



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A

INTRODUCCIÓN

El Estreptococo del grupo A (SGA) o Estreptococo pyogenes es una bacteria Gram positiva que se transmite a través de gotas respiratorias o por contacto directo con secreciones, lesiones cutáneas, etc. El reservorio es humano. La transmisión puede ocurrir desde personas portadoras asintomáticas o desde personas enfermas hasta 24 horas después de haberse iniciado el tratamiento antibiótico.

Se considera la causa más común de faringitis bacteriana en niños en edad escolar. La incidencia de faringitis por SGA suele alcanzar su punto máximo durante los meses de invierno y principios de la primavera. Con frecuencia se informan brotes en guarderías y escuelas. La faringitis por SGA se diagnostica fácilmente mediante una prueba de detección rápida de antígenos (Rapid Strep) y/o un cultivo bacteriano, y se trata con antibióticos y medidas higiénicas estándares que ayuda a controlar la transmisión en estos entornos. Más raramente, suele ser responsable de enfermedades invasivas graves como bacteriemia sin foco, neumonía, peritonitis, sepsis, síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE), necrosis de tejidos blandos (incluyendo fascitis necrotizante, miositis o gangrena), meningitis, artritis séptica, infecciones de heridas postquirúrgicas y sepsis puerperal.

El 2 de diciembre de 2022, **Reino Unido (UKSHA)** publicó un informe sobre las infecciones invasivas y no invasivas por SGA en Inglaterra, en el que se muestra un aumento precoz en las notificaciones de escarlatina y consultas al médico de atención primaria durante la temporada actual, comparado con las cinco temporadas anteriores, que incluyen el periodo de pandemia COVID-19, así como un aumento de las notificaciones por parte de los laboratorios de infecciones invasivas por SGA. Los datos presentados podrían implicar un adelanto de la onda epidémica estacional respecto a los 5 años previos. Además, en la semana 48 de la actual temporada (2022-2023) se notificaron 851 infecciones por escarlatina comparado con alrededor de 180 notificaciones para la misma semana en los 5 años previos.

A nivel de la Unión Europea, en la mayoría de los países, las infecciones por SGA no son de notificación obligatoria, exceptuando Austria, Bulgaria, Croacia, Eslovenia, Italia, Lituania, Malta y Suecia, donde es notificable la escarlatina, y en Bélgica, Finlandia, Irlanda, Noruega y Países Bajos donde solo se notifican las enfermedades graves asociadas a SGA como la fascitis necrotizante y síndrome de shock séptico, por lo que la capacidad de evaluar el aumento de la circulación a nivel de la UE/EEE es limitada.

En España, las infecciones por SGA no son enfermedades de declaración obligatoria. No obstante, datos facilitados por la Comunidad Valenciana no muestran un aumento de casos de infección por SGA, ni invasivas ni no invasivas respecto a años anteriores.

Tras la información publicada por Reino Unido, dos Comunidades Autónomas han comunicado 17 casos confirmados de infecciones invasivas por SGA, la mayoría con residencia en La Comunidad de Madrid y un caso en Andalucía, no relacionados entre ellos y con edades comprendidas entre los 10 meses y 12 años, registrándose dos fallecimientos en niños menores de 5 años y uno caso que ha requerido soporte ECMO. Por el momento, no se dispone de suficientes datos para evaluar si este número de casos supone un aumento respecto a lo esperado.

Situación en La Rioja

Se ha revisado la evolución de los últimos años de los casos de infecciones por SGA notificados por el Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro (Tabla 1).

Se observa que el número de aislamientos en el año 2022 es inferior al de los años 2018 y 2019. Los años 2020 y 2021 no se consideran en el análisis por lo que haya podido influir la pandemia COVID-19 en la situación del resto de infecciones.

Tabla 1. Evolución de los aislamientos de *S. pyogenes* (2018-2022)

Año	Nº total de aislamientos	Faríngeos	Otros	Invasivas
2018	43	19	14	10
2019	61	18	35	8
2020	20	1	17	2
2021	9	3	4	2
2022	36	5	26	5

Fuente: Laboratorio de Microbiología HSP

Además, se ha obtenido información de los episodios de escarlatina registrados en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (SELENE-AP), desde el año 2014 (Tabla 2).

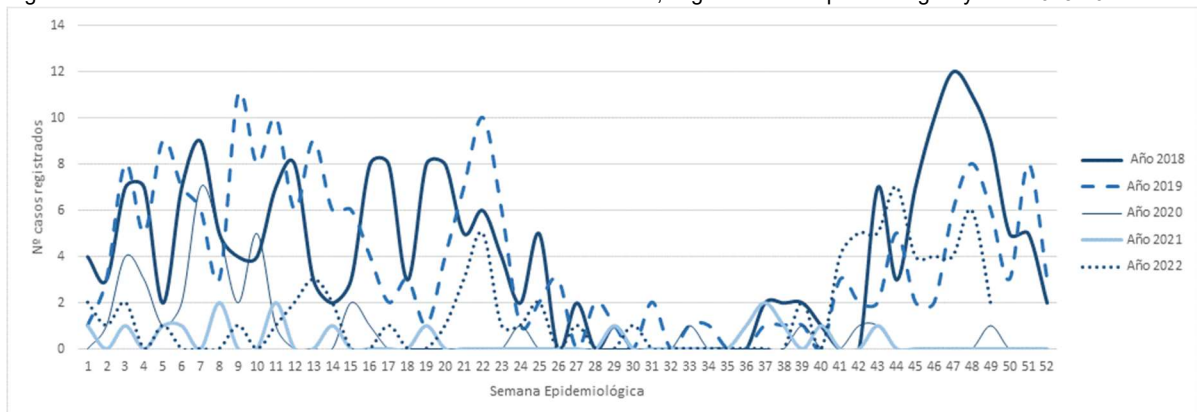
Tabla 2. Evolución número de casos de Escarlatina

Año	Número de casos
2014	7
2015	6
2016	8
2017	53
2018	213
2019	201
2020	40
2021	17
2022	73

Fuente: Registro Episodios Historia Clínica SELENE-AP (CIAP A78)

En la evolución por año (desde 2018) según semana epidemiológica se observa igualmente que, en la temporada actual, los casos de escarlatina son inferiores a los observados en el año 2018 y 2019 (Figura 1).

Figura 1. Evolución de los casos de escarlatina en Atención Primaria, según semana epidemiológica y año. 2018-2022



En cuanto al número de casos e incidencia (casos por 100.000 habitantes) según grupos de edad, se observa que durante el año 2022 la edad en la que se diagnostican el mayor número de episodios de escarlatina ha disminuido en comparación con los años 2018 y 2019, siendo en 2022 el grupo con

mayor número de casos el de 0-4 años frente al grupo de 5-9 años durante 2018 y 2019 (Figura 2 y Figura 3).

Figura 2. Distribución de casos por grupos de edad y año.

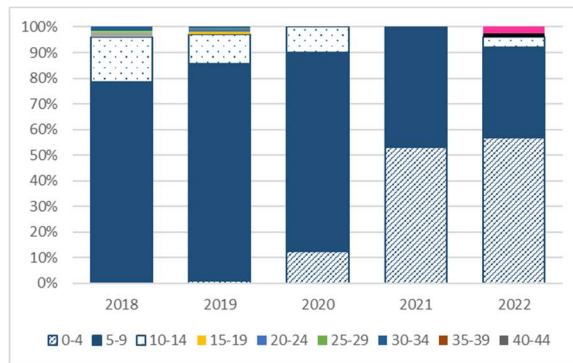
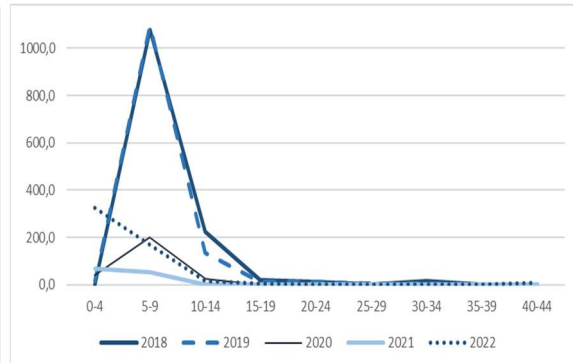


Figura 3. Incidencia (casos/100.000 h) por grupo de edad y año



La enfermedad invasiva por Streptococco del grupo A no es una Enfermedad de declaración obligatoria actualmente. Sin embargo, con el objetivo de realizar un seguimiento estrecho de la situación epidemiológica en la Comunidad Autónoma de La Rioja, se establece la vigilancia de los casos de enfermedad invasiva.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A

1. DEFINICIÓN DE CASO

La enfermedad invasiva por SGA se define como la infección asociada con el aislamiento de SGA en un sitio normalmente estéril: sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, líquido peritoneal, muestra de tejido profundo tomada durante cirugía o biopsia (por ejemplo, músculo recogido durante desbridamiento en una fascitis necrotizante), hueso o líquido articular.

1.1 Caso confirmado

Cumple el criterio de laboratorio: aislamiento de SGA en un sitio normalmente estéril, con o sin evidencia de enfermedad clínica invasiva.

1.2 Caso probable

- Caso que presenta clínica de enfermedad invasiva en ausencia de otra etiología, y con aislamiento de SGA en un sitio no estéril (piel, vías respiratorias...).

- Caso con vínculo epidemiológico, que se produce en el entorno de otro caso, y que presente signos compatibles con una infección invasiva en ausencia de aislamiento microbiológico, y sin que se haya encontrado otra causa compatible.

2. VIGILANCIA

Ante la aparición de un **caso confirmado** de enfermedad invasiva por SGA, **se identificará a los contactos estrechos**, entendiendo como tales a aquellos que:

- Vivan en el domicilio con el caso índice
- Hayan compartido habitación con el caso índice en los 7 días previos al comienzo de síntomas y hasta las 24 horas posteriores al inicio de tratamiento antibiótico efectivo.
- Hayan tenido contacto íntimo directo con las secreciones nasofaríngeas del caso índice en los 7 días previos al comienzo de síntomas y hasta las 24 horas posteriores al inicio de tratamiento antibiótico efectivo. En el caso de personal sanitario, aquellos que hayan realizado maniobras de resucitación boca a boca o intubación endotraqueal sin mascarilla, o hayan tenido contacto directo no protegido con una lesión abierta de piel.

Se realizará **un listado con los contactos estrechos, identificando a aquéllos con algún factor de riesgo a desarrollar enfermedad invasiva por SGA a los que se les ofrecerá quimioprofilaxis**. A el resto se les dará información sobre los signos y síntomas de la enfermedad, y se les aconsejará que acudan al médico inmediatamente si presentan fiebre, dolor de garganta, dolor muscular localizado, o cualquier otra manifestación de infección por SGA, en los 30 días siguientes al diagnóstico del caso índice.

Toda sospecha de SGA invasiva deberá ser comunicada al Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, con toda la información disponible en la encuesta individualizada (Anexo1).

Se recomienda que los aislamientos de SGA que cursen como enfermedad invasiva sean tipados.

3. QUIMIOPROFILAXIS

La quimioprofilaxis de contactos es controvertida, debido a la falta de estudios que demuestren evidencia de la efectividad de esta práctica en la prevención de casos secundarios. Tanto en Europa como en Estados Unidos (CDC), se recomienda en aquellos casos que presenten un factor de riesgo para la enfermedad.

Los factores de riesgo que con más frecuencia se han asociado al desarrollo de la infección son:

- Edad mayor de 65 años
- Infección por el virus varicela-zóster en el plazo de las dos semanas previas
- Infección por VIH
- Lesiones cutáneas extendidas, incluidas quemaduras
- Enfermedades crónicas: diabetes mellitus, cardiopatía, enfermedad pulmonar crónica, hemopatías.
- Cáncer
- Tratamiento con altas dosis de corticoides
- Uso de drogas por vía parenteral
- Inmunosupresión.

En circunstancias epidemiológicas especiales, Salud Pública valorará la extensión de la quimioprofilaxis a colectivos vulnerables.

La quimioprofilaxis no está generalmente recomendada en guarderías y centros de educación infantil, a no ser que sea en situaciones específicas como la ocurrencia de más de un caso en el personal o el alumnado del mismo en el plazo de un mes.

La quimioprofilaxis debería administrarse lo antes posible, y preferiblemente antes de 24 horas después de la identificación del caso, pero se podría administrar hasta siete/diez días después del contacto con el caso infeccioso.

Esquema de profilaxis antibiótica recomendada

En la siguiente tabla, se muestran las pautas antibióticas a administrar como profilaxis, según las diferentes guías consultadas. En el momento de la elección de cada pauta, se tendrán en cuenta las contraindicaciones en función de los antecedentes de alergias/hipersensibilidad, edad, enfermedades y tratamientos concomitantes.

Tabla 3. Profilaxis antibiótica

ANTIBIÓTICO	DOSIS	DURACIÓN
Cefuroxima acetilo Vía oral	Adultos: 500 mg/día en 2 tomas	10 días
	Niños: 30 mg/kg/día en 2 tomas (dosis máxima 500 mg/día)	
Penicilina V+ Rifampicina Vía oral	Adultos: Penicilina V 500 mg/día en 2 tomas+ Rifampicina 20 mg/kg/día en 2 tomas (dosis máxima 600 mg/día)	Penicilina V: 10 días Rifampicina: los 4 últimos días (día 7 a 10)
	Niños: Penicilina V 50.000-100.000 UI/kg/día en 2-3 tomas+ Rifampicina 20 mg/kg/día en 2 tomas (dosis máxima 600 mg/día)	
Azitromicina Vía oral	Adultos: 500 mg/día en una sola toma	3 días
	Niños: 20 mg/kg/día en una sola toma (dosis máxima 500 mg/día)	
Clindamicina Vía oral	Adultos y niños: 20 mg/kg/día en 3 tomas (dosis máxima 900 mg/día)	10 días

4. BROTOS

Consideramos brote a la agrupación de 2 o más casos confirmados de enfermedad invasiva por SGA relacionados en espacio, persona y tiempo. Si son comunitarios se establece un plazo de un mes, y en el caso de instituciones cerradas como residencias de ancianos, el intervalo se puede ampliar varios meses.

Cuando ocurre un brote se valorará la información epidemiológica disponible tanto de los casos confirmados como probables, el serotipado de las cepas, las fechas de inicio de síntomas, los vínculos epidemiológicos entre los casos y la población a riesgo. De acuerdo a dicha información Salud Pública valorará la intervención y la pertinencia de administrar quimioprofilaxis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerie de la Sante et des Solidarites. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la conduite à tenir autour d'un ou de plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infection invasive à *Streptococcus pyogenes*, 18 novembre 2005. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/a_mt_181105_streptococcus.pdf
2. Gobierno vasco. Departamento de salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Enfermedad invasiva por *Estreptococo* del grupo A. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Enfermedad-Invasiva-Estreptococo-Grupo-A_cast.pdf
3. Golden AR, Griffith A, Demczuk WHB, Tyrrell GJ, Kus JV, McGeer A, Domingo M-C, Hoang L, Minion J, Van Caesele P, Smadi H, Haldane D, Zahariadis G, Mead K, Steven L, Strudwick L, Li AY, Mulvey MR, Martin I. Surveillance des maladies invasives à streptocoques du groupe A au Canada, 2020. *Relevé des infections transmissibles au Canada* 2022;48(9):450–8. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i09a05f>
4. CDC. Prevention of invasive group A streptococcal disease among household contacts of case patients and among postpartum and postsurgical patients: recommendations from the centers for disease control and prevention. *Clin Inf Dis.* 2002; 35(15): 950-959. <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/342692>
Health Protection Agency, Group A *Streptococcus* Working Group. Interim UK guidelines for management of close community contacts of invasive group A streptococcal disease. *Commun Dis Public Health* 2004; 7(4): 354-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15786581/>
5. UK Health Security Agency. UK guidelines for the management of contacts of invasive group A streptococcus (iGAS) infection in community settings. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1124985/management-of-contacts-of-invasive-group-a-streptococcus.pdf
6. Situation des infections invasives à streptocoque A en France au 08 décembre 2022. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022:7 p. Disponible à partir de l'URL: <http://www.santepubliquefrance.fr>
7. Moore DL, Allen UD, Mailman T. La prise en charge et la chimioprophylaxie des infections invasives à streptocoque du groupe A. *Paediatr Child Health.* 2019 May;24(2):129. French. doi: 10.1093/pch/pxz040. Epub 2019 Apr 13. PMID: PMC6462115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6462115/pdf/pxz040.pdf>

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR
STREPTOCOCCO DEL GRUPO A**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: Teléfono:

Municipio residencia: Provincia residencia:

Comunidad Autónoma de residencia: País residencia:

Fecha de Nacimiento: / / Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

País de nacimiento: Año de llegada a España:

(País en el que ha nacido o del que procede)

Ocupación Centro de Estudio (aula)/ Trabajo

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso¹: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (marcar hasta 3 de las siguientes opciones):

- Sepsis Epiglotitis Neumonía
 Artritis Osteomielitis Pericarditis
 Celulitis Otra

Hospitalizado²: Sí No

Defunción: Sí No Fecha / /

OBSERVACIONES ³

¹ Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.)

² Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

³ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta