

REEVALUACIÓN DEL ESTADO DE COLONIZACIÓN POR ESTREPTOCO- CO DEL GRUPO B EN MADRES E HIJO AL MOMENTO DEL PARTO Y DURANTE LA GESTACIÓN

Iván Fernando Abril, Marcela Fama Pereira, Beatriz Ospina González*

INTRODUCCIÓN

El Estreptococo del grupo B (EGB) se ha reconocido como uno de los patógenos más importantes en sepsis y meningitis neonatal en los Estados Unidos y Europa. La incidencia de esta patología en países industrializados es de aproximadamente de 1 a 5 casos / 1000 nacidos vivos. Esta bacteria se encuentra como flora normal del tracto genital materno y piel del recién nacido, con rangos entre 20-35% de colonización en gestantes (cervico vaginal y/o rectal) y en neonatos reportados en Estados Unidos (1,2).

En el periodo neonatal la enfermedad suele manifestarse de dos formas: la temprana que ocurre en aproximadamente 1 neonato / 100-200 mujeres colonizadas y cuya transmisión ocurre en útero poco antes ó durante el parto. Se caracteriza por un comienzo agudo, se presenta en la primera semana de vida, y se manifiesta por compromiso del sistema respiratorio con neumonía severa y una mortalidad entre el 20-50%. La segunda presentación es de comienzo tardío y se presenta después de la primera semana de vida; se adquiere por contacto del canal del parto o con personas colonizadas (incluyendo la transmisión nosocomial). Esta forma se presenta principalmente con manifestaciones del sistema nervioso central, como meningitis, tiene una mortalidad del 10-20% (3,4,5). En estos casos de enfermedad tardía, la transmisión nosocomial o por otros miembros de la familia (transmisión horizontal) explica el aumento en la colonización de los recién nacidos de un 20-25% en el primer día a un 40-65% entre los 3-7 días de vida (6).

Es poco lo que sabemos sobre prevalencia de colonización por el Estreptococo del grupo B en nuestro medio. El único estudio publicado fue realizado

por Trujillo, Harry, Isaza (7) entre 1981 y 1982. Se estudiaron 200 madres y sus respectivos recién nacidos en el Hospital General de Medellín, en los cuales se evaluó el estado de colonización con esta bacteria. En las madres se obtuvieron cultivos de recto, garganta y vagina y en los neonatos se tomaron muestras de cordón umbilical, orofaringe, recto y oído. Ellos reportaron tres madres (1,5%) colonizadas: dos con cultivo de vagina positivos y una con cultivos positivos de garganta y vagina. Dentro del grupo de los recién nacidos se encontraron dos colonizados: uno de ellos con todos los cultivos positivos para EGB y era hijo de la madre con cultivos positivos de garganta y vagina. Este neonato no desarrolló enfermedad. El otro recién nacido positivo tuvo cultivo positivo de garganta pero la madre no estaba colonizada. En conclusión se observó una baja colonización en toda la población estudiada lo cual se correlacionaba con la baja incidencia de la enfermedad neonatal causada por este agente etiológico.

Recientemente, se ha observado un aumento en la incidencia de infecciones urinarias por EGB en mujeres de edad reproductiva. Esto tendría como consecuencia un mayor número de mujeres embarazadas colonizadas con esta bacteria, un incremento en la colonización de los recién nacidos con el potencial de más casos de sepsis / meningitis neonatal causados por éste agente etiológico.

Por lo anterior y por el cambio continuo en los patrones en las enfermedades infecciosas, es necesario reevaluar el estado de esta patología en nuestro medio la manera de tener conocimiento más preciso sobre su comportamiento. Ello permitiría hacer

* Residentes de Pediatría, Instituto de Ciencias de la Salud CES

recomendaciones juiciosas y llevar a cabo un manejo más adecuado de los antibióticos.

Actualmente la Escuela Americana de Ginecología y Obstetricia y la Academia Americana de Pediatría

recomiendan el uso profiláctico de Ampicilina intravenosa durante el trabajo de parto de mujeres embarazadas con antecedentes de cultivo positivo para EGB y que tengan factores de riesgo de tener un recién nacido con sepsis neonatal (8,9).

MATERIALES Y MÉTODOS

En el período comprendido entre Febrero de 1998 y Agosto de 1998, en la sala de partos del Hospital General de Medellín, se practicaron hisopados de vagina y recto al momento del parto a 78 madres con membranas íntegras ó hasta un máximo de 12 horas de la ruptura de membranas. A sus recién nacidos se les tomaron muestras de oído externo, recto y ombligo durante las primeras 24 horas de vida.

Las muestras fueron procesadas en el laboratorio de bacteriología de la Corporación para Inves-tigaciones Biológicas (CIB). Las muestras se sembraron en medio de Todd Hewitt, al que se le añadió sangre de cordero al 5%, Acido Nalidíxico a 15 mcg/ml y Sulfato de Gentamicina a 8 mcg/ml. Posteriormente se cultivaron a una temperatura de 37° C por 48 horas y se sembraron en agar sangre de cordero. Las colonias de estreptococo Beta hemolítico fueron posteriormente clasificadas con el uso de antisueros.

RESULTADOS

Se encontraron 13 madres con resultados positivos para colonización por EGB correspondiendo a un 17% de las madres estudiadas. El sitio de toma más frecuentemente positivo fue el ano en 11 pacientes para un 84.6%.

De las 13 madres colonizadas, sólo una presentó enfermedad, se diagnosticó pielonefritis con urocultivo positivo para EGB a las tres semanas posparto, su hijo no manifestó enfermedad neonatal.

El promedio de edad de las madres positivas fué de 30 años, el promedio de gestaciones fue de 3; con edad gestacional promedio de 38 semanas.

En los antecedentes personales se encontró aborto en embarazos previos en tres de ellas para un 23 %,

una sola madre presentaba antecedente de mortinato para un 8%.

Dos pacientes colonizadas tuvieron infección urinaria durante la gestación y en solo una de ellas se realizó urocultivo diagnóstico.

Ningún recién nacido de las madres colonizadas presentó patología al nacimiento.

De 79 recién nacidos (un parto gemelar), cuatro recién nacidos presentaron cultivo positivo, cuatro en ombligo y dos concomitantemente en recto.

No se encontró en este estudio asociación directa entre índice de colonización materna por estreptococo y apgar bajo.

DISCUSIÓN

Comparativamente con estudio anterior realizado entre 1981-1982 el cual presentó colonización por EGB de 1,5% en madres y 1% en recién nacidos se incrementó a 17% y 5% respectivamente.

Se necesita estudio bacteriológico de serotipificación para determinar virulencia de cepas de EGB en el medio ya que a pesar de notarse un aumento de la prevalencia de EGB , no se evidencia igual aumento en infección neonatal.

Se consultó a los principales centros de referencia obstétrica de la ciudad de Medellín: El Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP), el Hospital General de Medellín (HGM) y el Instituto del Seguro Social Clínica León XIII (ISS), encontrándose en el HUSVP entre Enero de 1996 y Julio de 1998 un recién nacido con infección por EGB documentado por hemocultivo; en el ISS Clínica León XIII se aisló por hemocultivo EGB en 12 pacientes neonatos entre Enero de 1996 y Marzo de 1998 y en un paciente se halló el germen de líquido cefaloraquídeo. En el HGM entre Julio de 1997 y Diciembre de 1998 se aisló EGB por hemocultivo en tres pacientes y en uno de ellos en líquido cefaloraquídeo.

Se deben tomar medidas en el servicio de Obstetricia para toma de urocultivos en toda mujer con infección urinaria durante el embarazo y más aún en toda gestante con antecedente de mortinato y/o aborto, tratando de esta manera captar el mayor número de gestantes con colonización para EGB y así disminuir la incidencia de infección neonatal.

Como cada día aumenta la prevalencia de colonización por EGB, se requiere continuar con vigilancia epidemiológica para determinar la necesidad de urocultivo a las 35 semanas de gestación como tamizaje a todas las embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro rojo de 1994: Informe del comité de enfermedades infecciosas, 218.
2. Libro rojo de 1994: Informe del comité de enfermedades infecciosas, 218.
3. Libro rojo de 1994: Informe del comité de enfermedades infecciosas, 218.
4. Dillon HC, Gray E, Pass MA et al. Anorectal and vaginal carriage of Group B Streptococcus in pregnancy. *J. Infection Diseases*.
5. Feigin-Cherry. *Test book of Pediatric infectious diseases. Edition 4, Vol. 1, 1998:1089.*
6. *Clínicas de Perinatología. Infecciones en Perinatología. Infecciones por Estreptococo del grupo B, Vol. 1, 1997: 59-71.*
7. Carrizosa S, Harry N, Trujillo H. Aislamiento de Estreptococo del grupo B de madre e hijo en el parto. *Medicina UPB 1983;2:59-62.*
8. American Academy of Pediatrics and Coid/COFN. 1997. Revised guidelines for prevention of early-onset Group B Streptococcal (SGB) infection: *Pediatrics 99: 489-496.*
9. American College of Obstetrician and Gynecologist Committee on Obstetric Practice 1996. Prevention of early-onset Group B Streptococcal disease in newborns. *ACOG Committe opinion (June, N. 173). American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, D.C.*