

MICROBIOTA

Entre viejas infecciones
conocidas y otras
nuevas por conocer

SOCIEDAD DOMINICANA DE INFECTOLOGIA
JUNTA DIRECTIVA 2023 - 2025

DRA. ROSA ABREU
Presidenta

DRA. YORI ROQUE
Vicepresidenta

DRA. JOHANNA ESPIRITU
Secretaria

DRA. VICENTA SANCHEZ
Tesorera

DRA. VIRGEN GOMEZ
Vocal

DR. JOSE DIAZ
Vocal

DRA. CLEVY SANCHEZ
Asesora

FILIAL NORTE

DRA. YORI ROQUE
Coordinadora

DRA. KATHERINE GOMEZ
Secretaria

DRA. CARMEN SARAH MOTA
Tesorera

COMITE DE PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES

DRA. YORI ROQUE - Edición / Redacción
DRA. ELIANET CASTILLO - Redacción
Dr. ABRAHAM ARACENA - Redacción
DRA. HEIDY ADAMES - Redacción

CONTENIDO

Prólogo

1. <i>Revisión de tema:</i> Infecciones intraabdominales: Viejo conocido. Dra. Elianet Castillo.....	2
2. <i>Novedades:</i> Eficacia de la suplementación profiláctica oral y/o vaginal con probióticos en la prevención de infecciones recurrentes del tracto urinario. Dr. Abraham Aracena	4
3. <i>En imágenes:</i> Actividades SDI	5
4. <i>Reporte de caso:</i> Enfermedad de Ritter, una clínica que se suele amalgamar: a propósito de 2 casos clínicos. Dra. Madelin Reynoso Ruiz	6
5. <i>En imágenes:</i> Actividades Filial Norte SDI: Jornada de actualización en vacunación	11
6. <i>Novedades:</i> Pemivibart para la prevención de COVID-19 en pacientes inmunodeprimidos seleccionados. Dr. Abraham Aracena	12
7. <i>En fotografías:</i> Celebración 35 aniversario Sociedad Dominicana de Infectología.....	13
8. <i>Reporte de caso y revisión de tema:</i> Síndrome de Shock Tóxico: a propósito de un posible caso. Dra. Yori Roque, Dr. David de Luna.....	14
9. <i>En fotografías:</i> Actividades y participaciones Filial Norte SDI	18
10. <i>De Interés:</i> Oropouche y Ántrax: alertas para nuestra región	19
11. <i>En imágenes:</i> VII Jornada Nacional de Infectología, Reconocimiento Dra. Virgen Gómez	21

Prólogo

En un momento en que la salud global está en constante evolución, nuestra misión como Sociedad Dominicana de Infectología, sigue siendo proporcionar un foro para el intercambio de conocimientos, descubrimientos y avances que marcan la diferencia en la práctica clínica y en la investigación, por lo que es un honor presentarles este número de nuestra revista MICROBIOTA, espacio dedicado a la exploración y comprensión de los complejos desafíos que enfrenta la infectología en el mundo actual.

En este número, nos complace ofrecer una variedad de artículos que abordan tanto enfermedades infecciosas viejas conocidas, como también emergentes y reemergentes, así como las estrategias para su manejo y prevención. Presentamos además un resumen de algunas de las actividades llevadas a cabo tanto por nuestra sede nacional como nuestra filial norte, comprometidos con fortalecer nuestro campo de acción en todo el país en un momento donde además la educación se hace necesaria.

Nos enfrentamos a un panorama en el que la colaboración interdisciplinaria y la integración de nuevas tecnologías son esenciales para avanzar en el control de las enfermedades infecciosas. La pandemia de COVID-19 ha sido un recordatorio impactante de la rapidez con que los patógenos pueden cambiar el curso de la salud pública, destacando la importancia de la investigación continua y la preparación ante futuras amenazas

Les invitamos a sumergirse en las páginas de este número y a aprovechar la oportunidad de compartir con nuestros expertos y reflexionar sobre los hallazgos mas recientes. Juntos, podemos avanzar en la lucha contra las enfermedades infecciosas y mejorar la salud global para las generaciones futuras.

Agradecemos su continuo apoyo y compromiso con la Infectología. Esperamos que este número les inspire y les ofrezca nuevas perspectivas en su práctica profesional y en su pasión por la ciencia.



Dra. Yori Roque

Internista Infectóloga
Vicepresidenta SDI
Coordinadora filial norte SDI
Coordinadora comité de
publicaciones e investigaciones SDI

INFECCIONES INTRAABDOMINALES: VIEJO CONOCIDO.

Dra. Elianet Castillo

Infectóloga de adultos, miembro del comité de publicaciones e investigaciones SDI

Centro Médico de Diabetes, Obesidad y Especialidades / Centros de Diagnóstico y Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT)

Las infecciones intraabdominales pueden ser de varias formas e incluir una variedad de entidades secundario a enfermedades o traumas a los órganos sólidos o huecos localizados en la cavidad peritoneal o el espacio retroperitoneal. Estas tienen varias clasificaciones:

- Adquirida en la comunidad: aproximadamente un 80% de los casos
- Asociada a la salud: aproximadamente 20% de los casos

Además se subdividen en infecciones de bajo o riesgo de alto riesgo. Se consideran infecciones de alto riesgo aquellos pacientes que tienen alto chance de falla del tratamiento y con potencial de infección severa. Incluye a aquellos con:

- Infecciones anatómicamente no favorables
- Infecciones asociadas a la atención
- Infecciones adquiridas en la comunidad en pacientes adultos mayores, que tienen comorbilidades médicas significativas como inmunocompromiso, peritonitis difusa, retraso o incapacidad para lograr un desbridamiento o drenaje adecuado, viajes recientes a áreas geográficas con altas tasas de organismos resistentes, así como también una historia reciente o extensa de exposición a antibióticos.

Otra clasificación importante es la definición de infección intraabdominal complicada que se ha definido como aquella que se extiende más allá del órgano de origen con peritonitis o absceso asociado, y la no complicada cuando solo involucra inflamación intramural del tracto gastrointestinal o un órgano único.

Con respecto a la evaluación de riesgo, imágenes diagnósticas y evaluación microbiológica de las infecciones intraabdominales complicadas. La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), ha publicado este pasado 13 de junio del 2024 una guía de actualización con respecto a estos temas.

Los puntos claves fueron los siguientes:

1. Con respecto a la estratificación de riesgo.

- Si se va a utilizar un score de riesgo para evaluar la severidad de la enfermedad y la mortalidad a 30 días. Recomiendan que en las primeras 24 horas de hospitalización o admisión a cuidados intensivos, se utilice el APACHE II para la evaluación en los adultos,

2. Con respecto a las imágenes diagnósticas

- Para casos de apendicitis o diverticulitis agudas, la tomografía computarizada es superior a la sonografía abdominal. En el caso de sospechar abscesos intraabdominales la modalidad adecuada es tomografía abdominal con contraste endovenoso.
- Para casos de colecistitis o colangitis agudas, se recomienda realizar sonografía abdominal como prueba de imagen inicial. En caso de que la sonografía abdominal no sea concluyente, entonces la siguiente imagen sería

una tomografía computarizada, subsecuentemente en caso de ser requerido, debería realizarse una resonancia magnética abdominal o colangiografía, o a su vez un scan de ácido iminoacético hepatobiliar.

3. En cuanto a pruebas de laboratorios

- Se recomienda el uso de hemocultivos en el contexto de pacientes con fiebre e hipotensión y/o taquipnea y/o delirio o en el caso de que exista preocupación porque este presente un microorganismo resistente a antibióticos que pudiera orientar en la elección del régimen de tratamiento.
- En cuanto a los cultivos de líquido peritoneal, se recomiendan en infecciones intraabdominales complicadas en quienes se realizará un procedimiento para control de foco, así como en aquellos pacientes con inmunocompromiso. O si al momento de la cirugía, se sospecha o se reconoce que la infección realmente es complicada.
- Para apendicitis no complicada, no se recomiendan cultivos intraabdominales de rutina

En cuanto a la duración del tratamiento, ya es bien conocido el nuevo mantra de “Shorter is better”, o mientras más corto el esquema de antibióticos es mejor. Las infecciones intraabdominales no se quedan exentas, en vista de estudios publicados recientemente que, en pacientes con un adecuado control de foco, una duración de antibióticos de (aproximadamente 4 días) no es inferior a una duración larga de antibiótico (aproximadamente 8 días).

La terapia antibiótica de las infecciones intraabdominales consiste en terapias con cobertura polimicrobiana que se puede lograr con una sola molécula como es el caso de piperacilina-tazobactam o con una combinación de moléculas como la combinación ceftriaxona más metronidazol. Existen casos especiales que requieren coberturas para microorganismos resistentes, enterococos u hongos. Ciertamente el manejo antibiótico requiere de actualización en vista de las nuevas moléculas que han surgido en los últimos años, se espera que la parte II de las guías de la IDSA incluyan estas nuevas moléculas.

Referencias

- Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (Ninth). (2020). . Elsevier. July 1, 2024.
- Sawyer RG, Claridge JA, Nathens AB, Rotstein OD, Duane TM, Evans HL, Cook CH, O'Neill PJ, Mazuski JE et al. STOP-IT Trial Investigators. Trial of short-course antimicrobial therapy for intraabdominal infection. N Engl J Med. 2015 May 21;372(21):1996-2005. doi: 10.1056/NEJMoa1411162.
- IDSA 2024 Guideline Update on the Risk Assessment, Diagnostic Imaging, and Microbiological Evaluation of Complicated Intra-abdominal Infections in Adults, Children, and Pregnant People. Publicada Junio, 2024. Disponible: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/intra-abdominal-infections/>

EFICACIA DE LA SUPLEMENTACION PROFILACTICA ORAL Y/O VAGINAL CON PROBIOTICOS EN LA PREVENCION DE INFECCIONES RECURRENTES DEL TRACTO URINARIO

Dr. Abraham Aracena

Infectólogo de adultos, Centro Médico Siglo XXI

Miembro comité de publicaciones e investigaciones SDI



La resistencia generalizada a los antibióticos ha despertado el interés en la identificación de estrategias no antibióticas, en particular probióticos, para la prevención de infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU). Un estudio doble ciego controlado con placebo inscribió a 174 mujeres premenopáusicas con antecedentes de ITU recurrentes y las asignó al azar a 1 de los 4 grupos de tratamiento: placebo (G1, placebo oral + placebo vaginal), probiótico oral (G2, bacterias de ácido láctico oral y bifidobacterias + placebo vaginal), probiótico vaginal (G3, placebo oral + lactobacilos vaginales) y combinación de probióticos (bacterias ácido lácticas orales y bifidobacterias + lactobacilos vaginales), durante 4 meses. Los participantes fueron

seguidos por ITU sintomáticas durante 1 año. El número medio de recurrencias de ITU sintomática a los 4 meses fue significativamente menor ($p < 0,05$) en el G3 (1,06) y el G4 (1,07) en comparación con el G1 (2,1) y el G2 (1,63). Además, el tiempo transcurrido hasta la primera ITU sintomática (días) fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en el G3 (123,8) y el G4 (141,8) en comparación con el G1 (69,3) y el G2 (71,9). Los suplementos probióticos fueron bien tolerados y no se produjeron eventos adversos graves.

Conclusión: La suplementación profiláctica con probióticos vaginales o en combinación con probióticos orales demostró eficacia en la prevención de episodios sintomáticos recurrentes de ITU

Referencia: *Enfermedades infecciosas clínicas*, volumen 78, número 5, 15 de mayo de 2024, páginas 1154–1161



Actividades SDI



"Impacto de la prevención de infecciones en el control de la resistencia microbiana" - Enero 2024



"Impacto clínico del diagnóstico sindrómico" - Febrero 2024



"Conociendo a nuestros nuevos miembros" - Marzo 2024

ENFERMEDAD DE RITTER, UNA CLINICA QUE SE SUELE AMALGAMAR: A PROPOSITO DE 2 CASOS CLINICOS

Dra. Madelin Reynoso Ruiz

Pediatra Infectóloga, Hospital Robert Reid Cabral

Introducción:

El síndrome de piel escaldada estafilocócica (SPEE) es una condición rara, descrita por primera vez en 1878 por Baron Gottfried Ritter von Rittershain, quien presentó 297 casos en niños en un periodo de 10 años. Se caracteriza por iniciar con síntomas sistémicos como fiebre y malestar general, seguido de una erupción eritematosa generalizada y aparición de ampollas en piel con superficie delgada la cual rompe fácilmente con poca presión (1).

Esta enfermedad tiene características clínicas específicas que la distinguen de otras y es relevante conocerla para poder distinguirlas, pero que en estadios tempranos pueden confundirse con múltiples patologías de piel.

La enfermedad de Ritter o síndrome de piel escaldada es un exantema ocasionado por *Estafilococo aureus* donde clínicamente el paciente inicia con un eritema generalizado que progresa rápidamente a un exantema escalariforme predominando en zonas de flexión o peri-orificios y progresa a la formación de ampollas, y/o exfoliación. (2)

La etapa eritrodérmica, se inicia con eritema alrededor de labios, nariz y superficies de flexión, extendiéndose en pocas horas al resto de la superficie cutánea. La piel se torna eritematosa, caliente y dolorosa, con aspecto de quemadura.

La etapa ampollar, donde la piel muestra apariencia arrugada por la formación de ampollas estériles y flácidas localizadas en el interior de la epidermis superficial con signo de Nikolsky positivo. Después de uno o dos días de iniciado el cuadro se presenta la etapa descamativa de las ampollas, especialmente en los pliegues. El prurito es poco frecuente. (3)

El foco de infección suele no ser aparente, exceptuando los casos de colonización nasofaríngea, que es responsable de más de la mitad de los casos en pediátricos. (3)

Presentación del caso #1:

Paciente masculino de 4 años de edad acude presentando fiebre elevada, termometrada entre 38 y 39 °C, no tratada, sin predominio de horario de 5 días de evolución, acompañada de dolor de garganta de moderada intensidad de igual data, motivos por los cuales acude vía consulta donde en la evaluación física su pediatra le observa inflamación peri amigdalas y considera iniciar manejo con amoxicilina más ácido clavulánico, al persistir la fiebre e iniciar cuadro de exantema de inicio peri nasal, eritematoso y pruriginoso maculo papular, irregular, deciden llevarlo vía emergencia donde es diagnosticado como reacción de hipersensibilidad tipo I y manejado con antialérgicos, con lo que refieren mejoría fugaz para luego extenderse el exantema con zonas ampolladas de contenido claro, que al romperse dejaban otras zonas desnudadas y costrosas, que a la digitopresión se desprenden o Nikolsky positivo, dolorosas y pruriginosas en cara, cuello, tronco y extremidades y posteriormente en todo el cuerpo, inyección de conjuntivas y zonas con secreciones abundantes bilateral. Se decide su ingreso para ser manejado bajo los diagnósticos de eritema multiforme mayor, fiebre escarlata, descartar síndrome de Steven Johnson.

Se interconsulta paciente con el servicio de infectología pediátrica y se evalúa paciente, hipoactivo, febril 39°C, hemodinámicamente estable para edad y sexo, irritable al abordaje, quejumbroso, sospechando por el tipo de exantema principalmente en el síndrome de piel escaldada.

Plan: tomar muestra de cultivo nasofaríngeo en búsqueda de portador nasal de *Estafilococos* Vs *Streptococo pyogenes*, tomar hemogramas, reactantes de fase aguda de la inflamación, electrolitos y ponerle en balance hídrico, vigilar signos vitales estrictos y balance hídrico, agregar posteriormente a su manejo antibioterapia con clindamicina ev, manejo de soporte con antipiréticos y analgésicos de tipo acetaminofén SOS y ketorolaco horario, baños con

alucal para resecar la humedad de la piel, lavar la piel con jabón de clorhexidina y luego hipoalergénico, plan de hidratación de acuerdo a sus requerimientos y reposición de electrolitos con solución mixto 0.33%.

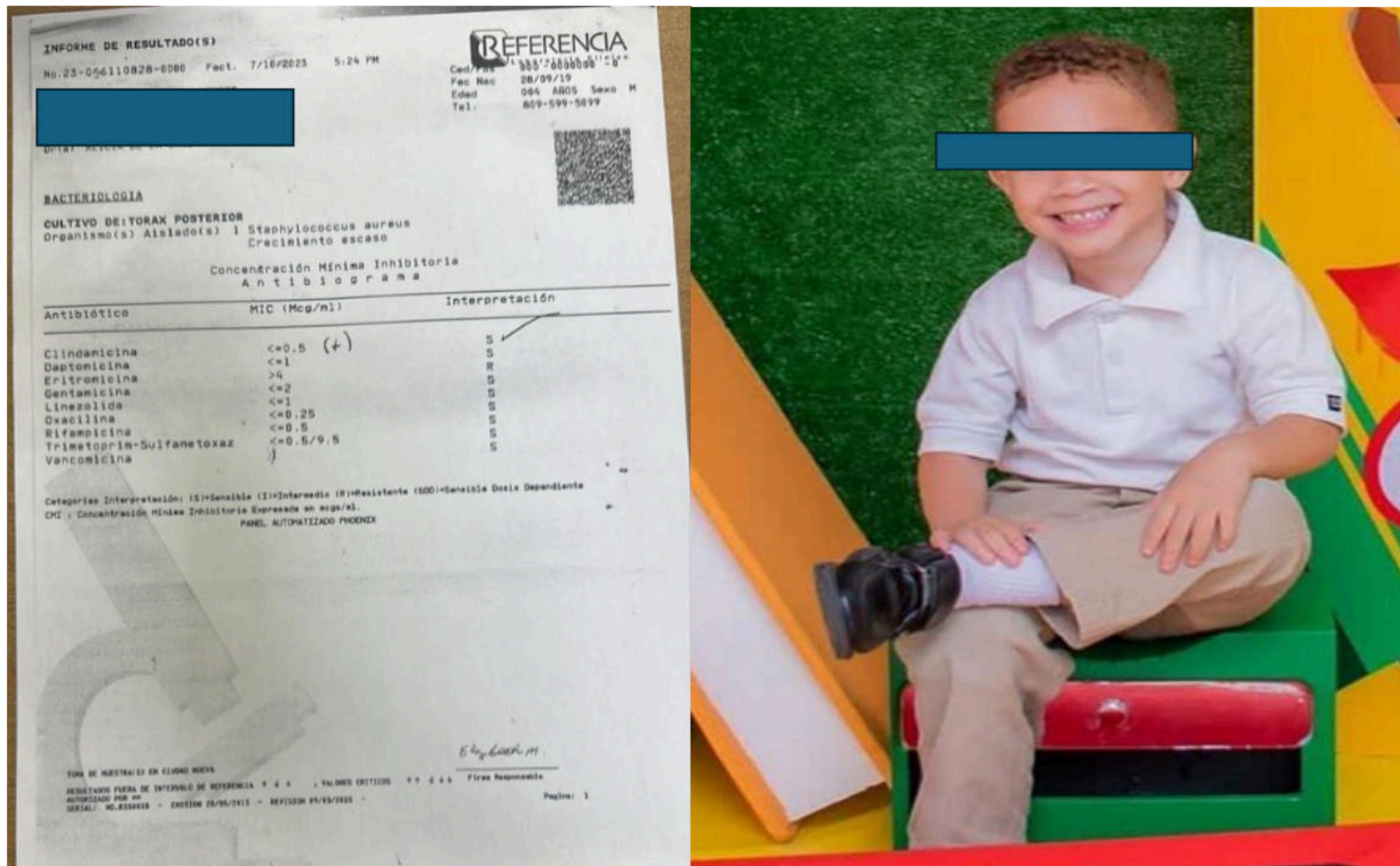
No presenta antecedentes personales de interés, el calendario vacunal se encuentra actualizado y no presenta alergias medicamentosas conocidas. El paciente presenta dermatitis atópica. Tras la realización de las pruebas pertinentes, se confirma un síndrome de escaldadura estafilocócica por *Staphylococcus aureus* positivo en el frotis de las lesiones y cultivo nasofaríngeo. Ingresa en el centro médico privado de la ciudad de Santo Domingo el día 07 de octubre del 2023.

En su 3er día de ingreso es visitado por el servicio de oftalmología quienes consideran que el paciente presenta zonas de hipersebilidad y resequedad, por lo que indican gotas lubricantes oftálmicas, sin daño en retina.

Con la mejoría de las zonas humedad en su piel pasamos de los baños de alucal a jabón de aceite y crema hipoalergénica emoliente. Permanece ingresado hasta el día 13 del mismo mes y año de ingreso.

A continuación, evolución del paciente durante su ingreso (autorizado por sus padres)





Presentación del caso #2:

Paciente de sexo femenino, de 6 meses de vida, con historia de fiebre elevada, termometrada en 39°C, medicada con antipiréticos de tipo acetaminofén al cual no cedía de 4 días de evolución, acompañando a dicho cuadro clínico; inapetencia, descrita como que rechazaba los alimentos, irritabilidad y eritema en cara y tronco de 3 días de evolución, en su segundo día de cuadro clínico acude a un centro de emergencias donde es evaluada y le medican para la fiebre, y le administran un antialérgico no especificado por la madre, posteriormente se envía ambulatorio para ser visto por su médico de cabecera, al día siguiente con mayor extensión del exantema en cara, tronco y genitales, además de mal estado general acude a su consulta pediátrica, es evaluada y deciden ingresarla para descartar enfermedad de Kawasaki, por no contar con espacio físico, es referida a nuestro centro clínico donde al día siguiente martes 11/07/2024 recibimos paciente irritable, febril en 38.5 °C, con exantema generalizado, de inicio en cara y peri nasal, posteriormente se extendió a cuello, tronco y genitales mostrándose descamativa, pruriginosa y dolorosa y luego en todo el cuerpo, con presencia de ampollas que al denudarse dejaban zonas quemadas y con piel desprendidas, motivos por lo que decidimos ingresar como Síndrome de piel escaldada.

Plan: tomar muestra de cultivo nasofaríngeo en búsqueda de portador nasal de *Staphylococcus aureus* Vs *Streptococcus pyogenes*, tomar hemogramas, reactantes de fase aguda de la inflamación, electrolitos y ponerle en balance hídrico, vigilar signos vitales estrictos y balance hídrico, agregar posteriormente a su manejo antibioterapia con clindamicina ev, manejo de soporte con antipiréticos y analgésicos de tipo acetaminofén SOS y ketorolaco horario, baños con alucal para resecar la humedad de la piel, lavar la piel con jabón de clorhexidina y luego con jabón de aceite hipoalergénico, plan de hidratación de acuerdo a 100% del Halliday segar, con bomba de infusión ev y reposición de electrolitos con solución mixto 0.33%.

Sin antecedentes personales patológicos, el calendario vacunal se encuentra actualizado y completo, no presenta alergias medicamentosas conocidas. Tras la realización de las pruebas pertinentes, se confirma un síndrome de escaldadura estafilocócica por *Staphylococcus aureus* positivo en el frotis de las lesiones y cultivo nasofaríngeo. Ingresa en el centro médico privado de Santo Domingo el día 11 de Julio del 2024.

Con la mejoría de las zonas humedad en su piel pasamos de los baños de alucal a jabón de aceite y crema hipoalérgica emoliente, en su 2do día de ingreso cedieron las fiebre y para su 3er día había mejorado la ingesta de alimento. Permanece ingresado hasta el día 16 de Julio del 2024...

A continuación, evolución del paciente durante su ingreso (autorizado por sus padres) y sus cultivos:





INFORME DE RESULTADO(S)
No. 24-011011590-0000 Fact. 11/06/2024 5:30 PM

REFERENCIA
Ced/Pas 000-0000000-0
Fec Nac 26/11/23
Edad 006 MESES Sexo F
Tel. 809-935-3410

BACTERIOLOGIA
CULTIVO NASEOSTREPTOCO.
Organismo(s) Aislado(s) 1 *Staphylococcus aureus*
Crecimiento moderado

Concentración Mínima Inhibitoria
Antibiograma

Antibiótico	MIC (Mcg/ml)	Interpretación
Clindamicina	<=0.5	S
Daptomicina	<=1	S
Eritromicina	>4	R
Gentamicina	<=2	S
Linezolid	<=1	S
Oxacilina	0.5	S
Rifampicina	<=0.5	S
Trimetoprim-Sulfametoxaz	<=0.5/9.5	S
Vancomicina	1	S

Categorías Interpretación: (S)=Sensible (I)=Intermedio (R)=Resistente (SD)=Sensible Dosis Dependiente
MIC : Concentración Mínima Inhibitoria Expresada en mcg/ml.
PANEL AUTOMATIZADO PHOENIX

TOMA DE MOSTRAS EN LA ESPERILLA
INFORME DE RESULTADOS ENTREGADO EN DESE CENTRAL
RESULTADO FUERA DE INTERVALO DE REFERENCIA T 4 A VALORES CRITICOS T T 4 A
AUTORIZADO POR 44
SOPAL - NO. 055812 - EMISSION 28/05/2015 - REVISION 09/05/2015 -

Page: 1

CONCLUSIÓN:

La importancia de presentar estos casos clínicos radica en que, el síndrome de piel escaldada a pesar de ser una enfermedad infrecuente, presenta una clínica característica la cual permite a los pediatras y médicos en general diferenciarlo de otras patologías infecciosas y autoinmunitarias y así ofrecer a los pacientes diagnóstico oportuno y un manejo adecuado y temprano que mejore el pronóstico y evolución de los casos.

Las complicaciones más frecuentes son la deshidratación con las alteraciones electrolíticas asociadas y la sobreinfección de las lesiones cutáneas (celulitis, sepsis, fascitis necrosante). El diagnóstico erróneo o tardío puede acelerar la presentación clínica de gravedad en estos casos, La gravedad de esta enfermedad es muy variable siendo las tasas de mortalidad descritas del 4 al 11%. (3)

El *Staphylococcus aureus*, el cual coloniza fosas nasales u ombligo, produce toxinas exfoliativas (TE) las cuales se pueden absorber y circular por el torrente sanguíneo para inactivar específicamente a proteínas de unión en la piel. (2)

Las curas sin agresión pueden mejorar significativamente el cuadro clínico, mientras que es conveniente cubrir las áreas erosionadas con baños de secantes o alucal con el objetivo de limitar la humedad y la sobre infección. Es imprescindible la elaboración de un plan de cuidados individualizado para poder realizar una evaluación adecuada de nuestras intervenciones, y de esta forma prevenir las complicaciones posteriores, nuestros pacientes evolucionaron de manera satisfactoria y continuaron su manejo y seguimiento por vía ambulatoria después del 6to día de su manejo ingresado.

Bibliografía consultada

1. (Guía de Práctica Clínica GPC, 2022)
2. Hernández-Sarmiento R., Lozano-Jaramillo MI, Álvarez-Olmos MI. Síndrome de piel escaldada estafilocócica en lactante mayor: reporte de caso. *Pediatr.* 2019;521):15-19
3. Staiman A, Hsu D, Silverberg J. Epidemiology of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome in United States Children. *Br J Dermatol.* 2018;178(3):704-8.

La Filial Norte de la Sociedad Dominicana de Infectología se complace en invitar a la

Jornada

**“Actualización en vacunación:
desde el paciente pediátrico hasta
el geriátrico”**

Temas a abordar:

1. Generalidades y Nuevas tecnologías en vacunación
2. Nuevas vacunas
3. Actualización del esquema nacional de vacunación
4. Vacunación del adulto joven y mayor
5. Vacunación del niño prematuro y bajo peso
6. Vacunación en circunstancias especiales: embarazo y catch up
7. Mitos y realidades de la vacunación
8. Abordaje de los grupos antivacunas

Dirigido a:

- Pediatras
- Internistas
- Neumólogos
- Geriatras
- Personal de Vacunación

**Sábado 24 de Febrero, 2024
8 am a 2 pm
Hotel Century Plaza, Stgo.**

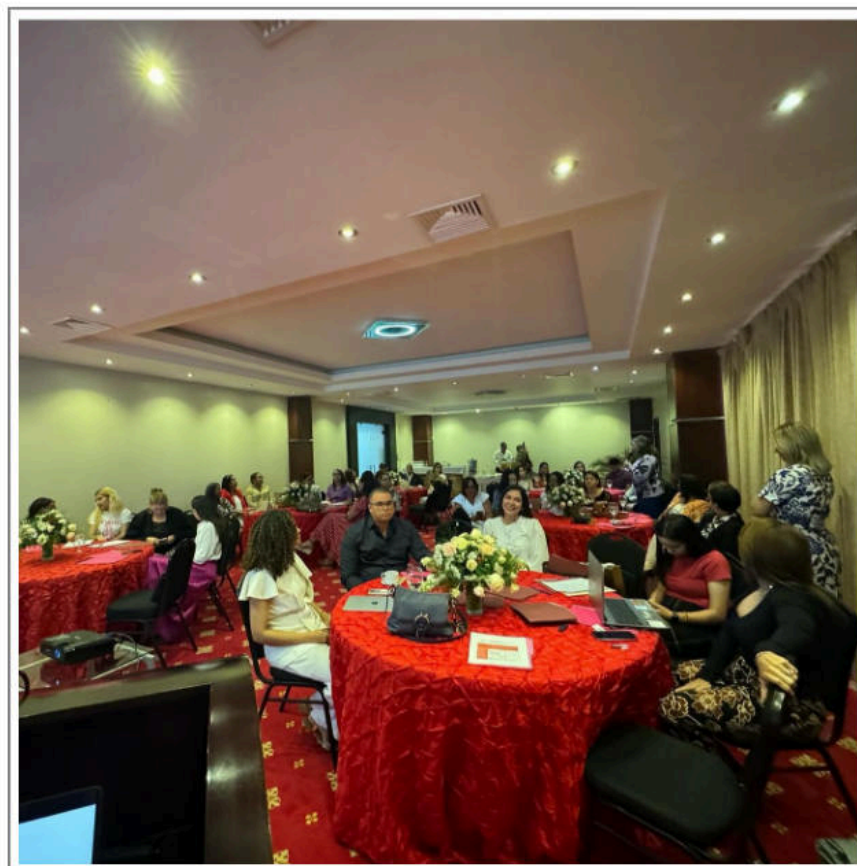


Cupo limitado. Favor confirmar asistencia



SDI - filial NORTE

**Jornada actualización en
vacunación - Febrero 2024**



PEMIVIBART PARA LA PREVENCIÓN DE COVID-19 EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS SELECCIONADOS

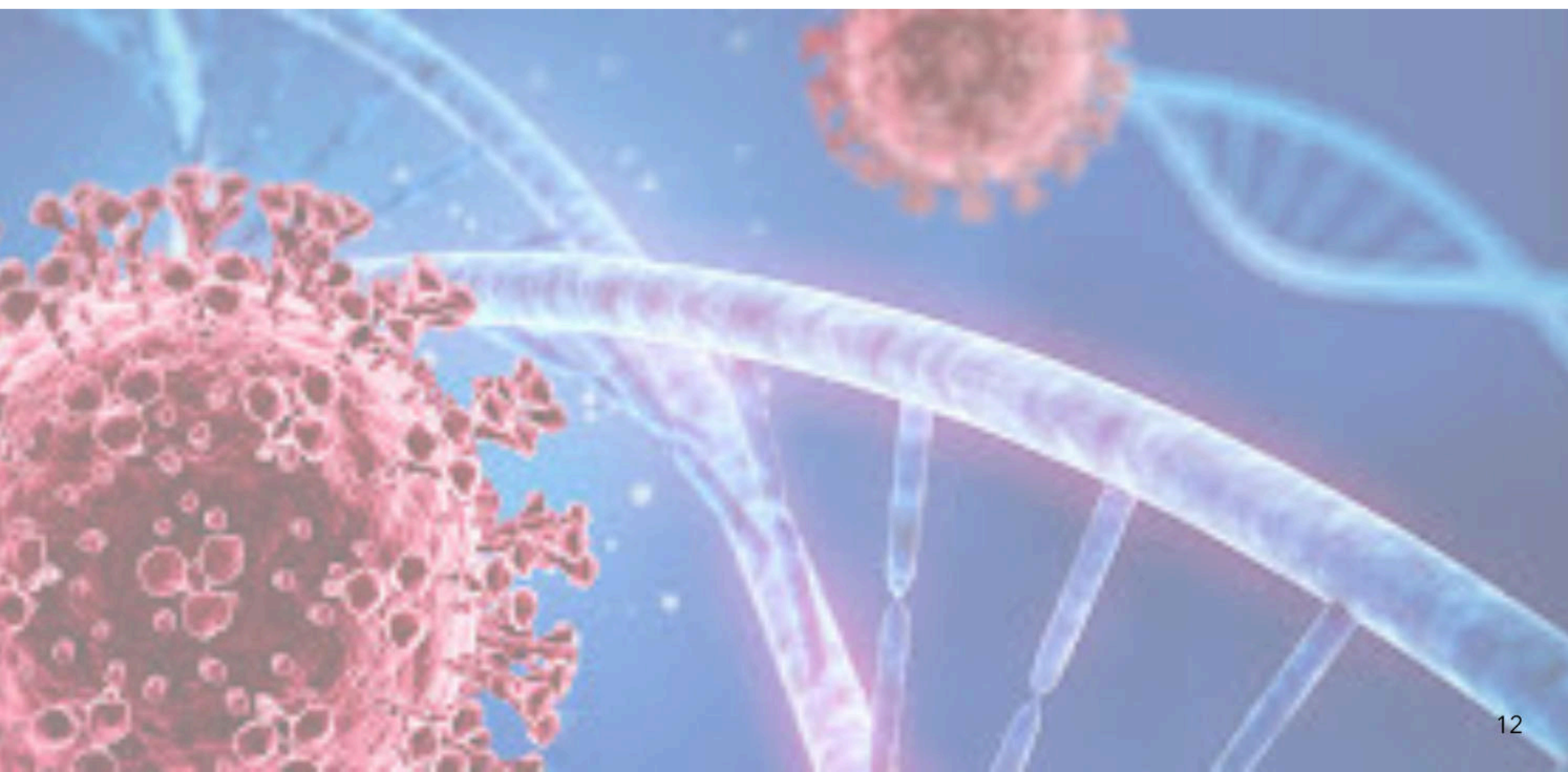
Dr. Abraham Aracena

Infectólogo de adultos, Centro Médico Siglo XXI

Miembro comité de publicaciones e investigaciones SDI

Los anticuerpos monoclonales se han utilizado como profilaxis preexposición complementaria para reducir el riesgo de COVID-19 en personas que se espera que tengan una respuesta subóptima a la vacunación, aunque la aparición de variantes que escapan a la neutralización limita su utilidad. En marzo de 2024 en los Estados Unidos, el nuevo anticuerpo monoclonal pemivibart recibió autorización de uso de emergencia para prevenir COVID-19 en personas de 12 años o más (que pesen al menos 40 kg) que tengan afecciones inmunodeprimidas de moderadas a graves que se espera que tengan una respuesta inmune subóptima a la vacunación (p. ej., aquellos con cáncer hematológico activo, trasplante reciente de células madre o antecedentes de trasplante de órganos sólidos). Pemivibart tiene actividad neutralizante contra JN.1, el sublinaje ómicron que ha sido dominante en los Estados Unidos desde principios de 2024. Se administra en forma de infusión intravenosa de 4500 mg una vez cada tres meses y debe administrarse en un entorno donde el personal de atención médica pueda evaluar y controlar la anafilaxia, un efecto adverso poco común. Entre las personas con antecedentes recientes de vacunación contra la COVID-19, se debe administrar pemivibart al menos dos semanas después de recibir la vacuna. Los datos sobre los resultados clínicos con pemivibart están pendientes y el beneficio clínico es incierto. La autorización se basó en datos que demostraban niveles de anticuerpos y títulos neutralizantes contra JN.1 después de la administración de pemivibart en pacientes inmunodeprimidos que eran similares a los niveles alcanzados con otros anticuerpos monoclonales que eran eficaces contra otras variantes del SARS-CoV-2.

Fuente revisada: Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Resumen de la FDA: 22 de marzo de 2024. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-roundup-march-22-2024>



Celebración 35 aniversario Sociedad Dominicana de Infectología - Abril 2024



SINDROME DE SHOCK TOXICO: A PROPOSITO DE UN POSIBLE CASO

Dra. Yori Roque¹, Dr. David de Luna²

Infectoteam

1.Vicepresidenta SDI, Coordinadora Filial Norte SDI, Coordinadora comité de publicaciones e investigaciones SDI,

2.Coordinador servicio de infectología Hospital Metropolitano de Santiago, HOMS

El Síndrome de Shock Tóxico (SST) es una condición poco común pero potencialmente mortal que puede afectar a personas de todas las edades. A menudo asociado con el uso de tampones menstruales, el SST también puede ser causado por infecciones bacterianas relacionadas con heridas quirúrgicas, quemaduras, o el uso de dispositivos médicos como diafragmas y apósitos. Aunque raro, este síndrome sigue siendo una preocupación seria debido a su rápida progresión y la gravedad de sus efectos.

Resumen del caso:

Se trata de paciente femenina de 35 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, admitida por departamento de neurología con cuadro de cefalea en estudio interconsultada al departamento de infectología tras 8 días de admisión por inicio repentino dolor en hipogastrio acompañado de fiebres, escalofríos y palidez marcada por lo que se trasladó a la unidad de cuidados intensivos. Se había realizado una punción lumbar, y el estudio de dicho líquido cefalorraquídeo había detectado un Rinovirus. Tras evaluación y ya solicitados hemocultivos y otras analíticas de lugar, se inicia manejo por probable foco abdominal aunque no del todo claro, con Vancomicina y Piperacilina/tazobactam con una procalcitonina en 21.2 (luego de haber estado negativa). En las siguientes 24 horas, paciente se torna inestable, por lo que es necesario la ventilación mecánica así como el uso de aminos vasoactivos, procalcitonina se reportó entonces en 153. Al evaluarla de nuevo, se evidencia flujo transvaginal mal oliente, abundante, por lo que se solicita cultivo transvaginal ante la sospecha de SST y se aumenta cobertura a Gram negativos con carbapenémico además de equinocandina ante posible infección vaginal mixta atendiendo a las características del flujo vaginal, rotando además la vancomicina a linezolid. En estas mismas 24 horas, paciente presenta trombocitopenia por consumo, datos de falla renal y hepática con prolongación del Tp y el dímero D, lo que se considera como probable coagulopatía de consumo. Es sometida a terapia dialítica continua y se continúa antibioterapia y demás manejo de soporte. En esas primeras 24 horas, la paciente comenzó a presentar datos de isquemia en las extremidades, lo cual fue progresando a pesar de manejo instaurado (ver fotografías). Cultivo de secreciones vaginales reportó aislamiento de *Candida albicans*. Hemocultivo *Klebsiella oxytoca* BLEE (+). Se continuó antibioterapia guiada con la disminución de la procalcitonina y el estado general, hasta ser suspendidos luego de su estabilización. Se realiza traqueostomía. Presentó neumonía asociada al ventilador por lo que se inicia nuevo esquema de antibióticos a base de cefalosporina avanzada + inhibidor de betalactamasa. Durante los siguientes días, fue evolucionando de manera favorable, llegando a ser extubada. Luego de aproximadamente 45 días de admisión y haber tolerado por varios días solo en oxígeno terapia mediante mascarilla de reservorio, presenta de nuevo de manera súbita deterioro de su patrón respiratorio, siendo nuevamente colocada en ventilación mecánica. Durante esa noche presenta disminución de niveles tensionales sin respuesta a aminos vasoactivos a altas dosis. Hace parada cardíaca sin respuesta a maniobras avanzadas de resucitación. Es declarada fallecida esa misma madrugada.

Revisión del tema y discusión:

El SST está principalmente vinculado a la bacteria *Staphylococcus aureus*, específicamente a la cepa productora de toxinas conocida como *S. aureus* TSST-1. Esta toxina puede desencadenar una respuesta inmune masiva en el cuerpo, llevando a una serie de síntomas graves como fiebre alta, hipotensión, erupción cutánea característica similar a una quemadura solar, y fallo multiorgánico. Ocasionalmente, también puede ser causado por *Streptococcus pyogenes*.



BACTERIOLOGIA

CULTIVO DE: SEC. VAGINAL.

Preparacion Humeda	Resultado
Epitelios	Moderados
Leucocitos	2 - 4/C
Hemates	0 - 1/C
Bacterias	Moderadas
Levaduras	Moderadas
Tricomonas Vaginitis	Ausentes
Celulas Guia	NO SE OBSERVAN

Organismo(s) Aislado(s) 1 Candida albicans
Crecimiento moderado

Concentración Mínima Inhibitoria Antibiograma

Antibiótico	MIC (Mcg/ml)	Interpretación
Anfotericina B	1	S
Fluconazol	<=0,5	S
Voriconazol	<=0,12	S

Categorías Interpretación: (S)=Sensible (I)=Intermedio (R)=Resistente (SDO)=Sensible Dosis Dependiente
CMI : Concentración Mínima Inhibitoria Expresada en mcg/ml.

TARJETA AUTOMATIZADO VITEK

Antibioterapia:

Nombre del test	Final	Nº aisl.	Resultado	Fecha/Hora de resultado
* NMIC/ID-406 Hemacultivo	☒	1	Completo	05/28/2024 09:25:34a. m.
Nombre del organismo			Comentarios	Clasificación
#1 KLEOXY			Conteo de colonias 1,000,000 bacterias K.	Significativo/Desconocido
Notas taxonómicas				
1			Previamente conocido como: "Aerobacter oxytocum", "Bacillus oxytocum", "Klebsiella pneumoniae biogrupo indol +" Se encuentra en el medio ambiente, alimentos y heces de animales y humanos. Aislado de las vías respiratorias, orina heridas y sangre en humanos.	

Antibiótico	KLEOXY	
	CMi/Conc	SIR
Amikacina	<=8	S
Ampicilina	>16	R
Ampicilina-Sulbactam	>16/8	R
Cefazolina	16	R
Cefepima	<=4	S
Cefoxitina	>4	R
Ceftriaxona	0.5	I
Ciprofloxacino	<=0.25	S
Ertapenem	<=2	S
Gentamicina	<=0.25	S
Imipenem	<=1	X
Levofloxacino	<=0.5	S
Meropenem	<=0.5	S

Factores de Riesgo y Síntomas:

Aunque el uso de tampones durante la menstruación es uno de los factores de riesgo más conocidos, actualmente ha disminuido su incidencia por esta causa debido a que se ha regulado la producción de los tampones súper absorbentes, que eran los mas asociados. Cualquier herida o intervención quirúrgica que facilite la entrada de bacterias puede aumentar el riesgo. Nuestra paciente no había referido el uso de tampones, sin embargo, sí comentó haber presentado hipomenorrea los días previos a su ingreso, por lo que utilizó una misma toalla sanitaria durante 24 horas. Es de considerar además que la misma habría presentado un proceso gripal previo a su ingreso, y aunque no específicamente Rinovirus, sí la influenza y otros casos de sinusitis también se han asociado al SST. Los síntomas iniciales suelen incluir fiebre repentina, malestar general, dolores musculares, y confusión y a medida que progresa, puede llevar a falla de órganos y colapso circulatorio, si no se trata rápidamente. La hipotensión puede mantenerse durante varios días a pesar del manejo antimicrobiano apropiado.

Diagnóstico y Tratamiento:

El diagnóstico temprano es crucial para mejorar las probabilidades de recuperación. Debe sospecharse siempre en pacientes que debutan con un estado de choque en ausencia de un diagnóstico o foco claro. En el caso de *Staphylococcus aureus*, se toman en cuenta los siguientes criterios para el diagnóstico:

Clínicos:

- Fiebre
- Rash
- Descamación
- Hipotensión
- Afección multiorgánica
- Gastrointestinal
- Muscular
- Membranas mucosas
- Renal
- Hepático
- Hematológico
- Sistema Nervioso Central

Laboratorio:

- Cultivos positivos
- Pruebas serológicas para leptospirosis, sarampión, Fiebre de las montañas rocosas, negativas

Definición de caso*:

- Probable: cumple los criterios de laboratorio y 4 de los 5 criterios clínicos
- Confirmado: cumple los criterios de laboratorio y los 5 clínicos incluyendo la descamación (al menos que el paciente fallezca antes de que esta ocurra)

**No todos los pacientes cumplen esta definición de caso.*

Ante sospecha de SST por *Streptococcus pyogenes*, se toman en cuenta los siguientes criterios clínicos:

- Hipotensión
- Afección multiorgánica incluyendo dos o mas de los siguientes:
 - Fallo renal
 - Coagulopatía
 - Afección hepática
 - Síndrome agudo de distases respiratorio

- Erupción mácular que puede tornarse descamativa
- Necrosis de tejido blando (fasciitis, miositis, gangrena).

Se considera como probable si el caso cumple los criterios anteriores (en ausencia de otra causa) y aislamiento de uno de los gérmenes causales de un sitio no estéril (garganta, vagina, herida). Un caso confirmado cumple los criterios anteriores y se aísla uno de los microorganismos causales en un lugar normalmente estéril (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal, etc).

El tratamiento incluye la administración de antibióticos específicos para combatir la bacteria causante, así como medidas para estabilizar la presión arterial y apoyar la función de los órganos afectados, que pueden incluir cuidados intensivos y terapia de soporte. La vancomicina combinada con clindamicina, o en su defecto el linezolid, suelen ser adecuados por su acción a nivel de las toxinas. Cuando la causa no es clara, se recomienda cobertura además con Piperacilina/tazobactam, Cefepime o Meropenem. No hay estudios clínicos que informen sobre la duración exacta de la terapia, generalmente se establece en promedio durante 10 a 14 días (si no hay bacteriemia asociada), y mas en estos casos.

Prevención:

La prevención del SST se centra en la higiene adecuada y la conciencia de los riesgos asociados con ciertos productos o procedimientos médicos. Es crucial seguir las instrucciones de seguridad para el uso de tampones y otros dispositivos intravaginales, así como mantener las heridas limpias y bien cuidadas después de procedimientos quirúrgicos o accidentes. La educación sobre los síntomas y la rápida búsqueda de atención médica son clave para mejorar los resultados en casos potenciales.

Conclusión:

Aunque el Síndrome de Shock Tóxico es poco frecuente, su gravedad subraya la importancia de estar informado y vigilante. Con una respuesta médica rápida y apropiada, las tasas de mortalidad han disminuido significativamente, pero el conocimiento y la prevención siguen siendo esenciales para proteger la salud pública. Aunque en esta paciente no se aisló ninguno de los Gram positivos principalmente asociados, la presentación clínica y la rápida evolución hace pensar de que se trató de este diagnóstico.

Biografía revisada:

1. Staphylococcal tóxica shock síndrome. https://www.uptodate.com/contents/staphylococcal-toxic-shock-syndrome?source=history_widget
2. Invasive group A streptococcal infection and toxic shock syndrome: Treatment and prevention. https://www.uptodate.com/contents/invasive-group-a-streptococcal-infection-and-toxic-shock-syndrome-treatment-and-preventionsearch=invasive%20group%20A%20streptococcal&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
3. Invasive group A streptococcal infection and toxic shock syndrome: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. https://www.uptodate.com/contents/invasive-group-a-streptococcal-infection-and-toxic-shock-syndrome-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=invasive%20group%20A%20streptococcal&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
4. Toxic Shock Syndrome (Other Than Streptococcal) (TSS). <https://ndc.services.cdc.gov/conditions/toxic-shock-syndrome-other-than-streptococcal/>

SDI - filial NORTE

Actividades y participaciones

Infecto Update
Marzo 2024



Nueva actualización
Guía de manejo
Gram negativos MDR



Participación VII Jornada de
la Sociedad Dominicana de
Infectología
Junio 2024

"Manejo de infecciones complicadas"



ESCMID GLOBAL

Congreso de la
Sociedad Europea de
Infectología y
Microbiología Clínica

27 - 30 ABRIL 2024
BARCELONA, ESPAÑA



INFECTOTOUR
La Vega

"RETOS EN EL
MANEJO DE
INFECCIONES POR
BACTERIAS MDR"

23 DE MAYO 2024
SHIA RESTAURANT



InfectoUpdate

"PREPARATIVOS V
JORNADA FILIAL
NORTE SDI"

23 DE JULIO 2024
MEGALABS



OROPOUCHE Y ÁNTRAX: ALERTAS PARA NUESTRA REGIÓN:

Dra. Yori Roque

Vicepresidenta SDI, Coordinadora Filial Norte SDI, Coordinadora comité de publicaciones e investigaciones SDI

Este año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica sobre un aumento de casos reportados del virus Oropouche (OROV) en cinco países (Brasil, Bolivia, Perú, Cuba y Colombia) de la Región de las Américas. Por otro lado, el ministerio de salud pública en Haití fue alertado de casos de pacientes que presentaban signos y síntomas que podrían indicar la presencia de ántrax en la localidad de Fort Royal, en Peetit-Goave, en la entrada sur del Puerto Príncipe. A continuación, algunos datos relevantes sobre estas entidades:



Oropouche es un virus que causa una enfermedad en humanos, conocida por su impacto en algunas regiones de América del Sur y Central. Pertenece a la familia *Peribunyaviridae*, del género *Orthobunyavirus* y es transmitido principalmente por mosquitos del género *Culex*, aunque otros vectores también pueden participar en su propagación. Se encuentra principalmente en regiones tropicales y subtropicales de América del Sur y Central, especialmente en países como Brasil, Perú y Venezuela.

La enfermedad causada por el virus Oropouche generalmente presenta síntomas similares a los de otras infecciones virales transmitidas por mosquitos. Estos pueden incluir fiebre, cefalea, mialgias y artralgias erupción cutánea y malestar general. En algunos casos, puede haber síntomas más graves, pero esto es menos común. El diagnóstico se realiza mediante pruebas serológicas o moleculares que detectan la presencia del virus o anticuerpos contra él en muestras de sangre. No existe un tratamiento antiviral específico: el tratamiento se basa en el manejo de los síntomas y la prevención se centra en la protección contra las picaduras de mosquitos, usando repelentes, mosquiteros y ropa adecuada.

Importancia epidemiológica: Aunque no es tan conocido como otros virus transmitidos por mosquitos, como el dengue o el Zika, el virus Oropouche puede causar brotes significativos en áreas endémicas, lo que resalta la importancia de la vigilancia y la prevención en las regiones afectadas.

Este virus es un ejemplo de cómo las enfermedades virales emergentes pueden tener un impacto considerable en la salud pública, especialmente en áreas con alta densidad de mosquitos y condiciones ambientales propicias para la transmisión.

Antrax es una enfermedad infecciosa causada por *Bacillus anthracis*, una bacteria grampositiva que forma esporas resistentes y puede sobrevivir en el suelo durante largos períodos. Esta entidad puede presentarse en una de las siguientes formas principales:

- *Cutáneo*: Es la forma más común y se produce cuando las esporas de la bacteria entran en contacto con una herida o abrasión en la piel. Se manifiesta como una úlcera indolora con un centro necrótico y un borde elevado.



- *Inhalación*: Se desarrolla cuando se inhalan esporas de *Bacillus anthracis*. Esta forma es más grave y puede causar síntomas similares a los de una neumonía, como fiebre, tos y dificultad para respirar, y puede llevar a una septicemia severa y rápida progresión de la enfermedad.

- *Gastrointestinal*: Ocurre al ingerir alimentos contaminados con esporas. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea, que pueden ser severos y llevar a complicaciones graves.

- *Meningitis por ántrax*: Rara vez ocurre como síndrome de presentación, ya que generalmente ocurre en un tercio de los pacientes en los que una de las formas anteriores se disemina y se torna sistémico. Se asocia con hemorragia cerebral y una rápida progresión hacia delirio o coma.

El diagnóstico se realiza mediante cultivos bacterianos de muestras de tejido, sangre o secreciones y también se pueden utilizar pruebas serológicas y técnicas moleculares para detectar el ADN de la bacteria. El tratamiento del ántrax generalmente implica el uso de antibióticos, los cuales dependerán de la forma de presentación. En casos graves, especialmente en la forma de inhalación, puede ser necesario un tratamiento intensivo y de soporte adicional. La prevención del ántrax incluye medidas como la vacunación de personas en riesgo (como trabajadores en la industria de lana o cuero y personal militar), el uso de equipo de protección personal en áreas donde la bacteria puede estar presente, y la adecuada manipulación y descontaminación de productos potencialmente contaminados. En caso de exposición, se pueden administrar antibióticos profilácticos para prevenir la enfermedad.

Importancia Histórica y Actual: El ántrax ha sido históricamente importante debido a su uso en bioterrorismo. Ha habido incidentes en los que las esporas de ántrax se han utilizado como arma biológica, lo que ha llevado a una mayor vigilancia y medidas de seguridad para prevenir su uso indebido. El ántrax es una enfermedad grave, pero con un diagnóstico y tratamiento adecuados, la mayoría de las personas pueden recuperarse completamente, especialmente si se trata en las etapas iniciales.

Fuentes consultadas:

1. Preguntas y respuestas sobre el virus Oropouche. <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-preguntas-respuestas-sobre-virus-oropouche>
2. Clinical manifestations and diagnosis of anthrax. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-anthrax>

VII JORNADA NACIONAL "MANEJO DE LAS INFECCIONES COMPLICADAS".



Reconocimiento Dra. Virgen Gómez



V **JORNADA FILIAL NORTE**
SOCIEDAD DOMINICANA DE INFECTOLOGÍA
Emergencias y re-emergencias

13 Y 14 DE SEPTIEMBRE
CENTRO DE CONVENCIONES UTESA,
SANTIAGO

Conferencistas nacionales e Internacionales

TEMAS:

- Lo más nuevo en métodos diagnósticos
- Abordaje de enfermedades emergentes y re-emergentes
- Antimicrobianos de última generación
- Vacunas contra el Herpes zóster, Dengue, Virus sincitial respiratorio y Neumococo

DIRIGIDO A:

Médicos internistas, pediatras, geriatras, intensivistas, neumólogos, nefrólogos, médicos familiares, infectólogos, microbiólogos, médicos generales y en formación

COSTO:

Especialistas: USD\$200.00
Residentes y médicos generales: USD\$150.00



MÁS INFORMACIÓN:

grupos6@turenlaces.com
Teléfono: 809-535-3500





SOCIEDAD DOMINICANA DE INFECTOLOGIA

Quieres ser parte de nosotros?

Visita nuestra página <https://www.sdird.org/> y solicita o formaliza tu membresía
Escríbenos a sinfectologia@hotmail.com

Síguenos en Instagram

@sociedad_dom.infectología
@sdifilialnorte