



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

SGB: COMPARATIVA DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE ABORDAJE DE CRIBADO Y TRATAMIENTO ENTRE ESPAÑA Y REINO UNIDO.

Rosa María Quirós Aragonés

16 de Octubre de 2025

INTRODUCCIÓN.

¿Qué es el SGB?

El Estreptococo del Grupo B (SGB) es una bacteria gram positiva. La podemos encontrar formando parte de la microbiota comensal de las mucosas gastrointestinal y genital en una proporción considerable de personas en edad. En ocasiones durante el proceso de parto hay un porcentaje de recién nacidos que se colonizan e incluso infectan con este organismo, transmitiéndose de madre a bebé por contacto con el canal de parto. La exposición a esta bacteria puede producirse también por transmisión vertical sin rotura de membranas e incluso por diseminación de la misma en el líquido amniótico y su posterior aspiración por el bebé a su salida.

¿Qué riesgos entraña para la madre y el recién nacido?

El SGB no entraña grandes riesgos para la madre con su presentación habitual (infecciones del tracto urinario), aunque en casos más raros produce otras enfermedades de mayor gravedad (corioamnionitis, endometritis, sepsis y meningitis). En cambio, cuando el recién nacido se infecta con esta bacteria puede llegar a tener consecuencias graves y alta morbi-mortalidad (se explican en el siguiente apartado), por lo que precisa de medidas de prevención y tratamiento efectivas.



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

¿Qué tipos de infecciones por SGB hay?

Hay dos tipos de infecciones en el neonato: Infección precoz. Es la que conforma la mayor parte de los casos. Transmisión vertical mayoritariamente. Se produce en menos de 7 días tras el nacimiento y es prevenible su transmisión mediante profilaxis antibiótica intraparto (IAP). Infección neonatal tardía, con mecanismo de transmisión horizontal. Aparece después del 7º y hasta el 90º día de vida. No puede prevenirse con la IAP puesto que ya no es efectiva en ese periodo de tiempo.

Dentro de la infección neonatal precoz por el estreptococo del grupo B (EOSGB), encontramos distintos subtipos según la parte del organismo que se ve afectada por la misma. Son (en orden de mayor a menor frecuencia): Bacteriemia, neumonía y meningitis. La manifestación clínica suele ser rápida y la sospecha de sepsis se establece antes incluso de saber el patógeno causal o el tipo de transmisión (Warren et al., 2022).

Algunos datos estadísticos sobre el SGB.

Se estima que, según la calidad (sensibilidad/especificidad) del método de cribado y otros factores como el área geográfica en que se tomen las muestras, entre el 15 y el 40% de las mujeres gestantes están colonizadas por la bacteria del SGB en vagina o recto. La mayor incidencia de presencia de SGB en vagina-recto se ha detectado en el Caribe (1.47 casos por cada 1000, y la menor, en algunas zonas de Asia (0.20 casos por cada 1000) Esta colonización es fluctuante, puesto que el estatus de portadora de la bacteria puede negativizarse (Madrid L. et al., 2017).

Antes del establecimiento de medidas de prevención y tratamiento la incidencia de infección neonatal precoz rondaba los 3/1000 en algunas zonas. A día de hoy, con todos los avances en el abordaje en cuanto a cribado, prevención y tratamiento de esta enfermedad, se ha conseguido reducir bastante dicha incidencia de la infección y su morbimortalidad.



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

En nuestro país, el INE no publica datos estadísticos sobre el cribado universal que se realiza a las mujeres gestantes entre las 35 y 37 semanas de gestación. Tampoco existe un registro periódico oficial de casos. Los datos se suelen obtener de estudios y artículos científicos publicados. Se dice que la tasa de colonización estaría aproximadamente entre un 10-20% en nuestro país.

La colonización de los recién nacidos estaría en torno al 40-70% de bebés de madres colonizadas. Y de estos, entre el 1-2% desarrollan EOGBS (de los cuales alrededor del 5% morirá).

La implementación en España de las medidas de abordaje (cribado y profilaxis) ha reducido la incidencia de esta enfermedad de 1.2-1.4 bebés infectados por cada 1000 nacidos vivos (en los años 90) hasta el 0.21 de cada 1000 en 2018 (Villa et al., 2025).

Por último, mencionar que la tasa de mortalidad por esta enfermedad estimada en algunas revisiones sistemáticas es de aproximadamente el 8% de los infectados. (Madrid L. et al., 2017)

Para entenderlo mejor, en la GPC publicada por la RNAO se hace un ejemplo de la estadística extrapolada a una población de 50000 gestantes con datos sacados de su zona de referencia:

Datos de la RNAO en porcentajes	Si aplicamos estos datos a un grupo inicial de 50 mil gestantes (sin tratar):
<ul style="list-style-type: none"> - 15-40% de las gestantes están colonizadas - 40-70% de bebés de madres positivas serán; 	<ul style="list-style-type: none"> • 7500-20000 gestantes positivas • 3000-14000 bebés colonizados • 30-280 bebés desarrollarán infección: <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia (19-232 RNs) • Neumonía (3-64 RNs)



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

<p>- 1-2% de los bebés colonizados desarrollarán infección - 5% morirán.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meningitis (2-35 RNs) • 2-14 bebés morirán
--	---

(Warren et al., 2022)

OBJETIVOS.

La muerte neonatal es un asunto que, aunque no muy frecuente, es de gran importancia y gravedad, por lo que se trabaja constantemente por mejorar las tácticas de prevención y tratamiento en todos los servicios relacionados con este perfil de paciente. Así, cada sistema sanitario aplica las medidas que considera oportunas para que esto sea posible. En el caso del SGB, esto implica en muchos lugares aplicar lo que se conoce como profilaxis antibiótica intraparto (IAP), que consiste en dar a la madre una serie de antibióticos durante el proceso de parto que interrumpen el proceso de transmisión de la bacteria que ocurre durante el mismo. La selección de las candidatas a este tratamiento es lo que suele variar de un sistema a otro.

El objetivo de esta sesión es comparar el modelo utilizado en nuestro país para el abordaje del SGB y el modelo del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, que sabemos que dista del nuestro en la identificación de aquellas mujeres a las que aplica la IAP. Como objetivo secundario se estableció encontrar evidencia disponible sobre los posibles efectos no deseados de aplicar antibioterapia sistémica durante el parto, tanto para las madres como para sus bebés.

METODOLOGÍA.

La pregunta PICO se conforma de los siguientes elementos: P - Mujer gestante; I - Cribado universal y tratamiento con IAP a mujeres portadoras; C - Aproximación a la prevención por factores de riesgo; O - Optimización del uso de antibióticos,



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

resultados neonatales. Se realizó una revisión de la literatura disponible, con múltiples búsquedas en bases de datos como Pubmed y Trip.database. Se usaron palabras clave como “GBS” “UNIVERSAL SCREENING” “INTRAPARTUM PROPHYLAXIS” “EARLY ONSET GROUP B STREPTOCOCCUS”. También se consultaron las páginas y guías oficiales de la OMS, del ministerio de sanidad y la SEGO, de la NICE y del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) con el fin de encontrar las últimas recomendaciones de cada uno de los ámbitos.

Se empleó inteligencia artificial como herramienta complementaria de búsqueda bibliográfica, con el fin de refinar resultados y localizar fuentes de alta calidad, además de para extraer datos estadísticos mediante cálculos matemáticos relacionados con la incidencia de la enfermedad y la evolución de los casos en cada una de las áreas de referencia seleccionadas. También se empleó la IA con el fin de poder establecer comparaciones proporcionales de datos de ambos orígenes. Se le introdujeron prompts que solicitaban información veraz, con fuentes bibliográficas reales y accesibles y de la máxima calidad posible y un nivel de creatividad o “temperatura” baja. Como resultado se obtuvieron una amplia gama de estudios, usados en este documento como referencia. También se solicitó a la inteligencia artificial la elaboración de un algoritmo que ilustrara de manera sencilla y visual el modelo de abordaje más ampliamente utilizado en el SNS de nuestro país.

RESULTADOS.

¿Qué hacemos aquí en España?

En España no existe un protocolo único pero tenemos distintas guías y documentos elaborados en base al consenso de expertos en la materia que tienen vigencia a nivel nacional. Las recomendaciones de estas son el cribado universal del SGB a toda mujer gestante entre las semanas 35 y 37 de gestación, y la consecuente administración de una profilaxis antibiótica intraparto (IAP) a toda mujer portadora o



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

con estatus desconocido para prevenir la enfermedad precoz ocasionada en el recién nacido por este patógeno. No sería necesario cribar a aquellas mujeres que ya dieron positivo para SGB en cultivo de orina con anterioridad. El cribado negativo tiene una validez de 5 semanas. Cualquier tipo de positivo (tanto de exudado como de urocultivo) es válido y se toma como referencia hasta el momento del parto.

Según el protocolo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Cardona Benavides, 2022), la antibioterapia intraparto más extendida internacionalmente se basa en administrar Penicilina o Ampicilina 4 horas antes del parto. Además se podría utilizar Cefazolina intravenosa 2g en los casos de pacientes con alergia a la Penicilina, pero sin reacciones anafilácticas (angioedema, urticaria o alteraciones de la respiración). Y para personas con antecedentes de anafilaxia se sugiere el uso de Clindamicina o Vancomicina según la sensibilidad que presente el organismo patógeno.

La profilaxis antibiótica se indicará tras la RPM o inicio del parto, en las gestantes que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Cultivo positivo a SGB en algún momento de la gestación.
- SGB detectado en orina durante la gestación.
- Todas las gestantes con un hijo previo afectado por una sepsis neonatal precoz por SGB.
- Todas las gestantes por debajo de las 37 semanas sin resultado del cultivo de SGB.
- Todos los partos con rotura prematura de membranas >18 horas sin resultado del cultivo de SGB. El resultado de la PCR no será suficiente, es decir, pasadas las 18 horas si no tenemos el resultado del cultivo será necesario iniciar la profilaxis antibiótica.
- Todos los partos en los que exista fiebre materna cuando no se disponga del resultado del cultivo.

En las pacientes que tengamos un cultivo vagino-rectal positivo o hayamos detectado SGB en orina no es necesario realizar tratamiento antibiótico de forma antenatal. Sí es necesario realizar tratamiento ante un urocultivo positivo.

(Extracto del protocolo del HUVN - Estreptococo grupo B: Profilaxis infección neonatal)

En cuanto a la profilaxis intraparto, la evidencia deja claro que es probable que ayude a reducir los casos de infecciones neonatales precoces mediante su interferencia en el proceso de transmisión de la bacteria de la madre al bebé. Sin embargo, su efecto sobre la mortalidad neonatal no está tan claro. En la Guía de la



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

RNAO se sugiere que al ser este un evento muy infrecuente, “se requiere una muestra mucho más grande para tener más precisión del efecto estimado”, lo que a día de hoy no se ha conseguido demostrar. Aún así, existe la creencia de que disminuyendo la transmisión del SGB se podría reducir indirectamente el número de muertes neonatales derivadas de la misma (Warren et al., 2022).

Nuestro modelo es compartido por muchos otros sistemas sanitarios y comunidades, reflejándose así en guías como las del ACOG y la de la RNAO, Americanas y Canadienses respectivamente (Warren et al., 2022) (American College of Obstetricians & Gynaecologists, 2020).

¿Qué problemas tiene nuestro abordaje?

Cuando nos encontramos ante enfermedades de muy baja incidencia, en el análisis de las intervenciones que pretenden prevenirlas aparecen NNTs muy elevados, dado que tendremos que administrar el tratamiento a un número muy elevado de pacientes para conseguir prevenir un solo caso. Existe evidencia de que la aplicación sistemática de la profilaxis antibiótica intraparto en nuestro medio (con el cribado universal) ha aumentado significativamente el número de mujeres que reciben antibióticos durante el parto ¿Necesitan realmente todas ellas recibir esta terapia? La disyuntiva aparece en situaciones en que tenemos mujeres que se clasifican como de bajo riesgo de que sus bebés desarrollen la enfermedad, puesto que ambos están sanos. El conflicto reside en que esto podría incrementar a su vez la probabilidad de que a las pacientes tratadas y a sus bebés les aparecieran complicaciones a corto y largo plazo, como pueden ser:

A corto plazo: la aparición de otras infecciones neonatales, pero en este caso, por patógenos que no sean sensibles a antibioterapia. Se sugiere que la respuesta a esto sería adecuar con precisión la necesidad real de antibióticos en cada caso y hacer un uso óptimo de los mismos. (Alós Cortés & Andreu Domingo, 2012).



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

Además también tenemos las reacciones anafilácticas en la madre gestante, que aunque de baja frecuencia, son de gravedad considerable, ya que no sólo ponen en riesgo su propia vida, sino también la del bebé a punto de nacer. Además tiene efectos directos en el recién nacido. Entre ellos encontraríamos la alteración de la colonización bacteriana y el microbioma intestinal. Específicamente se trata de una depleción de la comunidad beneficiosa de bacterias comensales, que son importantes para el correcto desarrollo de su salud intestinal. También se ha demostrado que puede ver alterada la interpretación de hemocultivos del bebé cuya madre recibió IAP para detectar el SGB (Alós Cortés & Andreu Domingo, 2012), (Zimmerman et al., 2020).

A largo plazo la evidencia es más escasa y sobre todo de tipo observacional. Posibles efectos no deseados más tardíos podrían ser los siguientes. Asociaciones con enfermedades alérgicas e inflamatorias como asma y eccema y retraso en la maduración de la microbiota entre otros trastornos (Gestels & Vandenplas, 2023). Existen otras publicaciones científicas que sugieren una posible relación entre la IAP y un mayor riesgo de obesidad infantil más alteraciones metabólicas (Koebnick & Sidell, 2024). Igualmente apareció en la literatura mayor riesgo de trastornos inmunitarios o de contraer otras infecciones, todo ello propuesto en base a la interferencia ejercida por la IAP con la microbiota de la que se habla en el párrafo anterior como mecanismo fisiopatológico.

En cuanto a la mastitis postparto, no existen aún recursos suficientes ni de calidad para determinar si existe relación entre ambas variables con el uso de antibióticos intraparto. En cambio sí que se ha constatado que existe un aumento de la colonización por candidiasis vulvovaginales (VVC) con la administración de antibióticos sistémicos (Shukla et al., 2019). El mecanismo sugerido de patogenia consiste en la eliminación por parte de los antibióticos de las bacterias que compiten con este hongo por el nicho/ecosistema de la mucosa genital. Esto permitiría que el



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

resto de microorganismos que están presentes de manera natural se desarrollen por encima de su nivel habitual y sean causantes de sintomatología desagradable para la mujer (Shukla et al., 2019).

Sobre resistencias antibióticas generadas por la antibioterapia intraparto existe bastante controversia. Cuando se establecieron las recomendaciones del Reino Unido, el análisis de la evidencia disponible que hizo el comité de cribado de este país encontró varios estudios que, pese a concluir que no existe riesgo de esto ocurra o que no se encontraron grandes diferencias, sí que resultaron ser de bastante baja calidad, presentando sesgos, incluso llegando en el resumen a comentar que “no salían las cuentas” en alguno de los artículos publicados al respecto. Cabe destacar que existen revisiones como la publicada en 2024 por Panneflek, que concluyen que cualquier estrategia de administración de profilaxis intraparto reduce el riesgo de infección de EOGBS (frente a la “no intervención”), todo esto sin tener necesariamente evidencia de incrementar la resistencia a los antibióticos. (Panneflek et al., 2024).

Modelo de abordaje de Reino Unido.

En contraposición a la postura que tomamos, no sólo en nuestro país sino también en otros como Canadá o Estados Unidos, tenemos el modelo usado en el Reino Unido. Su estrategia, categóricamente recomendada en su área de influencia, es la de NO cribado universal. Consiste en buscar factores de riesgo para el desarrollo de EOGBS en la gestante y su bebé (expuestos en el siguiente apartado) y la administración de profilaxis antibiótica intraparto en aquellas que resulten candidatas. Todo esto se lleva a cabo según las indicaciones dispuestas en la GPC de la RCOG (Royal College of Obstetrics and Gynaecologists) para prevención de EOGBS publicada inicialmente en el 2012, cuya actualización de 2017 incluyó la



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

recomendación mencionada de no cribar a la población gestante en general (RCOG, 2017) (Seedat & Taylor-Phillips, 2016).

Aunque todas utilizan como base esta la misma guía, las recomendaciones para abordar el tratamiento pueden variar ligeramente entre Trusts (divisiones del sistema nacional de salud según la región en que aplica, con cierta autonomía para hacer alguna modificación). Son ejemplos de esto el Trust de Inglaterra o el de Escocia. (National Health Service, Greater Glasgow and Clyde, 2024).

En los estudios con que se justifica no cribar de manera universal, se menciona que se evidenció la no existencia de un test suficientemente preciso y validado. Esto es así porque dicho estatus puede fluctuar o llegar negativizarse aplicando, por ejemplo, probióticos orales que contengan lactobacilos como los existentes en la microbiota vaginal. En este análisis de la evidencia, que fue llevado a cabo por el UKHSC para instituir sus recomendaciones, se encontró que en el mayor estudio hallado en que se indagaba sobre la sensibilidad y especificidad de la prueba de cribado del SGB se manifestaba que sólo hasta un 50.5% de las mujeres que tenían un resultado positivo en el cribado dan positivo en el parto. De esto puede inferirse que quizá haya un 49.5% de mujeres con exudado inicial positivo que más tarde no lo tienen y reciben igualmente antibióticos. Según la literatura, el exudado vagino-rectal tiene una sensibilidad de aproximadamente un 69% y una especificidad del 87%. El Valor predictivo positivo según algunos artículos puede llegar a ser tan bajo como de un 42%, mientras que el negativo suele ser bastante alto (95%). Existe relación entre estos valores y el intervalo que se deja entre la prueba y el momento del parto (a mayor tiempo, menos validez de los resultados) (RCOG, 2017), (Seedat & Taylor-Phillips, 2016) (Le Doare et al., 2019) (Hussain & Al-Ibraheemi, 2019).

También está constatado que, pese a que reduce la transmisión, la IAP no interviene en otras patologías como la enfermedad neonatal tardía, la afectación de la madre



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

gestante, la muerte perinatal ni el parto prematuro (Thorn et al., 2025). Según un informe publicado en 2019, el uso de una política basada en el uso de antibioterapia intraparto a mujeres que presentan factores de riesgo estaría sustentado en la creencia de que el cribado universal podría no reducir la mortalidad y morbilidad “lo suficiente como para ser coste-efectivo”. Anotan también que se publicó un documento del comité nacional de cribados que ponía en duda si los beneficios de un cribado universal y el consecuente uso extendido de antibioterapia (sobre todo en mujeres que quizá no lo necesitarían) realmente superaban los riesgos que esto podía tener, en relación sobre todo a posibles efectos adversos a corto o largo plazo de estos fármacos. (Le Doare et al., 2019). A estas consideraciones debemos añadir resultados como el de el estudio de Hussain H. Et al. publicado en 2019. En él se concluye que el exudado vagino-rectal en semanas 35-37 de gestación es bastante carente como predictor de colonización materna (y mucho peor si hablamos de predecir infección neonatal). (Hussain & Al-Ibraheemi, 2019)

Factores de Riesgo relacionados con el SGB.

Para que la mujer esté colonizada por la bacteria del SGB:

- Colonización detectada durante embarazos anteriores
- IMC (>25)
- Diabetes gestacional (relacionada con alt. del lactobacilo vaginal) y pre-gestacional
- Inciertos: Niv. educativo, raza, edad (gestantes jóvenes)

(Warren et al., 2022)

Para que tenga lugar una posible infección y sucesivas complicaciones en el recién nacido:

- Factor de riesgo denominado “Red flag” o “Bandera roja”



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

Gestación **múltiple** en que se sospecha/confirma que 1 de los **fetos puede estar infectado**.

- Otros factores de riesgo:
 - **Bebé anterior con infección** invasiva por SGB o colonización, bacteriuria o infección materna en embarazo actual.
 - Parto y nacimiento **prematuros** espontáneos <37 SG
 - RPM >**18h** en prematuros
 - RPM >**24h** en a término
 - **Fiebre intraparto** >38°C si se sospecha o confirma infección bacteriana
 - Dx clínico de **corioamnionitis**.

(Milton Keynes University Hospital & NHS Foundation Trust, 2024)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Comparación de ambos modelos en cuanto estadísticos.

Según un informe que resumía la vigilancia del SGB en el Reino Unido, que se publicó en el 2023 por la UKHSA (UK Health Security Agency), la evolución de la enfermedad habría sido decreciente, puesto que entre los años 2019 y 2023 hubo un descenso total de la incidencia de infección por esta bacteria desde 0.80 por cada 100 en 2020 a 0.64 en 2023 (descendió un 20% en esos 5 años). (UK Health Security Agency, 2024).

En nuestro país nos encontramos con el obstáculo de que no existe una fuente de datos pública, periódica y homogénea como la del UKHSA para obtener este tipo de información. Sin embargo, podemos hacernos una idea de la evolución de los casos de esta infección gracias a estudios como el de “The Spanish National Network “Grupo Castrillo”: 22 Years of Nationwide Neonatal infection Surveillance”. En él, se evidencia que la incidencia de infecciones por SGB decreció también de 1.25 a 0.21



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

casos por cada 1000, un 83,2% en los años estudiados (1996 a 2018). (Fernández Colomer & et al., 2020), (UK Health Security Agency, 2024)

Para poder comparar ambos datos, habría que analizarlo desde el punto de vista de una “tasa anual promedio de descenso” estimada. Si hacemos una aproximación proporcional, el descenso anual de cada país sería, al año, de un 7.8% en España y un 7.2% en Inglaterra, lo cual tiene una magnitud bastante similar pese a llevar a cabo dos modelos distintos.

Según la comparación mencionada de ambas evoluciones se puede ver que las dos tasas de descenso anuales son similares. Consiguen el mismo porcentaje de descenso anual de casos tratando con IAP a menos mujeres, seleccionando sólo a aquellas que presentan factores de riesgo para que su bebé contraiga la enfermedad, en vez de dárselo a todas las mujeres con estatus de portadora. ¿Sería entonces necesario, de acuerdo con la coste-efectividad y al balance beneficio-riesgo de la intervención, considerar más seriamente aplicar algunos aspectos de este modelo?. Optimizar la antibioterapia en el parto significa, no únicamente un menor gasto del sistema sanitario al aplicar menos recursos para obtener el mismo resultado, sino que además reduciría el riesgo de provocar aquellos eventos o efectos no deseados derivados de esta intervención.

Aún con esto, existen documentos y guías Guía como la de las Asociación de Matronas de Ontario o el Colegio Americano de Ginecología que hacen un análisis del contexto que rodea al SGB en su entorno y que, al comparar las distintas estrategias, concluyen en que, tras el consenso entre sus expertos, recomiendan el cribado universal. (Warren et al., 2022).

Limitaciones. Posibilidades futuras.

Una de las mayores limitaciones de esta revisión es la escasez de datos estadísticos publicados oficialmente a nivel español sobre este tema, lo que hace



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

más difícil la extracción de información y el establecimiento de conclusiones. Otra barrera encontrada es la inexistencia de consenso, tanto por parte de la comunidad científica que investiga como por parte de las asociaciones relevantes en obstetricia, o en neonatología. Esto podría deberse a la escasez de publicaciones de alta calidad y rigor científico, y a la presencia de sesgos en estas.

Por ende, se necesitaría mayor investigación sobre ciertos aspectos, como son: un método de cribado con mayor capacidad de detectar a las portadoras (sin tantos falsos positivos), maneras más conservadoras de modificar el estatus de portadora (probióticos, por ejemplo), y una combinación de ambos métodos para quizá llegar a una mayor optimización del uso de antibioterapia (Warren et al., 2022).

Con el objetivo de esclarecer aún más la utilidad de los cribados en el momento del parto, se está llevando a cabo un Ensayo Clínico aleatorizado con 32000 mujeres de más de 80 hospitales en Reino Unido, que pretende concluir este 2025 con un protocolo sobre lo que comentamos en esta sesión (Daniels et al., 2025)

Otra opción en el futuro sería implementar un test de cribado rápido a mujeres durante el parto, como propone la NICE con el documento publicado en abril de 2015 en el que, al revisar los estudios y ensayos realizados con este método, los autores concluyeron que era “una herramienta prometedora para mejorar la IAP, además de reducir su uso” (Jones & Bousfield, 2015).

Existen también a día de hoy ensayos en curso que pretenden vislumbrar la coste-efectividad y seguridad de una vacuna que pueda combatir la morbimortalidad neonatal provocada por el estreptococo del grupo B. Es posible que veamos en los próximos años un cambio en la estrategia gracias a esto, como ya ha pasado recientemente con el virus de la bronquiolitis. Los artículos que describen el potencial efecto de esto concluyen que el uso de una vacuna, tanto con un coste “aceptable” como con costes elevados puede resultar coste-efectivo y tener un



Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

impacto relevante en la mortalidad y enfermedad neonatal (Giorgakoudi et al., 2018) (Procter et al., 2023).

Por último, sería necesario también tener más claros los efectos no deseados que estos tratamientos tienen en la madre y el recién nacido, por lo que se hace pertinente realizar más estudios y de mayor rigor científico que traten de establecer relaciones de causalidad entre estas variables. También, dada la creciente preocupación por la resistencias a los fármacos antibióticos quizá sea necesario profundizar y mejorar más las investigaciones a este respecto, puesto que pese a que se dice que el estreptococo del grupo B no suele generar resistencias, otras bacterias presentes en nuestro organismo y en el entorno comunitario y hospitalario sí son susceptibles de ello y por tanto conocer el estado la situación que rodea a las resistencias bacterianas.

Así que, como conclusión, considerando la evidencia actual, puede que existan oportunidades de mejora en este campo, que pasen por una mayor optimización de estas terapias preventivas, y que quizá residan en hacer una estrategia mixta basada en un cribado universal complementado con análisis de factores de riesgo, o en una posible inmunización pasiva mediante administración de una vacuna a la madre gestante. Lo único realmente claro es que se necesita más investigación y establecer un consenso claro de actuaciones recomendadas.



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

BIBLIOGRAFÍA

Alós Cortés, J. I., & Andreu Domingo, A. (2012). Prevención de la infección perinatal por Estreptococo del grupo B. Recomendaciones Españolas. Actualización 2012. Documento consenso SEIMC/SEGO/SEN/SEQ/SEMFYC. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.03.013>

American College of Obstetricians & Gynaecologists. (2020). *Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns* (Committee Opinion No. 797).

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/prevention-of-group-b-streptococcal-early-onset-disease-in-newborns#:~:text=Intrapartum%20antibiotic%20prophylaxis%20to%20reduce.in%20the%20fetus%20and%20newborn.>

Cardona Benavides, D. I. (2022, enero 14). *Protocolo asistencial: Estreptococo Grupo B: Profilaxis Infección Neonatal*. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/SGB.pdf

Daniels, J., Gray, J., & Pattison, H. (2010). Intrapartum tests for group B streptococcus: accuracy and acceptability of screening. *BJOG*, 118(2), 257-265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02725.x>

Daniels, J., Walker, K., Bradshaw, L., & Dorling, J. (2025). Routine testing for group B streptococcus in pregnancy: protocol for a UK cluster randomised trial. (GBS3) Obstetrics. *BMJ Open*, 15.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087887>



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

- Fernández Colomer, B. & et al. (2020). The Spanish National Network “Grupo Castrillo”: 22 Years of nationwide Neonatal Infection Surveillance. *Epub*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-0040-1714256>
- Gestels, T., & Vandenplas, Y. (2023). Prenatal and Perinatal Antibiotic Exposure and Long-Term Outcome. Literature review. *Pediatric Gastroenterology, hepatology & nutrition*, 26(3), 135-145. <https://doi.org/https://doi.org/10.5223/pghn.2023.26.3.135>
- Giorgakoudi, K., O’Sullivan, C., & Heath, P. T. (2018). Cost-effectiveness analysis of maternal immunización against group B Streptococcus (GBS) disease: a modeling study. *Vaccine*, 36(46), 7033-7042. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.09.058>
- Hussain, F., & Al-Ibraheemi, Z. (2019). The accuracy of Group Beta Streptococcus Rectovaginal Cultures at 35 to 37 weeks of Gestation in Predicting Colonization Intrapartum. *AJP Reports*, 9(3), 302-309. <https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-0039-1697655>
- Jones, R., & Bousfield, D. (2015). *Xpert GBS test for the intrapartum detection of group B streptococcus* (Medtech innovation briefing No. MIB28). <https://www.nice.org.uk/advice/mib28/chapter/Evidence-review>
- Koebnick, C., & Sidell, M. A. (2024). Intrapartum Antibiotic Exposure for Group B Streptococcus Prevention and Body Mass Index Trajectory in a population-based cohort of California Children. Retrospective Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(4), 938-946. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/cid/ciab053>



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

- Le Doare, K., Heath, P. T., Plumb, J., Owen, N. A., Brokkehurst, P., & Chappell, L. C. (2019). Uncertainties in Screening and Prevention of Group B Streptococcus Disease. *Clinical Infectious Diseases*, 69(4), 720-725. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/cid/ciy1069>
- Madrid, L., Seale, A. C., & Kohli-Lynch, M. (2017). Infant Group B Streptococcal Disease Incidence and Serotype Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clinical Infectious Diseases*, 160-172(2), 160-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/cid/cix656>
- Milton Keynes University Hospital & NHS Foundation Trust. (2024, mayo). *Group B Streptococcal (GBS): Prevention and Management Guideline*. <https://www.mkuh.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/12/Group-B-Strep-prevention-guidelines-Response-660-Attachment-3.pdf>.
- National Health Service, Greater Glasgow and Clyde. (2024, mayo). *Group B Streptococcal Prophylaxis (570). Guideline*. Right Decision Service. <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/maternity-gynaecology-guidelines/maternity/infections/group-b-streptococcal-prophylaxis-570/>
- Panneflek, T. J. R., Hasperhoven, G. F., Chimwaza, Y., Allen, C., & Lavin, T. (2024). Intrapartum Antibiotic Prophylaxis to Prevent Group B Streptococcal Infections in Newborn Infants: Systematic Review and Meta-analysis Comparing Various Strategies. *EClinicalMedicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102748>
- Procter, S. R., Gonçalves, B. P., & Paul, P. (2023). Maternal Immunisation against Group B Streptococcus: A global analysis of health impact and cost-effectiveness. *PLoS Med*, 20(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004068>



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

- Professor Jane Daniels. (2025, agosto). *The clinical and cost-effectiveness of testing for Group B Streptococcus: a cluster randomized trial with economic and acceptability evaluations. (GBS3)* [UK NHS]. National Institute for Health and Care Research (NIHR). <https://fundingawards.nihr.ac.uk/award/17/86/06>
- Seedat, F., & Taylor-Phillips, S. (2016, octubre). *Universal Antenatal Culture-Based Screening for Maternal Group B Streptococcus (GBS)*. Warwick Medical School.
<https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/document/ea3c9de7-dd6c-4ba4-a319-603a3106a084/download>
- Shuckla, A., & Sobel, J. D. (2019). Vulvovaginitis Caused by Candida Species Following Antibiotic Exposure. *Current Infectious Disease Reports*, 21(44).
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11908-019-0700-y#citeas>
- UK Health Security Agency. (2024). *Laboratory Surveillance of Streptococcal Bacteraemia in England: 2023 update* (No. Volume 18 Number 11; Health Protection Report).
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/675983f3ad4694c785b0ed4a/hpr1124-annual-streptococcal-bacteraemia-2023.pdf>
- Villa, L., Fernández-Colomer, B., Fernández, J., Adánez, J., Acebes, C., Junco, M., & Vázquez, F. (2025). Assessing the accuracy of a novel algorithm for Group B Streptococcus detection in pregnant women and its impact on early-onset neonatal group B streptococcal infections. *Clinical Microbiology and Infection*, 31(10), 1679-1683.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.06.026>
- Warren, R., MacDonald, T., & Minichiello, A. (2022, marzo). *Guía de Práctica Clínica de manejo del estreptococo del Grupo B anteparto, intraparto y posparto*. Association of Ontario Midwives.



Servicio de Obstetricia y
Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

<https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2022-05/CPG-Group%20B%20Streptococcus-PUB.pdf>

Zimmerman, P. (2020). Effect of Intrapartum Antibiotics on the Intestinal Microbiota of Infants: a Systematic Review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, 102(2), 201-208. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316659>