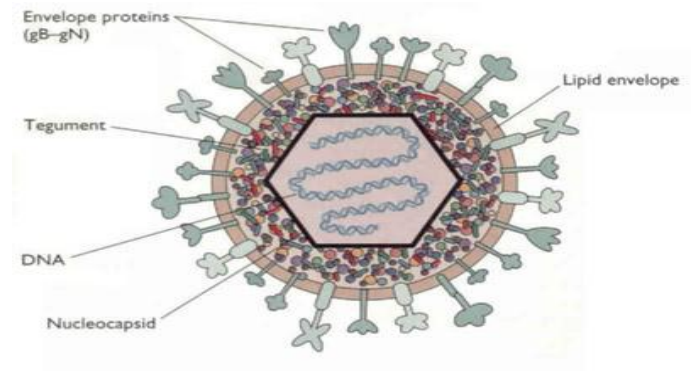


HCMV Human Cytomegalovirus

TITULO: INFECCIONES EN PERINATOLOGÍA

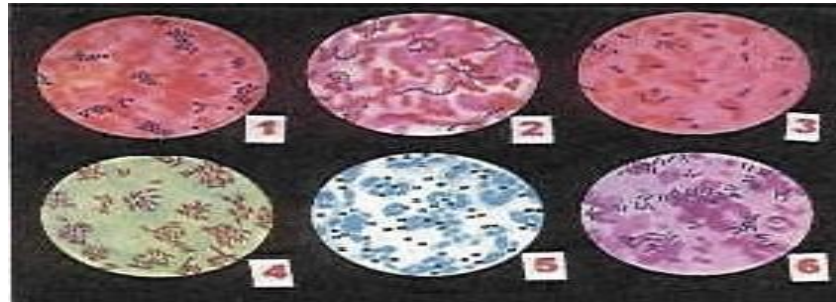
Estreptococo β hemolitico

MsC. Dra. Aimée Festary Casanovas



Estreptococo β hemolítico B

Streptococcus agalactiae



- Colonizante en el aparato digestivo del ser humano y en aparato genital de las mujeres, sin causar síntomas o provocar daños.
- Producen con mayor frecuencia infección bacteriana perinatal.
- En la embarazada puede ser causa de infección urinaria, un nivel alto de colonización genital, y de corioamnionitis y endometritis .

Epidemiología

- -Alrededor 20% de las embarazadas son portadoras de este germen en vagina y/o recto al final del embarazo.
- - Si colonización materna y no hay medida de prevención el 50-70 % de los neonatos se colonizan durante el parto pero 1-2% de ellos se enferman.
- -Tasa de infección neonatal reportada en la literatura internacional 0.4-1.4 por 1000 (niños afectados por la infección por cada 1000 RN vivos).
- -La mortalidad producida por la infección neonatal precóz en los niños que la padecen oscila entre el 5 al 20%

Prevención

- La profilaxis antibiótica en el momento del parto reduce en un 60-80% la infección neonatal precoz, no así la tardía.
- El Centro de Control de Infecciones de Atlanta EE.UU (CDC) propone realizar un cultivo vaginal y /o rectal a todas las embarazadas entre las semanas 35 a 37 de edad gestacional (EG) y realizar profilaxis intraparto en aquellas mujeres positivas.
- En Gran Bretaña, las guías nacionales del NICE recomiendan la administración de antibióticos durante el parto en las mujeres con factores de riesgo de portar dicho germen.

Prevención

- La OMS no recomienda el cultivo a todas las embarazadas recomienda el tratamiento antibiótico en las mujeres con factores de riesgo.
- En Latino América, en general, no se realiza el rastreo universal, se recomienda la profilaxis intraparto a gestantes con factores de riesgo.
- La vacunación específica es la alternativa prometedora

Indicaciones de la profilaxis

- Colonización materna rectal o vaginal al final de la gestación por EGB (35-37 semanas)
- Hijo anterior con enfermedad invasiva por EGB de inicio precoz sospechada o confirmada
- Bacteriuria por EGB en embarazo actual (en cualquier trimestre)
- Nacimiento antes de las 37 semanas
- RPM \geq 18 horas
- Fiebre intraparto $\geq 38^{\circ}\text{C}$

No indicar profilaxis

- Cultivo de vagina o recto negativo a EGB al final del embarazo
- Cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto y con membranas intactas, independientemente de la edad gestacional y la colonización de vagina y recto (en este caso solo se usa profilaxis quirúrgica)
- Alto riesgo de anafilaxia a betalactámicos*

Profilaxis

Fármaco de elección: ≥ 4 horas antes del parto

- Penicilina cristalina 5 millones de entrada y continuar con 2,5-3 millones de unidades cada 4 horas hasta el parto .

Fármaco alternativo

- Ampicillin 2 gramos de entrada y continuar con 1 gramo cada 6 horas hasta el parto.

Profilaxis

Alérgicas a la penicilina con bajo riesgo de anafilaxia

- Cefazolina 2 gramos de entrada y continuar con 1 gramo cada 8 horas hasta el parto.

Alto riesgo de anafilaxia si antecedentes de estas reacciones por penicilinas u otros betalactámicos

- Shock anafiláctico
- Angioedema
- Distres respiratorio
- Urticaria