

SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN AL STREPTOCOCO AGALACTIAE

Autor principal:

ALBERTO
PARRILLA
FERNÁNDEZ

Segundo co-autor:

JAVIER
MANRIQUE
TEJEDOR

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabra clave 1:

Seguridad Clínica.

Palabra clave 2:

Streptococo agalactiae.

Palabra clave 3:

Embarazo.

Palabra clave 4:

Profilaxis.

Resumen:**INTRODUCCIÓN:**

La seguridad del recién nacido es muy importante en la asistencia obstétrica. Los daños que se pueden ocasionar al recién nacido si durante el parto se infecta por el SGB y sus consecuencias postnatales han hecho evidente la necesidad de mejorar la prevención y la seguridad del feto desde el inicio del proceso de parto.

OBJETIVOS:

- Identificar la situación actual en relación a la infección neonatal por SGB.
- Determinar las estrategias actuales para la prevención perinatal del SGB. MATERIAL Y MÉTODOS:

MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las principales bases de datos y recursos de internet, además de guías de práctica clínica y protocolos de actuación, limitada a los últimos diez años y a los idiomas inglés y español.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Debido al gran porcentaje de mujeres embarazadas que son portadoras del Streptococo Beta Agalactiae en el momento del parto, y también a los efectos negativos que produce la infección por dicha bacteria en el recién nacido, se recomienda con un alto grado de evidencia científica la profilaxis en todos los casos que sea necesario. La profilaxis se debe realizar con administración de Penicilina intravenosa cada 4 horas, siendo 2 dosis el mínimos para una cobertura es correcta.

CONCLUSIONES:

Para prevenir los efectos adversos y mejorar la seguridad del recién nacido, se debe realizar

profilaxis antibiótica durante al menos 4 horas en el proceso de parto de toda mujer embarazada portadora del Streptococo Agalactiae.

Antecedentes/Objetivos:

ANTECEDENTES-OBJETIVOS:

Debido al gran porcentaje de mujeres que, en nuestro medio, son portadoras del SGB en el momento del parto, a los efectos negativos que provoca la infección tanto en madres como en RN, en prematuros principalmente, y al poco interés científico que suscita lo referente a esta bacteria en el entorno de la enfermería, que sólo se encarga de la administración de los antibióticos pertinentes; es necesario hacer un estudio lo más actualizado posible, tomando como objetivo, conocer los motivos de las recomendaciones generales de diagnóstico y tratamiento, identificar cuáles son los factores de riesgo para su tratamiento en mujeres que no se sabe si son portadoras o no, adoptar medidas en la práctica diaria que no reportan perjuicios en las madres y sus RN y, por último, saber cuál es la línea de investigación abierta para la erradicación de esta bacteria, la vacunación.

Descripción del problema - Material y método:

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA - MATERIAL Y MÉTODO:

El EGB presenta el antígeno polisacárido común que le caracteriza como perteneciente al grupo B de Lancefield, antígenos polisacáridos específicos y antígenos proteicos, que permiten su clasificación en serotipos. La recogida de la muestra debe ser en el tercio externo de la vagina, y posteriormente introduciendo el escobillón en el ano, siendo los cultivos cervicales no válidos. Los cultivos tomados con más de 5 semanas de antelación no predicen la colonización. Si existiese la presencia de EGB en muestras e urocultivo, habría que investigar de forma sistemática la colonización vagino-rectal, ya que refleja un alto grado de colonización. Aunque el EGB forma parte de la flora normal del tracto gastrointestinal, coloniza la vagina intermitentemente y, a veces, el tracto urinario, siendo las tasas de colonización en las gestantes de entre el 5 y el 35% dependiendo de la población en estudio. La infección en los RN debido al SGB puede ser muy elevada si no se trata a la madre, además existen factores de riesgo que aumentarían el peligro de colonización:

- Prematuridad (>37 semanas)
- Rotura prolongada de las membranas (>18horas)
- La existencia de fiebre intraparto (>38°C)
- Madre con un hijo anterior con infección por el EGB
- La presencia de bacteriuria durante el embarazo causada por éste.
- Alta densidad de colonización vaginal.
- Gestantes que presentan un bajo título de anticuerpos frente a la cepa colonizante de EGB.

Resultados y discusión:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En nuestro medio, del 11 al 13% de las gestantes son portadoras vagino-rectales del EGB, siendo la tasa de colonización por EGB en los RN del 50. La infección en el RN se adquiere intraútero o durante el paso del feto por el canal del parto, pudiendo producir una infección precoz o tardía:

- Precoz: La más frecuente, generalmente se manifiesta entre las primeras 12 horas de vida y el 6º día de edad, produciendo bacteriemia sin foco, sepsis, neumonía y/o meningitis.

- Tardía: Del 6° hasta los 90 días de edad. Puede producir bacteriemia sin foco, meningitis, osteomielitis, artritis, adenitis y celulitis. También existe una forma más tardía, mucho menos frecuente, más allá de los 90 días de vida, que se produce en niños muy prematuros con hospitalización prolongada.

La infección en madres puede producir coriamnionitis, endometritis postparto, infección de la herida quirúrgica tras cesárea e ITU. Fuera del período postparto complica otras patologías como diabetes, hepatopatías, cáncer, alteraciones neurológicas e insuficiencia cardíaca o renal. La principal recomendación para tratar el EGB en el parto es la administración de antibióticos endovenosos durante un mínimo de 4 horas. Los casos a tratar serían:

- Portadoras vaginales o rectales del EGB durante la gestación.
- Todos los partos de menos de 37 SG en los que se desconozca si la gestante es portadora del EGB.
- Presencia de bacteriuria por EGB en la gestación.
- Algún hijo previo con enfermedad perinatal por EGB demostrada. - Factores de riesgo como la RPM mayor a 18h o presencia de fiebre intraparto.

Otras formas de profilaxis y tratamientos serían la clorhexidina vaginal durante el trabajo de parto para la prevención de la infección neonatal y la penicilina intramuscular para la prevención de la infección por SGB de aparición temprana en RN. Pero las revisiones no apoyan el uso de estas prácticas de forma protocolaria. Los estudios más actuales apoyan que las prácticas futuras para solucionar el problema del SGB se basarán en la vacunación de la gestante debido a que este método es menos invasivo que la profilaxis antibiótica, requiriendo tan sólo de una dosis única. Esta técnica tendría, según algunos estudios, el potencial de prevenir la sepsis neonatal precoz y tardía. En la actualidad hay dos vertientes en el planteamiento del momento óptimo para aplicar la vacuna: O bien, a inicios del tercer trimestre de embarazo ya que se lograrían tener los anticuerpos adecuados en el momento del parto y se evitaría el potencial riesgo teratogénico. O bien en la adolescencia, teniendo en cuenta el tiempo entre vacunación y concepción, y la longevidad de los anticuerpos en sangre. A pesar de los numerosos estudios realizados y los logros alcanzados, aún no se ha podido obtener la vacuna ideal, pero cada vez parece más aceptado que la inmunización será la estrategia preventiva de preferencia en un futuro próximo. Mientras que la vacuna no esté disponible y tras realizar este estudio, llegamos a la conclusión:

- Sigue siendo imprescindible la detección del EGB en todas las embarazadas en las semanas 35-37 de gestación.
- La profilaxis antibiótica debe durar un mínimo de 4 horas antes del parto, ya que reduce la morbimortalidad del neonato, aunque no en el neonato tardío.
- Detectar posibles factores de riesgo a tiempo puede salvar vidas de neonatos, mejorando el seguimiento de los RN en los programas de niño sano y siendo de vital importancia la correcta valoración de la toma de constantes intraparto.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: La seguridad del paciente, especialmente del feto y el recién nacido, por su condición de desprotección, se puede ver comprometida durante el proceso de parto principalmente por la posibilidad de infección por la bacteria *Streptococo Agalactiae*. Gran parte de las infecciones producidas se producen ante partos en los que no se ha administrado la profilaxis antibiótica correcta, o si se ha administrado de forma incompleta. Debido a esto creemos en la entera necesidad de realizar esta comunicación para concienciar a todo personal sanitario que trabaja con embarazos de la importancia de realizar el protocolo de profilaxis antibiótica en todos los casos necesarios

mencionados anteriormente.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN. A pesar de los numerosos estudios realizados y los logros alcanzados, aún no se ha podido obtener la vacuna ideal, pero cada vez parece más aceptado que la inmunización será la estrategia preventiva de preferencia en un futuro próximo. Mientras que la vacuna no esté disponible y tras realizar este estudio, llegamos a la conclusión:

- Sigue siendo imprescindible la detección del EGB en todas las embarazadas en las semanas 35-37 de gestación.
- La profilaxis antibiótica debe durar un mínimo de 4 horas antes del parto, ya que reduce la morbimortalidad del neonato, aunque no en el neonato tardío.
- Detectar posibles factores de riesgo a tiempo puede salvar vidas de neonatos, mejorando el seguimiento de los RN en los programas de niño sano y siendo de vital importancia la correcta valoración de la toma de constantes intraparto.

Bibliografía:

BIBLIOGRAFIA

1. Pociello N, Balaguer M, Jordán I, Corrales E, Esteban E, Muñoz C, et al. Epidemiología y hallazgos clínicos de la sepsis neonatal tardía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67: 603-14.
 2. Edwards MS, Nizet V. Group B streptococcal infections. En: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado A, eds. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, 7.^a ed. Filadelfia: Elsevier, 2011; 419-69.
 3. López Sastre J, Fernández Colomer B, Coto Cotallo D, Ramos Aparicio A. Trends in the epidemiology of neonatal sepsis of vertical transmission in the era of group B streptococcal prevention. *Acta Paediatr*. 2005; 94: 451-7.
 4. Kessous R, Weintraub AY, Sergienko R, Lazer T, Press F, Wiznitzer A, et al. Bacteriuria with group-B streptococcus: is it a risk factor for adverse pregnancy outcomes? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25: 1.983-6.
 5. Winn WC, Allen SD, Janda WM, Koneman EW, Procop GW, Schreckenberger PC, et al. Koneman: Diagnóstico microbiológico. Texto y atlas en color, 6.^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2008.
 6. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *MMWR*. 1996; 45(No. RR-7): 1-24.
 7. Weston EJ, Pondo T, Lewis MM, Martell-Cleary P, Morin C, Jewell B, et al. The burden of invasive early-onset neonatal sepsis in the United States, 2005-2008. *Pediatr Infect Dis J*. 2011; 30: 937-41.
-