
	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ STREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO-B

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Dr. Ricardo Díaz Serani. Jefe CR Gineco-Obstétrico Hospital y CRS El Pino	Sra. Mariluz Alfaro Villegas Encargada de Calidad Hospital y CRS El Pino	Dr. Francisco San Miguel Director Hospital y CRS El Pino
Dr. Carlos Henríquez V. Médico Coordinador Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital y CRS El Pino		
Fecha: 01 de Septiembre del 2013	Fecha: 18 de Octubre del 2013	Fecha: 12 de Noviembre del 2013

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

1. Objetivo:

- Definir estrategias para la indicación de profilaxis antibiótica en pacientes de maternidad, durante el intraparto para prevenir infecciones del RN asociadas a Streptococo beta hemolítico grupo B.
- Disminuir la incidencia de sepsis neonatal precoz por Streptococo beta hemolítico grupo B en recién nacidos en la maternidad de Hospital y CRS El Pino.

2. Alcance:

Pacientes en trabajo de parto con antecedentes de Streptococo positivo

3. Responsabilidades:


Supervisión: Medico Jefe del CR Gineco-obstétrico

Ejecución:

- Médicos que se desempeñen en CCRR Gineco-Obstetricia, Pabellón y Urgencia maternal, son responsables de la indicación de profilaxis antibiótica.
- Profesionales Matronas y/o Técnicos Paramédicos que se desempeñen en CCRR Gineco-Obstetricia, Pabellón y Urgencia maternal, son responsables de la administración de antibiótico profilaxis.
- Médicos y Matronas de pacientes Particulares que ingresen al CCRR Pensionado responsables de la aplicación del protocolo.

4. Definición:

- Sepsis Neonatal:** Síndrome caracterizado por enfermedad sistémica acompañado de bacteriemia que ocurre en el primer mes de vida con hemocultivo positivo.
- RN:** recién nacido

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

5. Desarrollo:

5.1 INTRODUCCIÓN:

El Streptococo beta hemolítico grupo B (*S.agalactee*), causa invasión microbiana primariamente en niños, embarazadas o post parto.

La infección en recién nacidos ocurre fundamentalmente dentro de los primeros 7 días de vida, lo que llamamos infección neonatal precoz. Las que ocurren posteriores a los 7 días se denominan de inicio tardío.

Las medidas señaladas en este protocolo tienen su impacto en la disminución de la sepsis neonatal precoz y alguna evidencia señala la disminución de infección materna periparto, pero no impacta en las sepsis denominadas tardías. (Importante considerar en la información entregada a la paciente)

El *Streptococo agalactee* se encuentra colonizando el tracto gastrointestinal y genito urinarios en la mujer. Los RN adquieren la infección durante su paso por el canal de parto de mujeres colonizadas. Entre 10-30% de las mujeres embarazadas se encuentran colonizadas por *Streptococo agalactee*.

El 70% de las sepsis neonatales ocurre en recién nacidos mayores a 37 semanas (de término).

Cuadro Clínico Sepsis neonatal precoz.

Dificultad respiratoria, apnea, distress respiratorio u otros signos de sepsis dentro de las primeras 24 -48 horas post nacimientos.


Letalidad:

Inicialmente las tasas reportada de letalidad eran cercanas al 50% (década de los 70), actualmente se reportan tasas tan bajas como del 5% fundamentalmente ayudados por los cuidados neonatales.

En recién nacidos prematuros la letalidad llega hasta un 20% siendo hasta un 30% en los menores de 33 semanas.

Profilaxis antibiótica endovenosa intraparto.

Profilaxis intraparto reduce la transmisión vertical demostrado tanto en la colonización del recién nacido como de la ocurrencia de sepsis neonatal precoz.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

Efectividad de la acción:

Trabajos iniciales mostraban hasta 100% de reducción de ocurrencia de sepsis neonatal precoz.

Estudios más recientes señalan datos de hasta 89% de prevención.

Antibióticos usados en profilaxis intraparto.

1° elección: (según costo/efectividad) Penicilina
5 mill.EV* 1 vez, luego 2,5 mill. ev. c/4 hrs. hasta el parto.

2° elección: Ampicilina: 2grs ev.* 1 vez, luego 1 gr. c/4 hrs. hasta el parto.

Ambos han demostrado su efectividad. Penicilina presenta un espectro de acción menos amplio que ampicilina lo que teóricamente debería inducir menos resistencia. No obstante datos han señalado una similitud en la selección de agentes resistentes por ambos antibióticos.

Las dosis utilizadas durante la profilaxis han demostrado alcanzar buenos niveles en la circulación fetal y en líquido amniótico. La efectividad ha sido demostrada si los antibióticos se administran 4 o más horas antes del parto. Algunos reportes han sugerido algún nivel de protección dos horas previas al parto.

Alternativas en pacientes alérgicos a penicilinas.

Es importante destacar que ninguna alternativa acá señalada ha sido evaluada adecuadamente en trabajos controlados.


Cefazolina: logra buen nivel intramniótico. Espectro similar a penicilinas. Dosis: 1gr ev.cada 8 horas.

Reacción alérgica cruzada en un 10% con penicilinas.

Clindamicina: 900mgrs EV.cada 8 hrs.

Eritromicina, vancomicina: han mostrado no lograr buenos niveles en tejido fetal y líquido amniótico.

Resistencia reportada en estados unidos van de 20 a 32% para eritromicina y de 12 a 20% para clindamicina.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

Seguridad de la intervención

Las reacciones alérgicas a penicilinas ocurren entre 0.7 a 4%. La mayoría son reacciones maculopapulares.

Reacción hipersensibilidad inmediata tiene una incidencia baja: 4 /10.000 - 4/100.000

No hay riesgo de reacción anafiláctica fetal ni neonatal ya que los anticuerpos tipo IgE maternos no cruzan la placenta y el feto no ha sido expuesto previamente al antibiótico.


5.2 INDICACIONES DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO

- 1.- Historia del RN con sepsis neonatal por Streptococo beta hemolítico grupo B
- 2.- Urocultivo positivo a Streptococo beta hemolítico grupo B en cualquier trimestre durante el embarazo actual. (Si se programa cesárea sin rotura de membranas no corresponde indicación)
- 3.-Cultivo vagino – rectal positivo en el embarazo actual. : (Tomado idealmente 35-37 semanas. Si la paciente va a cesárea electiva sin membranas rotas no corresponde indicación).
- 4.- Portación desconocida más alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Trabajo de parto menor a 37 semanas.
 - Rotura de membranas por más de 12-14 horas (decisión local)*
 - Temperatura mayor a 38° C: (Si existe sospecha de corioamnionitis se debe utilizar un esquema antibiótico de amplio espectro con un agente que cubra al streptococo beta hemolítico grupo B

* La unidad de neonatología considera a un RN con profilaxis realizada cuando ha recibido al menos dos dosis de antibiótico separados por 4 horas previas al nacimiento. Si no se cumplen estas condiciones y el RN ha tenido más de 18 horas de membranas rotas se considera con profilaxis no realizada y sigue el protocolo de evaluación.

5.3 NO INDICAR PROFILAXIS EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES.

a-Antecedente de portación de Streptococo beta hemolítico grupo B en embarazo anterior, a menos que exista indicación por cultivo o factores de riesgo en el embarazo actual.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

b- Bacteriuria asintomática por Streptococo beta hemolítico grupo B en embarazo previo a menos que exista indicación por factores de riesgo o cultivo positivo en embarazo actual.

c- Cultivo vagino –rectal negativo tomado a las 35 -37 semanas de embarazo independiente de la presencia de factores de riesgo en el intraparto.


d- Nacimiento por cesárea con membranas integras independiente del resultado del cultivo vagino rectal o edad gestacional.

6. Distribución:

- Ginecología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

7. Documentación de Referencia:

- Prevention of perinatal Group B Streptococcal disease.Revised Guidelines from CDC, 2010.
- Schrag SJ, Zywicki S, Farley MM, Reingold AL, Harrison LH, Lefkowitz LB, et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis, N Engl J Med 2000; 342: 15-20.
- Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. N Engl J Med 2002; 347: 233-9.
- Phares CR, Lynfield R, Farley MM, Mohle-Boetani J, Harrison LH, Petit S, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. JAMA 2008; 299: 2056-65.
- Lin FY, Brenner RA, Johnson YR, et al. The effectiveness of risk-based intrapartum chemoprophylaxis for the prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Am J Gynecol 2001; 184:1204-10.
- De Cueto M, Sanchez MJ, Sampedro A, Miranda JA, Herruzo AJ, Rosa-Fraile M. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B Streptococcus. Obstet Gynecol 1198: 91: 112-4.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-12
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL PRECOZ POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO B		

8. Flujograma:

- No aplica.

9. Control de Cambio del Documento

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
0	2011	Edición	-
1ª	01/09/2013	Formalización documento y cambio de formato	Carpeta Compartida

10. Anexos

N0 Aplica