.- RNT 39 Sem AEG, hijo de madre portadora de SGB, sin profilaxis antibiótica. Parto vaginal, con rotura de membranas de 36 hrs

Manejo del RN: ¿ Que haría Ud. en este caso ?

Alternativas:

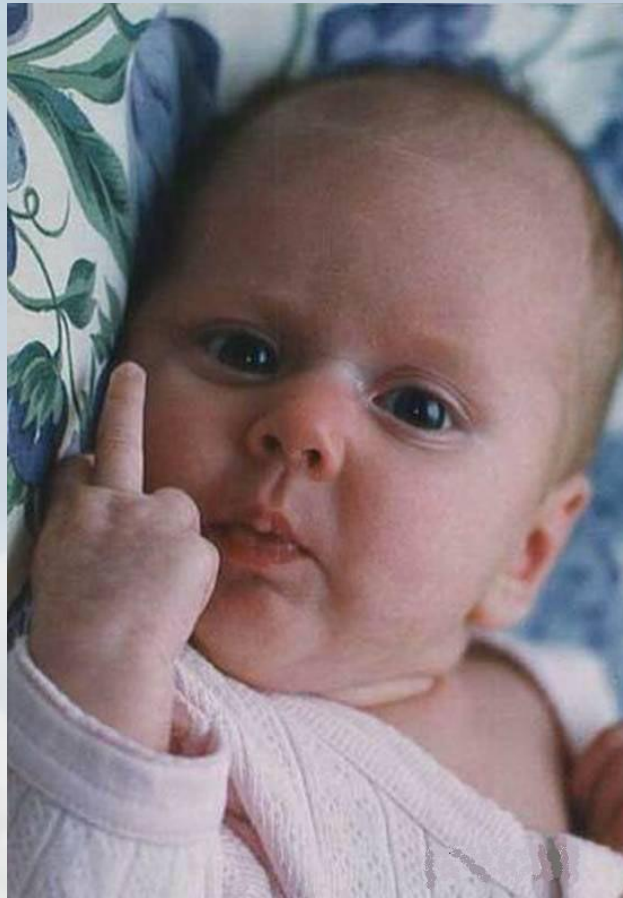
- a) Observación en puerperio – sin control de exámenes
- b) Observación en puerperio – Hemograma y PCR 12-24 hrs
- c) Hospitalización , Hemocultivos e Inicio Tratamiento AB

Streptococo Grupo B : Recomendaciones CDC 2010



(*) No son indicación de profilaxis para SGB en la madre :

- Colonización por SGB durante un embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Bacteriuria por SGB durante el embarazo previo (a menos que exista indicación de profilaxis para SGB en el embarazo actual)
- Screening vaginal-rectal negativo para SGB al final de la gestación durante el embarazo actual, a pesar de los factores de riesgo intraparto
- Parto vía cesárea, realizado antes de trabajo de parto en una mujer con membranas intactas, a pesar de su estado de colonización por SGB o edad gestacional



iii No me sigan hospitalizando para ponerme antibióticos ni me tomen exámenes innecesarios !!!

iii Sigam las Guías CDC 2010 !!!