

PESQUISA DE ESTREPTOCOCO B HEMOLITICO GRUPO B.-

En los últimos 30 años, el estreptococo beta-hemolítico del grupo B (EGB), o Streptococo agalactiae, se ha convertido en un agente patógeno perinatal. Es la bacteria más comúnmente asociada con meningitis y sepsis neonatal.

El factor causal principal de esta infección es la colonización del tracto genital materno, la cual, según distintos autores, ocurre entre el 10 y 15 % de las embarazadas.

La transmisión vertical se produce en aproximadamente el 40 a 73% de las pacientes con cultivo positivo para el EGB, y a pesar de que sólo el 1 o 2 % de los recién nacidos (RN) colonizados desarrollan una enfermedad grave precoz (sepsis, neumonía, meningitis), la naturaleza potencialmente devastadora de esta afección, es frecuentemente mortal o produce daños neurológicos permanentes.

En el recién nacido la infección puede provocar sepsis (presencia de microorganismos en la sangre y en los tejidos), que puede ser precoz (entre el nacimiento y los siete primeros días de vida), con o sin meningitis o tardía (después de los siete días y hasta los 30 días de vida); síndrome de dificultad respiratoria; artritis y otras patologías asociadas a la sepsis precoz.

El objetivo principal de la detección de madres portadoras es la realización de una adecuada profilaxis antibiótica intraparto, lo que puede evitar la infección por estreptococo beta hemolítico grupo B en el neonato.

El examen para la detección de embarazadas portadoras del estreptococo beta hemolítico grupo B se realiza mediante la extracción de flujo vaginal del introito y de la región anal entre la semana 35 y la semana 37 de gestación.

En base a lo que se expone en los párrafos precedentes, y habiéndome proporcionado más detalles e información de los objetivos del estudio, y el modo de su realización, he expresado mi plena conformidad, por los que los mismos efectivamente fueron llevados a cabo, lo que hago constar mediante la suscripción de este instrumento.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma: Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio: