

## Sumario

Enfermedad invasiva perinatal por *Streptococcus agalactiae* en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 1995-2008 ..... 97

Clasificación de los casos sospechosos de sarampión ..... 100

Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria ..... 101

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica ..... 103

# Enfermedad invasiva perinatal por *Streptococcus agalactiae* en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 1995-2008

## Introducción

*Streptococcus agalactiae*, estreptococo del grupo B, es una causa importante de septicemia y meningitis en neonatos y lactantes menores de tres meses. Se ha visto una distribución bimodal de los casos en función de la edad de inicio de los síntomas. La infección precoz es definida como el desarrollo de infección sistémica durante los siete primeros días de vida y la de inicio tardío es la que comienza entre los 7 y los 89 días de edad.

El reservorio es humano, encontrándose en el tracto gastrointestinal, genital y urinario. En España se han publicado tasas de colonización vaginal-rectal en embarazadas entre el 5,6 y 18,5%<sup>1-4</sup>. La transmisión a los neonatos es vertical y la tasa de transmisión vertical, con respecto a las mujeres colonizadas con estreptococos del grupo B en el momento del parto, es de aproximadamente el 50%<sup>2,5</sup> y entre un 1-2% de los recién nacidos colonizados desarrollan infección<sup>6</sup>. La infección tardía suele ser debida a infecciones horizontales desde la madre, la comunidad o nosocomiales a través de las manos del personal sanitario<sup>7</sup>.

Las Sociedades Españolas de Obstetricia y Ginecología (SEGO), de Neonatología (SEN), de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), de Quimioterapia (SEQ) y de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)<sup>8</sup> recomiendan hacer un cultivo rectal o vagi-

nal para *S. agalactiae* a todas las gestantes entre las semanas 35 y 37 para saber si son portadoras. También recomiendan la administración de profilaxis antibiótica intraparto a todas las gestantes colonizadas por *S. agalactiae*. Si el cultivo es negativo o se desconoce el estado de portadora de la gestante, se recomienda la quimioprofilaxis si se detecta *S. agalactiae* en orina durante la gestación, si previamente han tenido un hijo con infección neonatal por *S. agalactiae*, si existe rotura de membranas de más de 18 h (cuando no se disponga de información del estado de colonización), en todos los partos en que exista fiebre intraparto y en todos los partos de < 37 semanas de gestación en que el estado de colonización se desconozca.

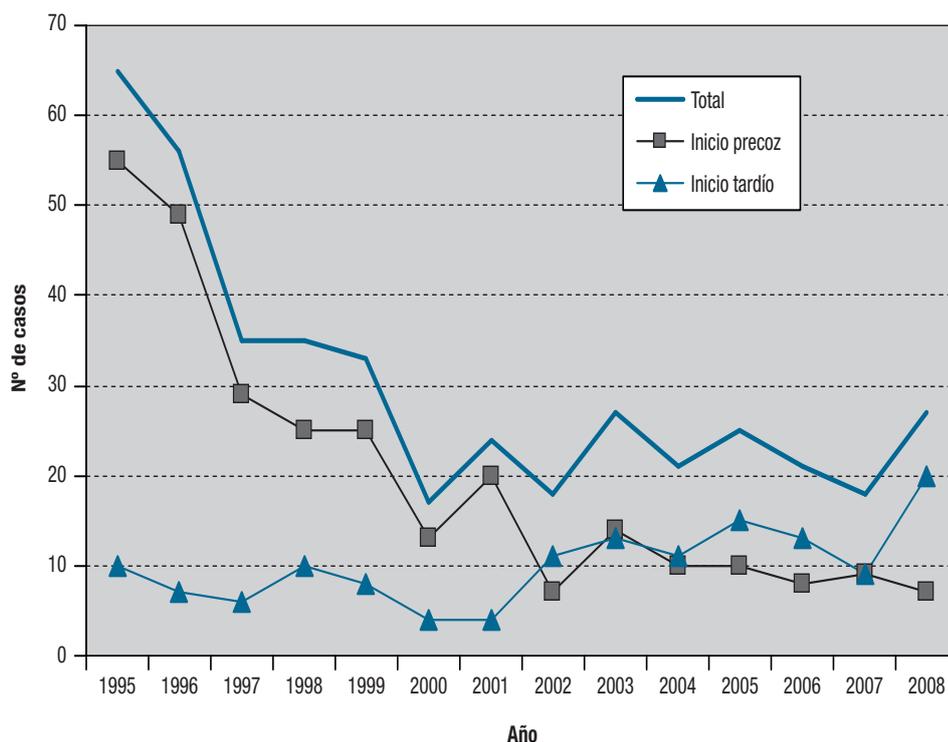
Con el objeto de describir las características epidemiológicas de la enfermedad invasiva perinatal por *S. agalactiae* en España se han analizado los datos recogidos en el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica correspondientes a los años 1995 a 2008. Para ello se define enfermedad invasiva perinatal por *S. agalactiae* al aislamiento de este microorganismo en un sitio normalmente estéril en menores de 3 meses de edad.

## Resultados

El total de casos de enfermedad invasiva perinatal por *S. agalactiae* notificados al SIM desde 1995 a 2008 fue de 422 casos procedentes de 31 laboratorios de

Figura 1

Tendencia del número de casos de enfermedad invasiva perinatal por *Streptococcus agalactiae*. Sistema de Información Microbiológica España, 1995-2008



microbiología clínica de 10 Comunidades Autónomas (tabla 1). El 66,6% (281/422) de los casos fueron de inicio precoz (menores de una semana de edad) y el resto de inicio tardío (entre una semana y tres meses de edad). El porcentaje de casos de infección de inicio precoz del total de casos de enfermedad invasiva perinatal ha disminuido de un 85% en 1995 a un 26% en 2008. La mediana de casos anuales notificados durante todo el periodo fue de 26 casos (rango: 17-65).

El número de casos de la enfermedad invasiva perinatal por *S. agalactiae* disminuye desde 1995 hasta el año 2000 (pendiente= -8,82;  $R^2 = 0,90$ ) y luego se estabiliza (pendiente= 0,43;  $R^2 = 0,09$ ) hasta 2008. El número de casos de inicio de infección precoz disminuye durante todo el periodo de estudio (pendiente= -3,17;  $R^2 = 0,74$ ) y los casos de infección de inicio tardío muestran un ligero aumento durante el periodo de estudio (pendiente= 0,66;  $R^2 = 0,40$ ) (figura 1).

Se dispone de información sobre sexo en 341 casos. El 50% de los casos fueron niñas, tanto en el grupo de infección de inicio precoz como tardío.

En el 82 % (345/422) de los casos el aislamiento de *S. agalactiae* se produjo en sangre, en el 10% en aspirado de petequia y en un 8% en líquido cefalorraquídeo. Estos porcentajes fueron similares en el grupo de infección de inicio precoz y en el de inicio tardío.

## Comentarios

En el año 1998 las SEGO y la SEN con el aval de la SEIMC y SEQ ya consensuaron unas recomendaciones para la prevención de la sepsis precoz por *S. agalactiae* que se actualizaron en 2003<sup>8</sup>. La eficacia de estas recomendaciones se ha mostrado en diversos estudios como el llevado a cabo en 10 hospitales de Barcelona que muestra un descenso de un 86,1%, pasando de una incidencia de 1,92/1.000 nacidos vivos en 1994 hasta 0,26/1.000 en 2001<sup>9</sup> o el realizado por el Grupo de Hospitales Castrillo, que incluye 35 hospitales de España, que muestra un descenso del 36,4-65,4% desde el periodo 1996-1997 al periodo 2000-2001<sup>10</sup>. Los resultados del análisis de los datos del SIM muestran también una disminución del número de casos de infección precoz por *S. agalactiae* notificados desde 1995 a 2008. Estas recomendaciones, en cambio, no parecen haber sido muy efectivas en la prevención de la infección de inicio tardío. Algunas publicaciones muestran una estabilidad o ligero aumento de la infección tardía<sup>11,12</sup> como ocurre con los datos de nuestro estudio aunque el número de casos notificados por año es muy bajo para poder definir claramente una tendencia.

En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias por sexo y, aunque el sistema no recoge la presentación clínica de los casos, no hemos encontrado diferencias

Tabla 1

**Distribución por Comunidad Autónoma y año del número de casos de enfermedad invasiva perinatal por *Streptococcus agalactiae*. Sistema de Información Microbiológica España, 1995-2008**

| COMUNIDAD AUTÓNOMA | 1995      | 1996      | 1997      | 1998      | 1999      | 2000      | 2001      | 2002      | 2003      | 2004      | 2005      | 2006      | 2007      | 2008      | TOTAL      |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Aragón             | 3         | 5         | 2         | 9         | 3         | 2         | 5         | 5         | 6         | 5         | 1         | 0         | 1         | 3         | 50         |
| Canarias           | 19        | 28        | 13        | 9         | 17        | 3         | 3         | 0         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 94         |
| Castilla-La Mancha | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 2         | 0         | 2         | 1         | 0         | 0         | 1         | 0         | 7          |
| Castilla y León    | 1         | 0         | 2         | 5         | 2         | 1         | 0         | 0         | 1         | 3         | 1         | 1         | 1         | 0         | 18         |
| Cataluña           | 22        | 10        | 7         | 7         | 4         | 6         | 9         | 7         | 7         | 9         | 14        | 10        | 6         | 13        | 131        |
| C. Valenciana      | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 3         | 0         | 1         | 4          |
| La Rioja           | 0         | 2         | 0         | 1         | 0         | 0         | 1         | 0         | 2         | 1         | 0         | 0         | 1         | 3         | 11         |
| Madrid             | 6         | 3         | 1         | 1         | 3         | 2         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 19         |
| Navarra            | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 5         | 5          |
| País Vasco         | 14        | 8         | 10        | 3         | 3         | 3         | 3         | 4         | 7         | 2         | 9         | 7         | 8         | 2         | 83         |
| <b>TOTAL</b>       | <b>65</b> | <b>56</b> | <b>35</b> | <b>35</b> | <b>33</b> | <b>17</b> | <b>24</b> | <b>18</b> | <b>27</b> | <b>21</b> | <b>25</b> | <b>21</b> | <b>18</b> | <b>27</b> | <b>422</b> |

sobre la muestra de aislamiento de *S. agalactiae* entre el grupo de infección de inicio precoz y tardío.

Recomendamos continuar con la vigilancia de la enfermedad invasiva perinatal por *S. agalactiae* para evaluar, de manera indirecta, la efectividad de las medidas de prevención de la sepsis precoz por *S. agalactiae*. Además recomendamos la realización de estudios que permitan obtener información sobre los factores de riesgo de la infección de inicio tardío para poder poner en marcha las medidas de control adecuadas para la disminución de su incidencia.

## Bibliografía

- Andreu A, Barranco M, Bosch J, Dopico E, Guardia C, Juncosa T, et al. Prevention of perinatal group B streptococcal disease in Europe. *Scand J Infect Dis* 1997; 29: 532.
- Cueto M, Sánchez MJ, Sampedro A, Miranda JA, Herruzo AJ, Rosa-Fraile M de la. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 112-4.
- Mazon A, Salvo MS, Ezcurra R. Resultados del programa de prevención de la infección neonatal por estreptococo del grupo B. *Prog Obstet Gynecol* 2000; 43:233-6.
- Edwards MS, Baker CJ. Group B streptococcal infections. En: Remington JS, Klein JO, editors. *Infectious Diseases of the Fetus & Newborn Infant*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999; p. 1091-156.
- Ramos JM, Milla A, López-García P, Gutiérrez F. Estudio de colonización por *Streptococcus agalactiae* en gestantes extranjeras y españolas, en Elche y Comarca. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.2009; 27(4):249-254.
- Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised Guidelines from CDC. 2002 *MMWR* 51(RR11):1-22.
- Heath PT, Schuchat A. Perinatal group B streptococcal disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gyna e col*.2007; 21: 411-24.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Sociedad Española de Neonatología (SEN). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21(8):417-23.
- Andreu A, Sanfeliu I, Viñas Ll, 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.
- López Sastre JB, Fernández Colomer B, Coto Cotallo GD, Ramos Aparicio A; Grupo de Hospitales Castrillo. Trends in the epidemiology of neonatal sepsis of vertical transmission in the era of group B streptococcal prevention *Acta Paediatr*. 2005 Apr; 94 (4): 451-7.
- Prieto Tato LM, Gimeno Díaz de Aauri A, Aracil Santos J, Omeñaca Teres F, Del Castillo Martín F, De José Gómez MI. Infección tardía por estreptococo del grupoB: experiencia en un hospital de tercer nivel (2000-2006). *AnPediatr (Barc)*. 2008; 68: 239-43.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Early-onset and late-onset neonatal group B streptococcal disease—United States, 1996-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005; 54: 1205-8.

## Análisis de datos y realización del informe

Lucía Sobrino, Martina García, Luisa Velasco, Pilar Soler.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.