

Prevención de la infección perinatal por el estreptococo del grupo B

Autores		Revisado por:
Servicio de Ginecología	Dra. Lourdes González	
	Dr. Manuel Usandizaga	
Servicio de Microbiología	Dres. Núria Borrell	
	Dr. José L. Pérez	
Servicio de Pediatría	Dr. Pere Ramón Balliu	
	Dr. Ignacio Benítez	

ÍNDICE

1. FUNDAMENTOS	3
2. OBJETIVOS.....	3
3. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES.....	4
4. OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS	4
5. CIRCUITOS DE MUESTRAS Y RESULTADOS (VER ANEXO 2).....	4
6. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y LA SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA	5
7. INDICACIONES DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO	5
8. CUÁNDO NO ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS INTRAPARTO	6
9. PAUTAS ANTIBIÓTICAS A UTILIZAR EN LA PROFILAXIS INTRAPARTO	6
9.1. Pacientes sin alergia a la penicilina	6
9.2. Alergia a la penicilina y betalactámicos	6
10. MANEJO DE SITUACIONES ESPECIALES	7
10.1. Parto pretérmino (<37 sem).....	7
10.2. Parto pretérmino y rotura prematura de membranas	7
11. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ACTITUD EN EL RECIÉN NACIDO	7
11.1. Actitud en el recién nacido asintomático de una madre portadora de EGB o estado desconocido, sin sospecha de corioamnionitis	7
11.2. Actitud en el recién nacido asintomático con sospecha de corioamnionitis.....	8
11.3. Actitud en el recién nacido sintomático.....	8
11.4. Consideraciones sobre el manejo posterior del recién nacido	8
A) BIBLIOGRAFÍA	9
B) ANEXOS	9
ANEXO 1. PRINCIPALES RECOMENDACIONES.....	10
ANEXO 2. ALGORITMO DEL CIRCUITO DE FUNCIONAMIENTO.....	11
ANEXO 3. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO PRETÉRMINO	12
ANEXO 4. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO CON AMNIOREXIS PREMATURA	13
ANEXO 5. ACTITUD ANTE EL RECIÉN NACIDO ASINTOMÁTICO.....	14

1. FUNDAMENTOS

- *Streptococcus agalactiae* o estreptococo del grupo B (EGB) es el principal agente de infección bacteriana del recién nacido en los países occidentales. La mortalidad, a pesar de instaurar tratamiento y con adecuados cuidados neonatológicos, es cercana al 5%.
- El recién nacido se infecta durante el parto, a partir de la colonización materna. La tasa de colonización en Mallorca es del 13,8%. Aproximadamente 50% de los recién nacidos de gestantes colonizadas, se colonizan por el EGB durante el parto y, de estos, el 1-2% sufren la infección.
- Las estrategias de prevención reducen considerablemente el riesgo de infección por EGB en el recién nacido. En nuestro país, la incidencia actual (con programas de prevención) es del 0,26 por mil.
- La clave de la prevención es la administración de antibióticos durante el parto. No siendo factible la profilaxis universal, se han seguido dos estrategias: a) administrar antibióticos sólo a mujeres con factores de riesgo, y b) **hacerlo en aquellas gestantes que están colonizadas por el EGB.**
- En las últimas décadas se ha demostrado la superioridad de esta última estrategia, y así se recoge en todas las guías de sociedades científicas, incluyendo las españolas SEGO-SEIMC-SEN. Entre otras razones, se puede señalar:
 - Los recién nacidos de gestantes colonizadas, pero sin factores de riesgo, tienen una probabilidad 25 veces mayor que los de madres con factores de riesgo pero no colonizadas.
 - Menos de la mitad de los recién nacidos que se infectan durante el parto proceden de madres con factores de riesgo.
 - En resumen: la presencia de factores de riesgo, en ausencia de colonización, no aumenta la posibilidad de los recién nacidos de sufrir infección precoz por EGB.
- El cribado de las gestantes implica la puesta en práctica de protocolos y circuitos que afectan a profesionales localizados en distintos ámbitos asistenciales. Es obligado asegurar el cumplimiento protocolizado para que la estrategia preventiva tenga éxito.
- Para el cribado del EGB en las gestantes se deben utilizar métodos suficientemente sensibles y específicos y de una eficacia contrastada.
- La utilización de profilaxis intraparto en las gestantes colonizadas por el EGB no se ha traducido en un aumento de casos de infección neonatal precoz por otros microorganismos (v.g., enterobacterias). No obstante, la administración de antibióticos se debe restringir a los casos en que existan indicaciones, con los fármacos y dosis recomendadas y durante el tiempo establecido.

2. OBJETIVOS

- a) Efectuar recomendaciones generales sobre la prevención de la infección neonatal precoz por el EGB tomando como base las guías publicadas recientemente por organismos oficiales y sociedades científicas.
- b) Adaptar esas recomendaciones a la realidad y condiciones concretas de nuestro ámbito geográfico.
- c) Clarificar los protocolos diagnósticos y circuitos que aseguren el éxito de la estrategia de prevención basada en el cribado de las gestantes.

d) Hacer recomendaciones sobre la prevención secundaria de la infección precoz por el EGB en los recién nacidos.

3. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Ver **ANEXO 1** para una lectura rápida de las principales recomendaciones.

4. OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS

- La colonización vaginal y rectal por el EGB es intermitente: los cultivos realizados con anterioridad a 5 semanas antes del parto no son fiables para predecir el estado de portadora en ese momento y se deben repetir si el tiempo transcurrido es mayor. Hay que actuar según el resultado del último cultivo.
- El EGB es un microorganismo que forma parte de la flora normal del tubo digestivo, a partir del cual coloniza por proximidad la zona vaginal. El **cultivo combinado**, de secreción vaginal y rectal aumenta significativamente la identificación de las gestantes candidatas a la profilaxis y es el que se recomienda para el cribado del EGB.
- El cribado **se realizará en todas las embarazos en las semanas 35-37**, preferiblemente en la semana 36.
- La muestra ha de obtenerse antes de cualquier exploración vaginal, sin necesidad de colocar un espéculo, tomando la muestra primero del tercio externo de vagina y después de la zona ano-rectal.
- Es recomendable remitir la muestra para que pueda ser procesada en el laboratorio en el mismo día; cuando no sea factible, se puede mantener conservada en nevera (4-8°C).
- La muestra de exudado endocervical (frecuentemente utilizada para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual) **NO es adecuada** para el cribado del EGB.

5. CIRCUITOS DE MUESTRAS Y RESULTADOS (VER ANEXO 2)

Los resultados de los cultivos han de estar disponibles en el momento del parto, por lo que debe establecerse un sistema de comunicación adecuado del laboratorio con los centros asistenciales (desde donde se suele remitir la muestra) y con el hospital (donde se atenderá el parto). Se ha previsto el siguiente circuito:

- Las muestras se remitirán desde los centros de salud o la consulta donde se realice el seguimiento de la gestante.
- Para el buen funcionamiento del circuito y la realización de las técnicas precisas, es fundamental que el laboratorio identifique que se solicita un cultivo de vigilancia del EGB en la gestante. Las solicitudes deberán ir marcadas claramente con la frase **“INVESTIGACIÓN DE ESTREPTOCOCO B EN GESTANTE”**, con mayúsculas.
- El Laboratorio de Microbiología enviará los **resultados de los cultivos a los centros de salud** y al facultativo solicitante mediante los circuitos habituales.
- La comunicación con el Servicio de Ginecología en el Hospital se hará mediante **acceso informático** a la aplicación del Servicio de Microbiología. La consulta debe hacerse por el número de historia hospitalaria si la gestante ha sido atendida en la consulta del hospital. Cuando haya sido controlada en un centro de asistencia primaria, la búsqueda debe ser nominal (por apellidos), que es mas lenta que por número de historia.

- En el caso de dificultad para localizar los resultados de una gestante en el momento del parto, puede solicitarse la ayuda del personal de guardia de Microbiología, aunque las herramientas de búsqueda de éste no difieren significativamente de las disponibles por acceso informático.

6. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y LA SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA

- En el ámbito del HUSE, el cribado se realiza mediante el aislamiento en cultivo del EGB, que incluye un subcultivo en medio de enriquecimiento. Con este protocolo, **la tasa de portadoras en 2006-10 fue del 13,6%**.
- El tiempo de procesamiento para un **cultivo negativo es de 48 h** desde la recepción de la muestra en el laboratorio. Si el cultivo es positivo, deben añadirse **24-48 h adicionales** para tener la identificación y el antibiograma. **Estos tiempos son aproximados**, ya que se debe dar prioridad a la exactitud del resultado, lo que implica, a veces, prolongar el proceso.
- Hasta el momento, **NO existe suficiente evidencia** para recomendar la detección directa del EGB en la muestra mediante **técnicas moleculares**.
- En un futuro próximo, pudiera darse la circunstancia de tener que atender el parto de una gestante en la que se haya realizado el cribado mediante **técnicas moleculares** (fuera de nuestro ámbito asistencial). En ese caso, se recomienda:
 - Si la detección es positiva y se ha realizado en las 5 semanas anteriores, administrar la profilaxis según protocolo.
 - Si la detección es negativa, asimilar este resultado a un cultivo no realizado, y guiar la profilaxis por factores de riesgo.
- En las gestantes seguidas en el HUSE o en los centros de Atención Primaria se lleva a cabo el estudio sistemático de la sensibilidad antibiótica a la penicilina, eritromicina, clindamicina y eritromicina.
- En el HUSE, en el año 2010 la resistencia a la eritromicina y a la clindamicina fue del 23% y el 22%, respectivamente. Por lo tanto, estos dos antibióticos **NO** pueden ser utilizados empíricamente en la profilaxis intraparto de las gestantes alérgicas a la penicilina.
- La mayoría de gestantes atendidas en nuestro ámbito asistencial disponen de al menos un **cultivo de orina** durante la gestación. Estos resultados están disponibles en la aplicación informática de Microbiología, incluyendo las pruebas de sensibilidad antibiótica.

7. INDICACIONES DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO

Actualmente, existe bastante coincidencia entre las distintas guías y en las opiniones de los expertos en cuanto a las indicaciones para la profilaxis. Se recomienda realizarla en:

- 1- Todas las mujeres identificadas como **portadoras vaginales o rectales del EGB** en un cultivo realizado durante las 5 semanas previas al parto.
- 2- Todas las mujeres en las que se detecte **EGB en orina (>10⁴ UFC/mL)** durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vaginal o rectal que se haya realizado, o aunque no se hubiera realizado el cribado.
- 3- Todas las gestantes que hayan tenido un **hijo anterior con infección neonatal por EGB**, igualmente con independencia del resultado del cultivo vaginal o rectal.

- 4- Todos los partos con rotura prematura de membranas de más de 18 h **cuando NO se disponga de los resultados del cultivo.**
- 5- Partos de menos de 37 semanas **en los que se desconozca los resultados del cultivo.**
- 6- Todos los partos con **fiebre (38°C o más)**. En estos casos debe considerarse la posibilidad de existencia de corioamnionitis u otra infección materna, por lo que la administración de antibióticos a la madre adquiere carácter terapéutico: **ampicilina+gentamicina o cefalosporinas** de amplio espectro para cubrir, además del EGB, otros posibles patógenos como *Escherichia coli*.

8. CUÁNDO NO ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS INTRAPARTO

La profilaxis intraparto NO se recomienda en las siguientes situaciones:

- 1- **Cultivo vagino-rectal negativo** para el EGB en las 5 semanas previas al parto, **aunque existan factores de riesgo** y aunque hayan sido positivos en un embarazo anterior.
- 2- **Cesárea programada** con cultivo positivo a EGB sin comienzo de parto y membranas íntegras. Sin embargo, se debe realizar el cribado del EGB a las 35-37 semanas, por la posibilidad de que aparezca dinámica uterina o rotura de membranas y, en consecuencia, hubiera que administrar profilaxis antibiótica.
- 3- **Parto a término, sin factores de riesgo** (prematuridad <37 sem; rotura de membranas >18 h; fiebre intraparto >38 °C) y con desconocimiento del estado de portador de EGB (cribado no realizado).

9. PAUTAS ANTIBIÓTICAS A UTILIZAR EN LA PROFILAXIS INTRAPARTO

9.1. Pacientes sin alergia a la penicilina

- La **penicilina** es el antibiótico preferido como **primera línea de tratamiento** (administrado por vía intravenosa y al menos 4 horas antes del nacimiento), ya que tiene un espectro de actividad antimicrobiano más estrecho y es menos probable seleccionar microorganismos resistentes (CDC 2002; Williams, 2003; Bajo 2004).
- **Dosis inicial: 5 millones de unidades y repetir 2,5 millones cada 4 horas hasta finalización del parto.**

9.2. Alergia a la penicilina y betalactámicos

- Cuando sea posible, hay que guiarse por los resultados del antibiograma (disponible regularmente en gestantes seguidas en el HUSE o en los centros de atención primaria de su Área Sanitaria).
- Debido a la frecuencia de cepas resistentes en nuestro medio (22-23% en 2010) la eritromicina y la clindamicina NO deben utilizarse en la profilaxis de la infección por EGB si no se conocen los datos de sensibilidad para la cepa en cuestión.
- Las guías de los CDC (2010) recomiendan conocer el grado de riesgo de anafilaxia para guiar la profilaxis. Se define como **alto riesgo** la existencia previa de: a) shock anafiláctico, b) angioedema, c) distress respiratorio, y d) urticaria. Sin embargo, **puede resultar difícil en la**

práctica constatar con precisión el riesgo de una reacción alérgica grave en una mujer que se presenta al parto.

- **Si no existe alto riesgo**, se puede utilizar: cefazolina iv, 2 g iniciales, luego 1 g/8 h hasta el parto.
- **Si se tiene constancia de un alto riesgo de anafilaxia o no puede precisarse éste (consultar el antibiograma de la cepa en cuestión):**

Sensibilidad a Eritromicina/Clindamicina	Pauta de profilaxis
Cepa sensible	Eritromicina: 500 mg iv /6h hasta el parto
	Clindamicina: 900 mg iv /8h hasta el parto
Cepa resistente	Vancomicina 1g iv /12 h hasta el parto
Desconocida	Vancomicina 1g iv /12 h hasta el parto

10. MANEJO DE SITUACIONES ESPECIALES

10.1. Parto pretérmino (<37 sem)

- Deben seguirse las indicaciones señaladas en el **ANEXO 3**.
- Si se conocen los resultados del cribado (infrecuente), éstos deben guiar la estrategia de prevención.

10.2. Parto pretérmino y rotura prematura de membranas

- Ver algoritmo de **ANEXO 4**.

11. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ACTITUD EN EL RECIÉN NACIDO

11.1. Actitud en el recién nacido asintomático de una madre portadora de EGB o estado desconocido, sin sospecha de corioamnionitis

Se deben considerar las siguientes situaciones (**ANEXO 5**):

a) **Profilaxis antibiótica intraparto (PAI) adecuada** independientemente de la edad gestacional:

- La definición de PAI adecuada se clarifica: ≥ 4 h de penicilina, ampicilina o cefazolina iv administradas antes del parto. Todos los demás antibióticos o duraciones se consideran inadecuados para el propósito del manejo neonatal.
- Se recomienda observación clínica durante 48 h, sin ingreso en Neonatología, permaneciendo ingresado en la planta de Maternidad.

b) **PAI no adecuada** (<4 h o antibióticos distintos a los descritos) o no realizada:

- ≥ 37 semanas de gestación y amniorraxis <18 h: se recomienda observación clínica durante 48 h, sin ingreso en Neonatología, permaneciendo ingresado en la planta de Maternidad.

- <37 semanas de gestación o amniorraxis >18 h:
 - Hemocultivo, hemograma y PCR a las 12 h de vida.
 - Observación clínica durante 48 h, sin ingreso en Neonatología, permaneciendo ingresado en la planta de Maternidad.
- c) Gestantes con más de 37 semanas de gestación sin ningún factor de riesgo en los que se desconoce si es portadora de EGB (**PAI no indicada**).
 - Se efectuarán cuidados de rutina y observación clínica durante 48 h durante el ingreso normal en la planta de Maternidad.

11.2. Actitud en el recién nacido asintomático con sospecha de corioamnionitis

Se refiere a situaciones en las que existen signos o síntomas maternos o fetales sugestivos de corioamnionitis, con independencia del tratamiento antibiótico efectuado durante el parto (que debe ser de amplio espectro), la edad gestacional y el estado del recién nacido. Se efectuará:

- Ingreso en Planta de Neonatología.
- Evaluación diagnóstica completa, incluyendo hemocultivo, citoquímica y cultivo LCR, hemograma y PCR.
- Tratamiento antibiótico empírico de amplia cobertura (ampicilina y gentamicina o ampicilina y cefotaxima).

11.3. Actitud en el recién nacido sintomático

Incluye todo recién nacido con sintomatología sugestiva de infección, con independencia del estado portados de la madre o de si se ha efectuado profilaxis. Se efectuará:

- Ingreso en Planta de Neonatología.
- Evaluación diagnóstica completa incluyendo hemocultivo, citoquímica y cultivo LCR, hemograma y PCR.
- Tratamiento antibiótico empírico de amplia cobertura (ampicilina y gentamicina o ampicilina y cefotaxima).

11.4. Consideraciones sobre el manejo posterior del recién nacido

- En los recién nacidos en los que se haya efectuado analítica, en la que se haya detectado alguna alteración sugestiva de infección, se debe efectuar hemocultivo.
- Si se han iniciado antibióticos pero, a las 48 h, el hemocultivo es negativo, los marcadores de infección nunca fueron positivos y la situación clínica es de normalidad, se puede suspender el tratamiento y valorar el caso como falsa sospecha de sepsis neonatal.
- Si a las 48 h de vida el hemocultivo es negativo pero existió clínica de infección o alteración analítica, el caso debe ser valorado como sepsis clínica y mantener el tratamiento antibiótico.

- Si a las 48 h de vida el hemocultivo es positivo y existieron alteraciones analíticas, se valora como sepsis neonatal y se mantiene el tratamiento.
- Si a las 48 h el hemocultivo es positivo pero no hubo clínica ni alteraciones analíticas, el caso se valora como bacteriemia neonatal asintomática y se inicia tratamiento antibiótico para disminuir el riesgo de sepsis vertical tardía.

A) BIBLIOGRAFÍA

- Andreu A, Sanfeliu I, Viñas L, Barranco M, Bosch J, Dopico E *et al.* Declive de la incidencia de la sepsis perinatal por estreptococo del grupo B- Barcelona 1994-2001. Relación con las políticas profilácticas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003; 21:174-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR.* 2010; 59(RR-10):1-32.
- De Cueto M y de la Rosa-Fraile M. Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*. Un tema consolidado. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003; 21:171-3.
- Hervás JA, González L, Gil J, Paoletti LC, Madoff LC, Benedí VJ *et al.* Neonatal group B streptococcal infection in Mallorca, Spain. *Clin Infect Dis.* 1993, 16:714-8.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Neonatología, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Quimioterapia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones revisadas. Documento de consenso. *Prog Obstet Ginecol.* 2003; 46:411-20.
- Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS *et al.* A population-base comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med.* 2002; 347: 233-9.

B) ANEXOS

ANEXO 1. PRINCIPALES RECOMENDACIONES.

ANEXO 2. ALGORITMO DEL CIRCUITO DE FUNCIONAMIENTO.

ANEXO 3. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO PRETÉRMINO

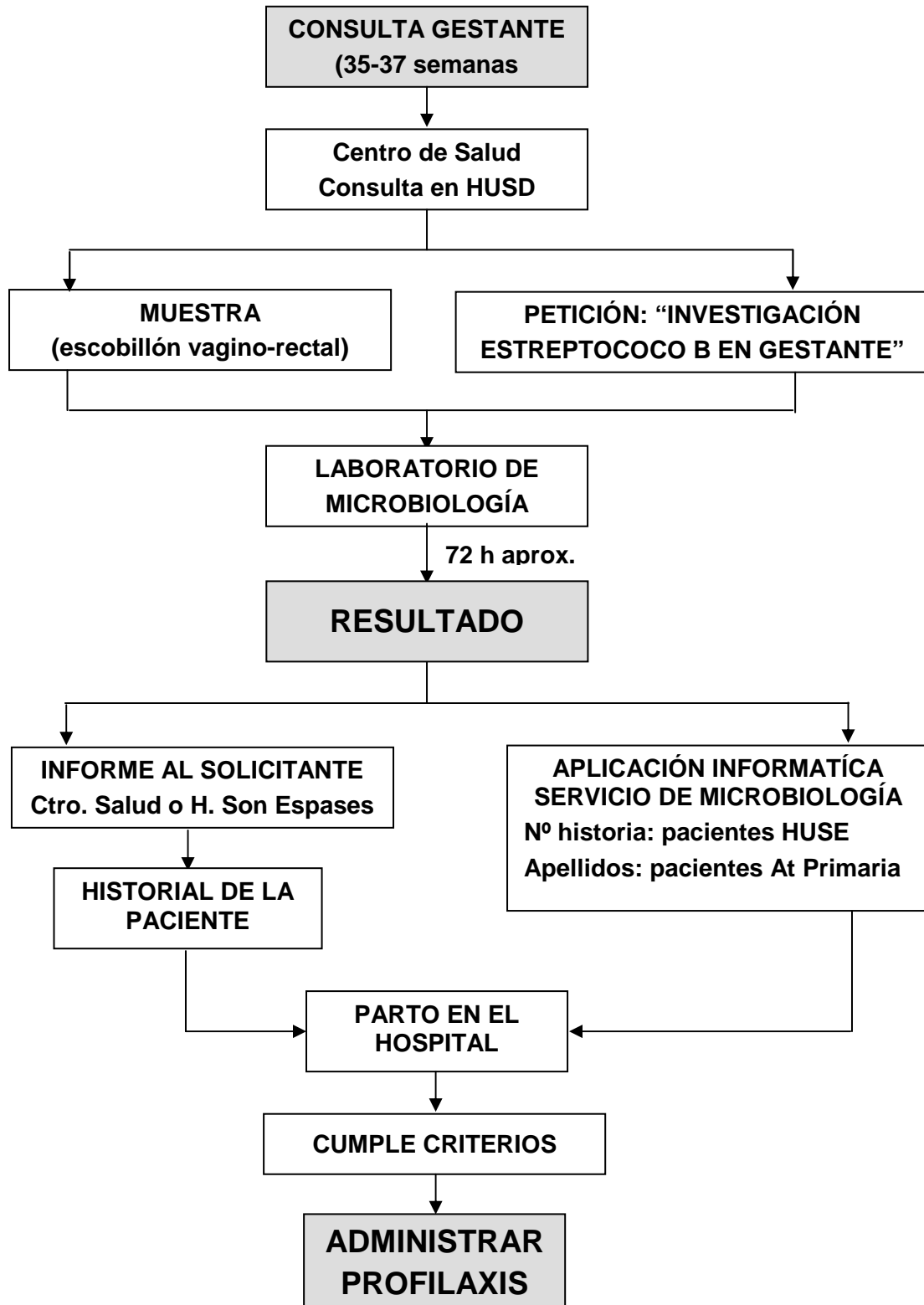
ANEXO 4. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO PRETÉRMINO CON AMNIORREXIS

ANEXO 5. ACTITUD ANTE EL RECIÉN NACIDO ASINTOMÁTICO

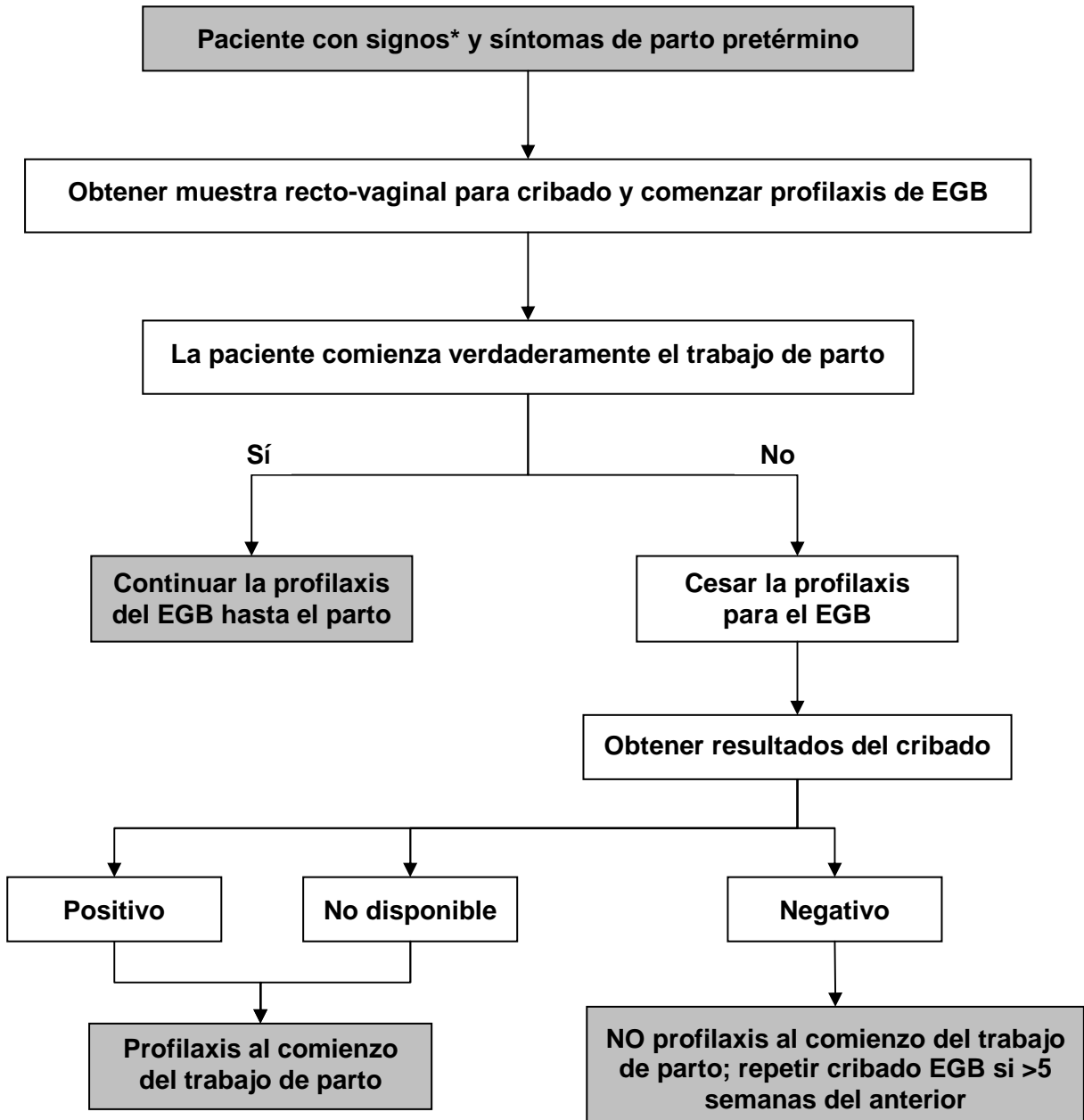
ANEXO 1. PRINCIPALES RECOMENDACIONES

- 1- La colonización vaginal y rectal por el EGB es **intermitente**: los cultivos realizados con anterioridad a **5 semanas antes del parto no son fiables**. Si fuera necesario, habría que repetirlos.
- 2- Realizar un **cultivo combinado**, de secreción **vaginal y rectal** a todas las embarazadas en las **semanas 35-37**, preferentemente en la 36.
- 3- La muestra para cribado ha de obtenerse **antes de cualquier exploración vaginal**, sin necesidad de colocar un espéculo.
- 4- Si la gestante tiene un **urocultivo positivo** ($>10^4$ UFC/mL) para el EGB durante la gestación actual o tiene el **antecedente de un hijo** con infección neonatal por EGB, **no es necesario efectuar el cultivo de cribado**, pero se debe administrarse profilaxis antibiótica intraparto.
- 5- La muestra se enviará al laboratorio de microbiología el mismo día de la toma. Si no fuera posible, **puede conservarse en frigorífico hasta 24 h**.
- 6- **Es importante** que en el volante de solicitud se escriba con letras clara (mayúsculas) **“INVESTIGACIÓN DE ESTREPTOCOCO B EN GESTANTE”**.
- 7- Un resultado negativo del cultivo **suele estar disponible** a las 48 h de incubación. Si es positivo, hay que añadir 24-48 h adicionales para obtener el informe definitivo.
- 8- **En nuestro hospital se realizará antibiograma en todas las cepas aisladas de EGB**, por razones de seguimiento epidemiológico de la resistencia. Habitualmente, el resultado estará disponible a las 72 h, y siempre en el momento de presentarse al parto.
- 9- Los métodos de **detección molecular son aceptables**; en cambio **NO es válida la detección de antígenos** del EGB (mujeres cuya gestación se haya hecho fuera de nuestro ámbito geográfico y que se presenten al parto con esta información).
- 10- Las **indicaciones** para administrar profilaxis **están bien definidas**. Es importante ceñirse a ellas:
 - **Cultivo EGB positivo** 5 semanas antes del parto.
 - **Bacteriuria ($>10^4$ UFC/mL)** para EGB durante el embarazo, aunque sea asintomática.
 - Hijo previo con infección invasiva por EGB.
 - **Se desconoce la colonización** por el EGB y **existen factores de riesgo** (prematuridad <37 sem; rotura de membranas >18 h; fiebre intraparto >38 °C).
- 11- La profilaxis antibiótica intraparto **NO está indicada**
 - En las gestantes con cesárea programada sin comienzo del parto y con las membranas íntegras, aunque sean identificadas como portadoras de EGB.
 - En gestantes con detección negativa para el EGB aunque existan factores de riesgo maternos.
 - Parto a término en gestante sin factores de riesgo, y cribado NO realizado.
- 12- **Pauta recomendada**: penicilina, 5 millones UI iniciales, luego 2,5 millones UI/4 h hasta parto.
- 13- **Alergia a penicilina**: cefazolina, clindamicina, eritromicina o vancomicina (ver texto).
- 14- La eritromicina y la clindamicina **NO pueden utilizarse** de manera empírica en las alérgicas.
- 15- Existen recomendaciones de actuación específicas para la prevención secundaria (ver texto y **ANEXO 5**).

ANEXO 2. ALGORITMO DEL CIRCUITO DE FUNCIONAMIENTO



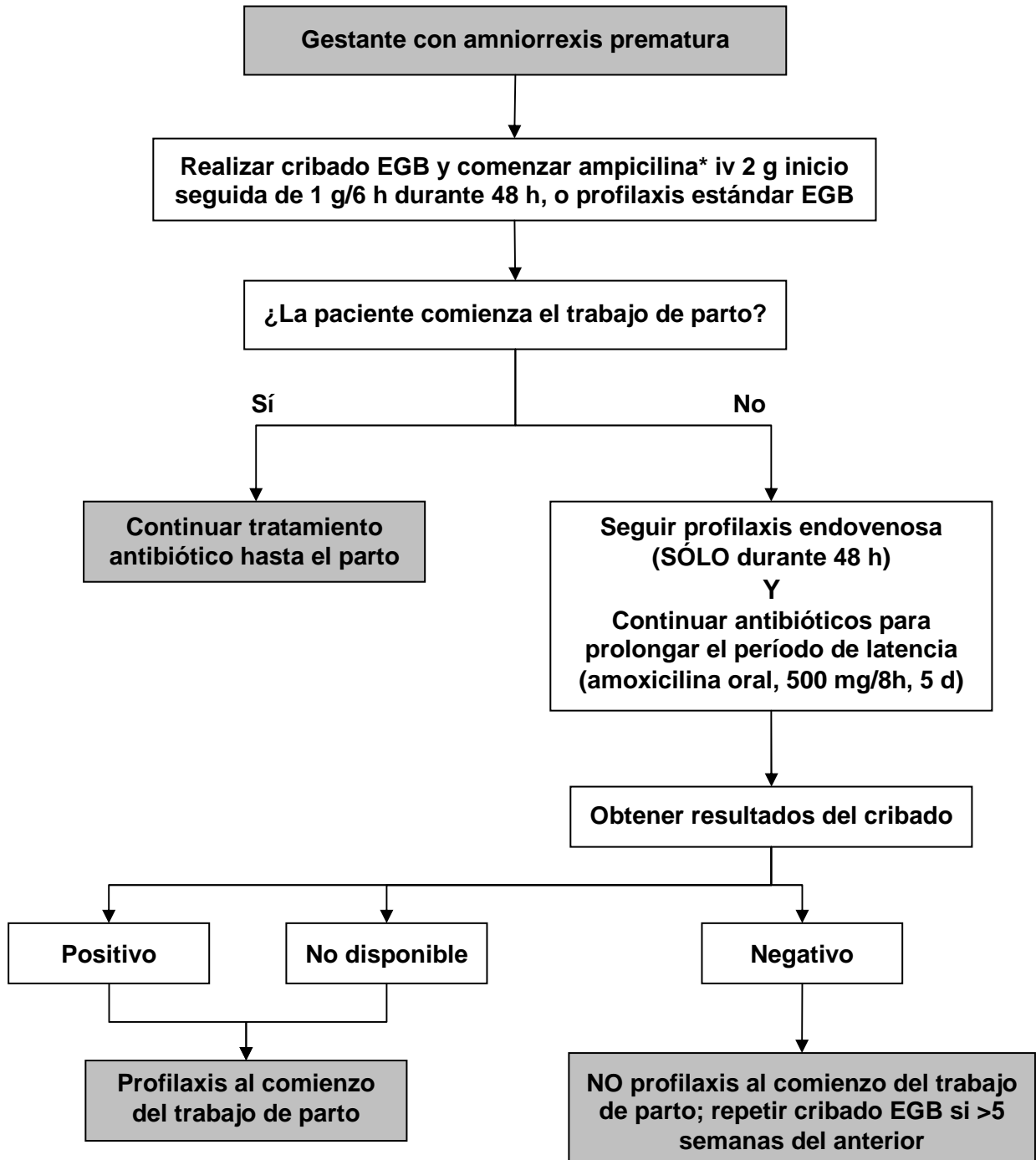
ANEXO 3. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO PRETÉRMINO



***SIGNOS DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO:**

- a) Contracciones uterinas regulares (4 en 20 minutos)
- b) Modificación apreciable del cuello uterino:
 - Borramiento >80%
 - Dilatación: 1-2 cm
 - Longitud <25 mm

ANEXO 4. PREVENCIÓN DEL EGB EN EL PARTO CON AMNIORREXIS PREMATURA



***Nota:** el objetivo de administrar antibióticos en la RPM es doble:
a) reducir la frecuencia de infección maternofetal
b) retrasar el comienzo del parto prematuro (prolongar la latencia)

ANEXO 5. ACTITUD ANTE EL RECIÉN NACIDO ASINTOMÁTICO

