

RECOMANACIONS PER A LA PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ PERINATAL PER *S.agalactiae* (ESTREPTOCOC DEL GRUP B)

El 22 de maig de 1997 es celebrà a Barcelona una sessió conjunta de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, la Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica i la Societat Catalana de Pediatria, a fi de consensuar una estratègia per a la prevenció de la infecció perinatal per *S.agalactiae* o estreptococ del grup B (EGB) de transmissió vertical mare-fetus.

RECOMANACIONS:

1. Practicar un cultiu vaginal (i sempre que sigui possible també un de rectal) entre les 35 i 37 setmanes de gestació a totes les dones embarassades. La mostra s'ha d'obtenir del introitus vaginal (i de la zona ano-rectal si es practica cultiu rectal), utilitzant un escovilló amb medi de transport. Els cultius cervicals no són acceptables, per la qual cosa no caldrà speculum. En el laboratori, sempre que sigui possible, es faran servir medis d'enriquiment, diferencials o selectius per l'aïllament d'EGB. Els resultats dels cultius han d'estar disponibles en el moment del part.

2. Administrar antibiòtics intrapart per via endovenosa a: (1) totes les dones identificades com a portadores vaginals i/o rectals d'EGB, (2) tots els parts inferiors a 37 setmanes de gestació, (3) totes les gestants que en l'actual gestació han patit una bacteriúria per EGB, (4) totes les gestants que prèviament han tingut un nen amb malaltia perinatal per EGB, i (5) quan no es tenen els resultats del cultiu i existeixen factors de risc (≥ 18 hores de ruptura de membranes o febre ≥ 38 °C).

El tractament recomanat és: Ampicil.lina inicialment 2 gr i repetir 1 gr cada 4 hores fins el part o Penicil.lina G inicialment 5 mU i repetir 2,5 mU cada 4 hores fins el part. En cas d'al.lergia: Clindamicina 900 mg cada 8 hores fins el part o Eritromicina 500 mg cada 6 hores fins el part.

Es requereixen aproximadament 4 hores per tal que aquests antibiòtics assoleixin concentracions adequades a líquid amniòtic. En cesàries programades l'antibiòtic s'haurà d'administrar 4 hores abans de la mateixa.

3. En el nونات fill de mare colonitzada per EGB i que ha rebut antibiòtics intrapart, la conducta a seguir és:

A- Si hi ha símptomes i signes de malaltia es procedirà a una avaluació diagnòstica completa, que inclogui recompte i fórmula leucocitària, plaquetes, proteïna C-reactiva, hemocultiu, i radiografia toràctica si hi ha simptomatologia respiratòria. És recomanable practicar una punció lumbar per estudi citoquímic i cultiu de LCR. És opcional investigar antígen d'EGB a l'orina. S'administrarà tractament empíric amb Ampicil.lina i Gentamicina endovenoses, que es mantindrà fins que arribin els resultats del cultiu; en aquell moment en funció de l'evolució clínica i de l'analítica es decidirà suspendre o mantenir el tractament antibiòtic.

B- Si no hi ha símptomes i signes de malaltia i l'edat gestacional és <35 setmanes o la duració de la profilaxi antibiòtica intrapart ha estat <4 hores, es practicarà recompte i fórmula leucocitària, proteïna C-reactiva i hemocultiu i es mantindrà al nونات en observació clínica durant un mínim de 48 hores. Si hi hagués sospita clínica o analítica de sepsia, es completarà l'avaluació i s'administrarà tractament antibiòtic com en l'apartat A.

C- Si no hi ha símptomes i signes de malaltia, l'edat gestacional és >35 setmanes i la gestant ha rebut durant 4 o més hores profilaxi antibiòtica intrapart, es realitzarà exclusivament observació clínica del nadó durant un mínim de 48 hores.

4. Quan per qualsevol motiu no s'hagi administrat profilaxi antibiòtica intrapart a una dona colonitzada per EGB, si el nونات està asimptomàtic se li administrarà una única dosi de Penicil.lina G sòdica intramuscular: 50.000 U si pesa ≥ 2.000 gr o 25.000 U si pesa <2.000 gr i se'l mantindrà sota observació clínica durant un mínim de 48 hores.

EVIDÈNCIES QUE SOSTENEN AQUESTES RECOMANACIONS

EGB és la causa més freqüent de sepsia i meningitis perinatal de transmissió vertical mare-fetus i encara que les estadístiques assenyalen que està disminuint, segueix essent més freqüent que d'altres problemes més ben coneguts i atesos com la rubèola o la sífilis neonatal.

En absència de cap tipus de intervenció mèdica, la incidència de malaltia perinatal per EGB es situa al voltant del 3 per mil recent nascuts vius. Es calcula que la incidència actual a Catalunya és de 1,48 per mil, xifra que seria possible i desitjable reduir per sota del 0,6 - 0,8 per mil. La mortalitat és del 15% al 20% dels nounats amb malaltia perinatal (0,2 a 1 per mil recent nascuts vius). A Catalunya, en aquests moments, es creu del 0,34 per mil, el que representa el 2,9% de la mortalitat perinatal i el 18,2% de la mortalitat neonatal.

El reservori d'EGB és el recte, des del qual es colonitza la vagina. La colonització vaginal durant l'embaràs és intermitent en el 30% de les dones colonitzades. És per això que es recomana realitzar l'estudi de l'estat de portadora cap al final de l'embaràs, entre les 35 i 37 setmanes. L'estudi de la mostra rectal (practicada a més a més de la vaginal) permet identificar un 25% més de portadores. La utilització de medis d'enriquiment i selectius (Todd Hewitt amb antibiòtics ó Strep Lim B amb antibiòtics) o de medis diferencials i selectius (Granada) permet recuperar entre un 20 i 40% més de portadores que quan només s'utilitzen medis senzills.

S'ha demostrat que l'administració endovenosa d'antibiòtics intrapart iniciada com a mínim quatre hores abans del naixement, és la millor estratègia per reduir la transmissió vertical mare-fetus de l'EGB i per tant per reduir la morbi-mortalitat perinatal per aquest microorganisme. Pel contrari l'administració d'antibiòtics per via general o local durant la gestació s'ha demostrat ineficaç per eliminar l'estat de portadora vaginal d'EGB, ja que amb freqüència la vagina es torna a recolonitzar a partir del recte.

Estudis recents efectuats a Catalunya (1994-1996) demostren que la prevalença de colonització vaginal per EGB en la dona embarassada es situa al voltant del 13-16% i que les sepsies neonatals per EGB microbiològicament confirmades es donen sobretot en fills de mares a les que no s'havia estudiat el seu estat de portadores d'EGB durant l'embaràs (74%), que no presentaven factors de risc intrapart (53%) i que no varen rebre profilaxi antibiòtica (89%).

D'acord amb aquestes dades, les Societats abans mencionades, varen acordar recomanar la estratègia d'administrar profilaxi antibiòtica intrapart a totes les gestants colonitzades per EGB, independentment de si presenten o no factors de risc, així com també a tots els parts <37 setmanes, tot hi essent conscients que això suposarà l'administració d'antibiòtics intrapart a aproximadament el 20% de gestants.