

# Manejo recién nacidos con riesgo para infección por **Streptococco Grupo B (GBS)**

Dr. Sebastián Barriga Villarroel  
Residente Medicina Familiar  
Universidad San Sebastián  
Campus Cefam Angelmó

# Introducción

La profilaxis de antibiótico intraparto es la única estrategia eficaz actualmente disponible para la prevención de la infección precoz de GBS.

No hay ninguna medida eficaz para la prevención de la infección tardía de GBS.

# Impacto

La incidencia de infección precoz por GBS bajó de 1,8 casos por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 0,23 casos por 1.000 nacidos vivos en 2015.

(La incidencia de infección tardía por GBS es 0,31 casos por 1.000 nacidos vivos, y estable en el tiempo)

# Importancia

¿Qué estamos previniendo?

1-Meningitis se diagnosticó en el 9,5% de niños con infección precoz por GBS.

2-Cultivo positivo en LCR para GBS en infección precoz en ausencia de bacteremia en el 9,1%.

3-Mortalidad de 2.1% en niños del término y del 19,2% en niños de pretérmino por infección precoz por GBS.

4-Sin profilaxis, aproximadamente el 50% de recién nacidos de madres colonizadas con GBS, se colonizan con GBS, y de aquellos, el 1% al 2% desarrollará infección precoz por GBS.

# Clínica

- 94.7% de los casos de infección precoz por GBS se diagnosticaron dentro de las 48 horas después de nacimiento.
- En el caso de la infección tardía por GBS, la mediana de presentación fue a los 34 días de vida, con bacteremia en el 93% de los casos, meningitis en el 31% de los casos y infección ósea en el 1.8% de los casos.

# Factores de riesgo

1-Fiebre materna intraparto, duración de rotura de membranas están asociado a infección precoz por GBS, pero no a la presentación tardía.

2-La presentación tardía se relaciona con la colonización de leche materna.

# Recomendaciones

## ¿Cuándo realizar screening?

- 1-Cultivo vagino-rectal a las 36-37+6 semanas de gestación.
- 2-Cultivo vagino-rectal en trabajo de parto o rotura de membranas en gestantes menores de 37+6 semanas
- 3-Identificado GBS en urocultivo, no es necesario reconfirmarlo con cultivo vagino-rectal

# Recomendaciones

## ¿A quién se le realiza profilaxis antibiótica?

- 1-Mujeres con colonización vagino-rectal antenatal
- 2-Con bacteriuria por GBS detectada en cualquier momento del embarazo
- 3-Historia previa de hijo con infección por GBS
- 4-Mujer en trabajo de parto y/o rotura de membranas en embarazo <37+6 semanas
- 5-En embarazos de término si se desconoce colonización de GBS y presentó fiebre durante el parto o rotura de membranas mayor o igual a 18 horas de evolución.

# Recomendaciones

## Antibióticos de elección en profilaxis

1-Penicilina G: alcanza la sangre de cordón umbilical máxima concentración antes de 1 hora y rápidamente disminuye antes de 4 horas, siendo eliminada por el riñón fetal al líquido amniótico.

2-Ampicilina: detectada en sangre de cordón umbilical antes de 30 minutos y en líquido amniótico antes de 45 minutos.

# Recomendaciones

## Antibióticos de alternativa

- 1-Cefazolina: en madres con alergia a penicilina y bajo riesgo de anafilaxis
- 2-Clindamicina: en madres con alergia a penicilina y alto riesgo de anafilaxis, y que se conozca sensibilidad de GBS a clindamicina, ya que existe alta resistencia(42%).
- 3-Eritromicina no se recomienda por alta resistencia de GBS a macrólidos(54%).
- 4-Vancomicina se recomienda en pacientes con alergia a penicilina con alto riesgo de anafilaxis y GBS resistente a clindamicina.

# Recomendaciones

- Mayor efectividad para disminuir presentación precoz de infección por GBS si profilaxis se administra al menos 4 horas antes del parto.

# Curiosidad

Aproximadamente el 7% al 8% de mujeres con cultivo previo negativo para GBS, presentaron cultivo positivo para GBS en el momento del parto.

¿Mala técnica de pesquisa o simple probabilidad de colonización?

# Recomendación

**PL**

Punción lumbar para cultivo y análisis de LCR deberían considerarse en niños clínicamente enfermos cuando hay una sospecha alta hacia infección precoz por GBS, a menos que el procedimiento ponga en peligro la condición clínica del neonato

# Esquema empírico

- Hasta 7 días de edad: Ampicilina+aminoglicosidos
- 8 a 28 días de edad: No gravemente enfermo, sin meningitis→  
Ampicilina+Ceftazidima
- 29 a 90 días de edad: No gravemente enfermo, sin meningitis→Ceftriaxona
- 8 a 90 días de edad: vancomicina se debería añadir a la terapia empírica si hay meningitis o enfermedad grave, para cubrir *Streptococo pneumoniae* resistente a B-lactámicos.

**TABLE 1** Recommended Intravenous Antibiotic Treatment Regimens for Confirmed Early- and Late-Onset GBS Bacteremia and Meningitis

	GA $\leq$ 34 wk		GA >34 wk	
	PNA $\leq$ 7 d	PNA >7 d	PNA $\leq$ 7 d	PNA >7 d
<b>Bacteremia</b>				
Ampicillin	50 mg/kg every 12 h	75 mg/kg every 12 h	50 mg/kg every 8 h	50 mg/kg every 8 h
Penicillin G	50 000 U/kg every 12 h	50 000 U/kg every 8 h	50 000 U/kg every 12 h	50 000 U/kg every 8 h
<b>Meningitis</b>				
Ampicillin	100 mg/kg every 8 h	75 mg/kg every 6 h	100 mg/kg every 8 h	75 mg/kg q 6 h
Penicillin G	150 000 U/kg every 8 h	125 000 U/kg every 6 h	150 000 U/kg every 8 h	125 U/kg every 6 h

# Duración de tratamiento

- 10 días EV para bacteremia sin foco
- 14 días EV para meningitis no complicada
- 3 a 4 semanas EV para infección osteoarticular
  - al menos 4 semanas EV para ventriculitis

# Conocimiento para los padres

Los padres deberían ser aconsejados sobre la posibilidad de enfermedad por GBS recurrente después del tratamiento de infección precoz o tardía por GBS

# Futuro Vacunas de GBS

La fase I y II preclínica y humana, han completado los estudios de seguridad y inmunogenicidad de vacunas de GBS Glicoconjugadas

El 99% de infecciones es causado por 6 serotipos de GBS, sugiere que una vacuna hexavalente podría ser extensamente eficaz

# Bibliografía

- Puopolo KM, Lynfield R, Cummings JJ, AAP COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, AAP COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Management of Infants at Risk for Group B Streptococcal Disease. Pediatrics. 2019;144(2): e20191881