

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Group B Streptococco Screening Before Repeat Cesarean Delivery A Cost-Effectiveness Analysis."

Nombre revisor: Ana Monfort Quintana. Hospital Universitario General de Villalba.

1.-Artículo Original:

Albright CM, MacGregor C, Sutton D, Theva M, Hughes BL, Werner EF. Group B Streptococco Screening Before Repeat Cesarean Delivery A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 Jan;129(1):111-119.

PMID: 27926650

2.- Resumen del Artículo:

El SGB (*Streptococcus Grupo B*) es una bacteria que coloniza la vagina y el recto y en la mujer gestante puede ser transmitida al neonato. La administración profiláctica intraparto de antibiótico a las pacientes con SGB positivo ha reducido la infección precoz neonatal por SGB.

La realización de una cesárea no previene la transmisión de SGB debido a que SGB puede atravesar las membranas intactas aunque cuando se realiza antes del inicio de trabajo de parto el riesgo es muy bajo.

En 2010 CDC recomendaba de rutina el cribado de SGB entre las semanas 35-37 a todas las pacientes que planificaran cesárea dado que el inicio de trabajo de parto o la amniorraxis espontánea podía ocurrir antes de la fecha programada de la cesárea. En estas situaciones, aquellas gestantes con SGB positivo debieran recibir profilácticamente antibioterapia.

En USA, en 2014 la tasa de cesárea fue del 32.2% . La tasa de cesárea iterativa fue del 40% y la mayoría de las gestantes con cesárea programada no iniciaron trabajo de parto. Adicionalmente, en las gestantes que iniciaron trabajo de parto, la cesárea se practicó antes de la rotura de membranas.

El objetivo del estudio es estimar el coste-beneficio del cribado universal de SGB en pacientes con intención de cesárea programada.

Material y Métodos:

Se toma una muestra de 400.000 gestantes con antecedente de cesárea anterior y gestación actual única a las que se planifica cesárea programada. Se realiza cribado SGB en la semana 35. Aquellas gestantes con SGB positivo que inician trabajo de parto antes de la cesárea reciben antibiótico profiláctico. Las pacientes con SGB desconocido reciben antibiótico profiláctico según criterios de riesgo.

Se asume que si la gestante presenta trabajo de parto antes de la cesárea el neonato tiene riesgo de infección por SGB independientemente del estado de las membranas, del tiempo hasta la realización de la cesárea y del modo de finalización de la gestación.

Si la cesárea se realiza previo al trabajo de parto se asume la inexistencia de riesgo de infección neonatal por SGB.

Todas las pacientes sometidas a cesárea recibieron antibiótico profiláctico, sin embargo dicha profilaxis no parece reducir el riesgo de Infección neonatal por SGB.

Según datos de la literatura la prevalencia de SGB es del 25%, el 26.6% de las gestantes iniciarán trabajo de parto antes de fecha de cesárea programada y un 3.3% de las pacientes con cesárea programada finalizarán vía vaginal.

Se estiman los costes de la realización del cribado SGB, el seguimiento materno y tratamiento así como los costes de los cuidados neonatales.

Resultados:

Asumiendo que la prevalencia de SGB es del 25% en general, el 26.6% de las gestantes iniciarán trabajo de parto antes de fecha de cesárea programada y un 3.3% de las pacientes con cesárea programada finalizarán vía vaginal el cribado universal de SGB no resulta rentable.

Es preciso cribar a 28.442 gestantes para prevenir un caso de infección neonatal y a 1.154.027 pacientes para prevenir una muerte neonatal.

El cribado universal de SGB sería rentable si la prevalencia de SGB fuera superior al 28%, la tasa de inicio de trabajo de parto antes de la fecha de cesárea programada fuera

superior al 29% o la tasa de parto vaginal en pacientes con cesárea programada fuera superior al 10%.

Si que resulta rentable realizar cribado en aquéllas pacientes con alto riesgo como pacientes obesas, con antecedente de SGB positivo en gestación previa o con antecedente de parto pretérmino.

3.- Comentario:

No es rentable el cribado de SGB en gestaciones únicas con cesárea programada por cesárea anterior.

Sí resulta rentable el cribado de SGB en las gestaciones con alto riesgo de prevalencia de SGB, alto riesgo de trabajo de parto previo a la cesárea programada y en las gestantes que pudieran optar en el último momento por un parto vía vaginal.

Es factible que la administración profiláctica de antibiótico previo a la cesárea pueda tratar algunos casos de enfermedad por SGB, aunque dado el corto período de exposición al antibiótico el efecto puede ser despreciable.

El riesgo global de infección neonatal por SGB en gestantes que presentan rotura de membranas o inicio de trabajo de parto y posteriormente se realiza cesárea es desconocido e independiente del tiempo transcurrido hasta la realización de la cesárea.

Así mismo la no realización de cribado universal a las pacientes con cesárea programada por cesárea anterior puede dar lugar a la no realización del cribado en pacientes con cesárea anterior y deseo de parto vaginal.

Como conclusión final el cribado SGB en gestantes con cesárea previa y que desean cesárea programada puede no ser rentable sin embargo dadas otras situaciones en las que el cribado sí que es recomendable se recomienda realizar el cribado universal. Se precisa de estudios adicionales para evaluar la eficacia del tratamiento antibiótico profiláctico de enfermedad SGB en pacientes con inicio de trabajo de parto y cesárea programada así como la eficacia de la antibioterapia profiláctica previa a la cesárea para prevenir la transmisión de SGB