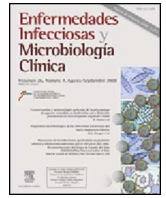




# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



## Cartas científicas

### Abordaje de un brote relacionado con la asistencia sanitaria por el virus respiratorio sincitial en hematología



#### *Approach to a respiratory syncytial virus outbreak related to medical care in hematology*

Sr. Editor:

En las personas inmunocompetentes, la infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) causa una enfermedad respiratoria de sintomatología moderada con tos, rinitis y a veces fiebre. Sin embargo, los pacientes inmunodeprimidos tienen riesgo de sufrir enfermedad grave<sup>1,2</sup>. El periodo de incubación es de 3–5 días, si bien este periodo se extiende significativamente, hasta 3–4 semanas, en estos pacientes<sup>3</sup>. No existe un tratamiento específico para la infección por VRS<sup>2</sup>. En los cuadros graves se utiliza ribavirina aunque no se ha establecido su efectividad<sup>4–6</sup>. No hay vacunas frente al VRS disponibles en la actualidad. El objeto de esta es carta es describir nuestra experiencia en el abordaje de un brote por este germen acontecido en una Unidad de Hematología de adultos con pacientes inmunodeprimidos. La agrupación temporal y espacial de 3 casos de infección por VRS en la planta de hospitalización de Hematología, motivó la declaración del brote de VRS relacionado a la asistencia sanitaria. Tras la vigilancia retrospectiva y prospectiva realizada por la UGC de Medicina Preventiva, el brote finalmente estuvo constituido por 7 enfermos que cumplían la definición de caso:

Paciente ingresado en Hematología que adquirió una infección por el VRS al menos 72 h después de su ingreso y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del mismo. Cinco fueron varones (71,4%) y 2 mujeres, siendo la edad media de 44 años. Según su enfermedad de base, 4 fueron leucemias mieloblásticas (57,1%), 2 linfomas (28,6%) y un sarcoma (14,3%). Dos fueron éxitus, siendo la causa fundamental su enfermedad de base y entre las causas intermedias se encontraron la infección respiratoria por VRS. Las características clínicas de los casos se describen en la [tabla 1](#). El brote de VRS duró 3 meses y se consideró cerrado tras la ausencia de nuevos casos durante un mes de seguimiento completo (periodo máximo de incubación del germen).

La hipótesis más probable del origen del brote fue la transmisión del microorganismo patógeno a través de las manos del personal sanitario que los atendió (transmisión cruzada). Desde el inicio del brote, se adoptaron por parte de Medicina Preventiva las siguientes medidas de control:

- Comunicación a la Delegación de Salud, a la Dirección del Centro y declaración en la Red de Alerta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.
- Constitución de un grupo multidisciplinar para el abordaje del brote formado por Subdirección Médica y servicios implicados (Hematología, Microbiología, Farmacia y Medicina Preventiva).
- Se comprueba que todos los pacientes están en habitaciones independientes y con presión negativa. Así mismo, se recomienda realizar un cumplimiento exhaustivo de las precauciones estándar, junto con las precauciones de transmisión por contacto, con especial énfasis en la higiene de manos mediante lavado y uso de soluciones hidroalcohólicas.
- Realización de una búsqueda retrospectiva de casos. Para ello, se solicitó al Servicio de Microbiología los aislamientos del VRS en Hematología en el mes previo al primer cultivo positivo.
- Vigilancia prospectiva de los pacientes hasta el alta hospitalaria y una búsqueda activa de casos en los enfermos ingresados en Hematología, para ello se alertó a la UGC de Hematología y a la UGC de Microbiología de la comunicación inmediata a la UGC de Medicina Preventiva de nuevos aislamientos por este patógeno.
- Realización de limpieza exhaustiva en cada turno y terminal de la habitación al alta hospitalaria de los casos.
- Restricción del número de visitas diarias e informar a los familiares de las medidas a tomar.
- Dado que el tratamiento con ribavirina puede provocar la aparición de broncoespasmo severo y/o a largo plazo en pacientes inmunodeprimidos, se acordó no administrarlo de forma general. Solo se valoró este tratamiento para aquellos enfermos hematológicos estables que presentasen un cuadro respiratorio compatible con VRS y un resultado positivo en el lavado broncoalveolar. En caso de administrarse, se haría por vía intravenosa.
- Información al personal facultativo y de enfermería que el aislamiento de contacto se finalizaría tras la mejoría clínica del paciente y 2 resultados negativos (antígeno y cultivo) en aspirado nasofaríngeo al VRS.
- Con objeto de prevenir nuevos brotes se propuso realizar, previa epidemia de la infección respiratoria por VRS y de la gripe, charlas informativas al personal para aumentar la adherencia a la vacunación y reforzar el conocimiento de las medidas de prevención de enfermedades transmisibles.

Para concluir, la adopción de las medidas mencionadas fue crucial para la resolución del mismo, así como el esfuerzo conjunto por parte de todos los servicios implicados en la prevención y el control de los brotes relacionados con la asistencia sanitaria.

**Tabla 1**  
Descripción de los casos del brote por VRS

Caso	Sexo Edad Habitación compartida entre casos	Fecha de ingreso	Antecedentes personales	Motivo de ingreso	Fecha de aparición y síntomas respiratorios	Neutropenia	Fecha aspirado nasofaringe positivo VRS	Tratamiento y evolución clínica	Alta hospitalaria
1	Mujer 52 años Sí	13/01/14	LAM	Administración de QT	21/01/2014 Fiebre Tos con expectoración	No	21/01/14	Sintomático Curación	03/02/14
2	Varón 42 años No	04/12/13	Linfoma centrofolicular Alotrasplante	EICH crónica refractaria a tratamiento	23/01/2014 Fiebre Insuficiencia respiratoria	900 cél/ml	07/02/14	Ribavirina vía IV (600 mg/8 h/4 días) Éxito Sintomático Curación	11/02/14
3	Mujer 48 años Sí	13/01/14	LAM	Administración de QT	27/01/2014 Fiebre Insuficiencia respiratoria	< 500 cél/ml	28/01/14	Sintomático Curación	04/02/14
4	Varón 53 años No	02/12/13	LAM Rescate con progenitores de sangre periférica	Administración de QT	31/01/2014 Fiebre Tos con expectoración	No	05/02/14 31/03/14	Éxito	04/04/14
5	Varón 29 años No	13/02/14	LAM Alotrasplante	Administración de QT	23/02/2014 Fiebre Tos con expectoración	No	23/02/14 03/03/14	Sintomático Curación	21/03/14
6	Varón 57 años No	11/12/14 24/03/14	Linfoma no Hodgkin Alotrasplante	Fiebre y diarrea EICH	19/02/2014 Fiebre Infiltrado pulmonar izquierdo	No	21/02/14 21/04/14	Sintomático Curación	18/03/14 09/05/14
7	Varón 27 años No	06/03/14 14/04/14	Sarcoma granulocítico	Administración de QT	19/03/2014 Fiebre Cuadro seudogripal	< 500 cél/ml	21/03/14	Sintomático Curación	03/04/14 21/04/14

EICH: enfermedad injerto contra huésped; LAM: leucemia aguda mieloblástica; QT: quimioterapia; VRS: virus respiratorio sincitial.

## Bibliografía

1. Khanna N, Widmer AF, Decker M, Steffen I, Halter J, Heim D, et al. Respiratory syncytial virus infection in patients with hematological diseases: Single-center study and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 2008;46:402–12.
2. Lehnert N, Schnitzler P, Geis S, Puthenparambil J, Benz MA, Alber B, et al. Risk factors and containment of respiratory syncytial virus outbreak in a hematology and transplant unit. *Bone Marrow Transplant.* 2013;48:1548–53.
3. Kalayoglu Beşik S, Sen F, Midilli K, Yılmaz G, Ozsüt H, Calangu S, et al. Nosocomial respiratory syncytial virus infections in three cases in a bone marrow transplantation unit. *Mikrobiyol Bul.* 2008;42:359–64.
4. McCoy D, Wong E, Kuyumjian AG, Wynd MA, Sebt R, Munk GB. Treatment of respiratory syncytial virus infection in adult patients with hematologic malignancies based on an institution-specific guideline. *Transpl Infect Dis.* 2011;13:117–21.
5. Wade JC. Viral infections in patients with hematological malignancies. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2006:368–74.
6. Abdallah A, Rowland KE, Schepetiuk SK, To LB, Bardy P. An outbreak of respiratory syncytial virus infection in a bone marrow transplant unit: Effect on engraftment

and outcome of pneumonia without specific antiviral treatment. *Bone Marrow Transplant.* 2003;32:195–203.

María José Molina Rueda\*, Elena Jiménez Romano,  
Santiago Leovigildo Domínguez López  
y María Amelia Fernández Sierra

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [mjmrueda@gmail.com](mailto:mjmrueda@gmail.com) (M.J. Molina Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.015>

## Infección de prótesis articular de cadera por *Streptococcus gallolyticus* subsp. *pasteurianus*



### Hip prosthesis infection due to *Streptococcus gallolyticus* subsp. *pasteurianus*

Sr. editor:

En la actualidad, el complejo *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) está compuesto por diferentes especies relacionadas genéticamente. Mediante el empleo de técnicas de biología molecular, y en con-

creto en la secuenciación por el gen *sodA*, se distinguen 5 especies diferentes de origen humano: *Streptococcus gallolyticus* subsp. *gallolyticus*, *Streptococcus gallolyticus* subsp. *macedonicus*, *Streptococcus gallolyticus* subsp. *pasteurianus*, *Streptococcus infantarius* subsp. *infantarius* y *Streptococcus infantarius* subsp. *coli*<sup>1,2</sup>.

Se describen como cocos gram positivos anaerobios facultativos que expresan el antígeno D de Lancefield en su pared celular, son catalasa y oxidasa negativos, crecen en presencia de bilis, hidrolizan la esculina y son incapaces de crecer en medios con un 6,5% de NaCl<sup>1</sup>. Son microorganismos que forman parte de la microbiota intestinal, colonizando el intestino grueso de personas