

CLÚSTER DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN UN CENTRO RESIDENCIAL DE MAYORES. GRANADA, 2024-2025

INTRODUCCIÓN

La **Enfermedad Invasiva por Estreptococo del Grupo A (EIGA)**, causada por la bacteria *Streptococcus pyogenes*, es una patología de vigilancia prioritaria en Andalucía debido a su potencial gravedad.

A raíz del incremento de casos detectado a nivel europeo en 2022, la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía reforzó el seguimiento de esta bacteria mediante:

La declaración y notificación de los casos probables o confirmados de la enfermedad invasiva por Estreptococo del Grupo A a través del sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía (SVEA) para permitir una respuesta rápida de salud pública.

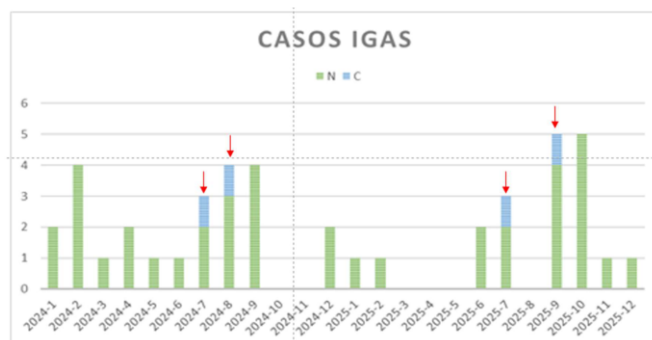
Aunque afecta a todas las edades, se ha observado un repunte específico en la población pediátrica, manifestándose frecuentemente como neumonías, sepsis o infecciones de tejidos blandos. En personas de edad avanzada es una infección poco frecuente pero las comorbilidades y la elevada gravedad de la clínica avalan la pertinencia del estudio epidemiológico.

Tabla 1. Casos de Enfermedad Invasiva por Estreptococo Pyogenes en el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano en el periodo 2024-2025

Grupo edad	Casos
15	8
15-44	11
45-60	11
>60	9

En septiembre de 2025 se notificó un caso de (EIGA) en un institucionalizado en una Residencia de Mayores ubicada en el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. La revisión retrospectiva de casos declarados desde enero de 2024 identificó otros tres casos vinculados al mismo centro, lo que motivó la apertura de esta investigación epidemiológica.

Figura 1. Casos de Enfermedad Invasiva por Estreptococo Pyogenes en el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Evolución temporal 2024-2025.



DESCRIPCIÓN DEL CLÚSTER

Entre enero de 2024 y septiembre de 2025 se confirmaron cuatro casos de (EIGA) en residentes del mismo centro (dos en 2024 y dos en 2025). Todos ellos de Edad avanzada (65–97 años), alta dependencia funcional, con puerta de entrada de la infección cutánea (úlceras por presión, lesiones traumáticas o dermatosis) y en los cuatro casos evolución a sepsis con resultado de defunción.

Durante su estancia en el hospital, no se realizó tipificación molecular de las cepas, lo que impidió establecer relación microbiológica entre los casos.

La distribución temporal fue amplia, con agregación de los casos de dos en dos con un intervalo entre ellos de poco más de un mes.

El centro cuenta con 104 residentes, de los cuales el 71,2% presenta dependencia moderada, grave o total lo que implica mayores requerimientos de atención asistencial. Dicha atención asistencial se organiza según grado de dependencia.

OBJETIVO

El objetivo principal de la intervención fue evitar la aparición de nuevos casos de infección mediante la eliminación de portadores, e identificarlos de forma precoz si los hubiera.

MÉTODOS

Se implementó una estrategia con dos líneas, Estudio de portadores (en residentes y en trabajadores) y Vigilancia activa de infecciones (también en residentes y trabajadores).

1. Estudio de portadores

Cribado microbiológico mediante cultivo de exudado faríngeo, de heridas y de ostomías (según indicación) en:

- 57 trabajadores.
- 104 residentes.

La información, captación, realización de las pruebas y coordinación del estudio en los trabajadores se realizó a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

En los residentes se realizó a través del médico y enfermera de atención primaria del consultorio local.

Se informó a residentes y familiares solicitando consentimiento.

2. Vigilancia activa de infección

Periodo: 1 de octubre–31 de diciembre de 2025 (91 días).

Se incluyeron residentes y trabajadores con clínica compatible con infección durante el periodo establecido de vigilancia. En todos los casos se realizó estudio microbiológico.

RESULTADOS

Estudio de portadores en trabajadores

Se solicitaron 59 cultivos de exudado faríngeo:

- 6 muestras no se recibieron,
- se detectó 1 colonización faríngea por *S. pyogenes* (auxiliar con 3 años y 8 meses de antigüedad).
- El resto de los cultivos fueron negativos.

La trabajadora colonizada recibió tratamiento antibiótico con negativización posterior.

Estudio de portadores en residentes

A los 104 residentes se les solicitó cultivo de exudado faríngeo a 98 de los residentes (en 2 no se realizaron), de heridas a 5 y de ostomía a 1 residente, según indicación:

- No se aisló *S. pyogenes*.
- Se identificaron 4 cultivos de herida positivos para SARM, interpretados como colonización, sin evidencia de brote clínico asociado.

Vigilancia activa de infección en trabajadores

Los tres trabajadores con síntomas de infección presentaron resultados microbiológicos negativos.

Vigilancia activa de infección en los residentes

- 34 residentes presentaron signos o síntomas compatibles con infección activa. Mayoritariamente infecciones urinarias (57%), apareciendo también infecciones cutáneas (21%) y respiratorias (18%), entre otras.
- Incidencia acumulada: 27,9%.

No se identificó *Streptococcus pyogenes* en ninguno de los cultivos realizados durante la vigilancia activa.

No se observó patrón de agregación temporal o espacial.

DISCUSIÓN

La identificación de cuatro casos de (EIGA) en un mismo centro residencial de mayores, en un periodo de dos años constituye un evento infrecuente y de especial relevancia por su gravedad y letalidad.

Existen factores comunes que podrían haber favorecido la aparición de casos:

- Presencia de lesiones cutáneas crónicas.
- Alta dependencia funcional y necesidad de cuidados estrechos.
- Manipulación frecuente de heridas.

La detección de una trabajadora portadora podría sugerir posible papel en la transmisión; sin embargo:

- La distribución temporal no apoya transmisión sostenida.
- La colonización faríngea puede ser transitoria.
- No se dispone de tipificación molecular para establecer relación clonal.

La ausencia de nuevos casos tras la intervención y durante la vigilancia activa sugiere que no existía transmisión activa en el momento de la intervención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se confirmaron cuatro casos de (EIGA) en residentes del mismo centro entre 2024 y 2025, todos con puerta de entrada cutánea y elevada dependencia funcional.

- No se evidenció transmisión activa tras el estudio de portadores y la vigilancia implementada.
- La falta de tipificación molecular limita la interpretación epidemiológica del clúster.

Se recomienda:

- Reforzar la formación práctica en higiene de manos y manejo de heridas.
- Implementar auditorías periódicas de adherencia a los protocolos de cuidados y precauciones estándar y ampliadas.
- Incorporación de los formularios de observación directa para favorecer la adherencia a dichas medidas de prevención estándar.

- Establecer protocolo específico de actuación ante la detección de 2 o más casos de (EIGA) en centros residenciales.
- Asegurar la tipificación molecular sistemática de cepas invasivas para facilitar futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. O Luiz FB, Alves KB, Barros RR. Prevalence and long-term persistence of betahaemolytic streptococci throat carriage among children and young adults. *J Med Microbiol.* 2019 Oct;68(10):1526-1533. doi: 10.1099/jmm.0.001054. Epub 2019 Aug 16. PMID: 31418669.
2. Martin J. The Streptococcus pyogenes Carrier State. 2016 Jul 25. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations [Internet]. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374206/>
3. UK Health Security Agency. Invasive group A streptococcal disease: Managing community contacts. Consultado el 20/11/2025. <https://www.gov.uk/government/publications/invasive-group-a-streptococcal-diseasemanaging-community-contacts>
4. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria de La Rioja. Protocolo de vigilancia de enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes. 2023. <https://www.riojasalud.es/files/content/salud-publicaconsumo/epidemiologia/alertas/estreptococo/protocolo.pdf>
5. Instituto de Salud Pública del Gobierno Vasco. (2018). Protocolo de vigilancia de enfermedad invasiva por

estreptococo del grupo A. Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Enfermedad-Invasiva-Estreptococo-Grupo-A_cast.pdf

6. Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Saarland, Germany: The Long-Term Care Facility Study. *PloS One.* 2016. Nillius D, von Müller L, Wagenpfeil S, Klein R, Herrmann M.
7. Epidemiology of Staphylococcus Aureus Colonization in Nursing Home Residents. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2008. Mody L, Kauffman CA, Donabedian S, Zervos M, Bradley SF.
8. Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus: Site of Acquisition and Strain Variation in High-Risk Nursing Home Residents With Indwelling Devices. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* 2014. Gibson KE, McNamara SE, Cassone M, et al.
9. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). El control de la infección en residencias de ancianos: documento de reflexión. <https://www.segg.es/media/descargas/El-control-de-la-infeccion-en-residencias-deancianos-Un-documento-de-reflexion.pdf>

AUTORÍA

Pilar Rodríguez Espinosa. Begoña López Hernández.

Epidemiología. Distrito Sanitario Granada Metropolitano.

Enlaces de interés

Vacunas

- **Coberturas de vacunación de Andalucía**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>

- **Coberturas de gripe, por distritos, provincias, edades**; en la web del IECA:

<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=70357>

- **Virus del Papiloma Humano**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>

- **#ZeroMeningitis**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/campanas/meningitis/>

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda

<https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

Viruela de los monos

<https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/home.htm>

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 09/2026 y acumulado desde semana 01/2026.
Datos provisionales.

	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
EDO	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	2025*	2026
Enf Meningoc.	0	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	4	0	3	14	14
Enf. Neumo. Inv.	2	7	2	18	0	11	1	18	1	6	0	5	1	27	4	48	172	140
Fiebre Q	0	0	1	5	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	21	8
Hepatitis A	0	3	0	12	0	1	0	5	0	10	0	3	1	13	0	7	55	54
Hepatitis B	0	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	0	1	18	10
Hepatitis C	0	2	0	11	0	2	1	5	0	1	1	3	1	21	0	7	70	52
Infec. Gonoc.	1	33	13	108	2	31	9	92	1	20	0	3	15	144	26	291	889	722
Legionelosis	0	1	0	1	0	2	0	1	0	3	0	3	0	8	0	10	85	29
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	22	7
Paludismo	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	3	0	1	8	9
Parotiditis	0	2	2	14	1	6	0	3	0	5	0	1	0	2	0	9	51	42
Sífilis	3	39	3	59	0	8	6	49	0	13	1	17	9	70	24	142	422	397
Tosferina	0	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	20	10
Tuberculosis	1	19	2	9	0	4	6	18	1	8	1	8	2	21	3	32	124	119

* Casos acumulados en el mismo periodo en 2025.