

**PESQUISA DE ESTREPTOCOCCO B HEMOLITICO GRUPO B.-**

En los últimos 30 años, el estreptococo beta-hemolítico del grupo B (EGB), o Streptococo agalactiae, se ha convertido en un agente patógeno perinatal. Es la bacteria más comúnmente asociada con meningitis y sepsis neonatal.

El factor causal principal de esta infección es la colonización del tracto genital materno, la cual, según distintos autores, ocurre entre el 10 y 15 % de las embarazadas.

La transmisión vertical se produce en aproximadamente el 40 a 73% de las pacientes con cultivo positivo para el EGB, y a pesar de que sólo el 1 o 2 % de los recién nacidos (RN) colonizados desarrollan una enfermedad grave precoz (sepsis, neumonía, meningitis), la naturaleza potencialmente devastadora de esta afección, es frecuentemente mortal o produce daños neurológicos permanentes.

En el recién nacido la infección puede provocar sepsis (presencia de microorganismos en la sangre y en los tejidos), que puede ser precoz (entre el nacimiento y los siete primeros días de vida), con o sin meningitis o tardía (después de los siete días y hasta los 30 días de vida); síndrome de dificultad respiratoria; artritis y otras patologías asociadas a la sepsis precoz.

**El objetivo principal de la detección de madres portadoras es la realización de una adecuada profilaxis antibiótica intraparto, lo que puede evitar la infección por estreptococo beta hemolítico grupo B en el neonato.**

El examen para la detección de embarazadas portadoras del estreptococo beta hemolítico grupo B se realiza mediante la extracción de flujo vaginal del introito y de la región anal entre la semana 35 y la semana 37 de gestación.

En base a lo que se expone en los párrafos precedentes, y habiéndome proporcionado más detalles e información de los objetivos del estudio, y el modo de su realización, he expresado mi plena conformidad, por los que los mismos efectivamente fueron llevados a cabo, lo que hago constar mediante la suscripción de este instrumento.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:.....**

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....