

GUÍA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LABORATORIAL DE COQUELUCHE

Neuquén - Octubre 2024

Gobierno de la Provincia del Neuquén

Gobernador de la Provincia del Neuquén

Cdor. Rolando Figueroa

Vicegobernadora de la Provincia del Neuquén

Gloria Ruiz

Ministerio de Salud

Ministro de Salud

Martín Regueiro

Subsecretaria de Salud

Silvina Mastrángelo

Dirección Provincial de Gestión de la Información

Marcelo Pizarro

Dirección General de Epidemiología

Cecilia Miranda

TITULO: Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de coqueluche

EMISOR: Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén

ACTUALIZACIÓN: 2024

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Provincia del Neuquén

AUTORES: Dirección de Epidemiología, Laboratorio central, Laboratorio del Castro Rendón, Dirección de Inmunizaciones, Coordinadores de Epidemiología de la Provincia del Neuquén.

COQUELUCHE (TOS CONVULSA)

Coqueluche es una enfermedad infecciosa aguda de la vía aérea baja, altamente contagiosa, que evoluciona en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia) y puede manifestarse en formas leves o severas, estas últimas especialmente en menores de 6 meses. Se presenta en ciclos epidémicos cada 3-5 años con mayor incidencia en los meses de invierno e inicio de la primavera.

La fase catarral inicial (7 a 14 días), es de comienzo insidioso y transcurre como una infección moderada de vías respiratorias altas, rinitis y estornudos. A diferencia de los síntomas catarrales del resfriado común, en la coqueluche la tos se hace más manifiesta por la noche y se agrava en forma gradual a medida que pasan los días, para luego comenzar los paroxismos. En neonatos los síntomas iniciales incluyen dificultades para la alimentación, taquipnea y tos. En algunos casos, el estadio catarral es corto o ausente siendo la fase paroxística la primera en observarse. En algunos casos lo que predomina es la apnea, cianosis y bradicardia.

La fase paroxística se caracteriza por accesos repetidos y violentos de tos, que suelen durar entre 1 a 6 semanas; cada serie (3 a 5 paroxismos) comprende una serie de golpes de tos seguidos de una inspiración súbita con un sonido agudo denominado estridor o "gallo" inspiratorio. Los paroxismos con frecuencia culminan con la expulsión de mucosidades claras y adherentes, a menudo seguidas de vómito. Durante el acceso el niño se encuentra con una facies roja o cianótica y una expresión de gran ansiedad. En los adolescentes y adultos es más frecuente la presentación atípica, con una tos que puede no ser característica, seca intratable y de larga duración y un curso más leve de la enfermedad en comparación con los niños, pero de una duración similar.

La fase de convalecencia se caracteriza por la disminución gradual y progresiva de los accesos de tos (presentándose tan solo durante el sueño o cuando hay una gran excitación física) con desaparición del estridor inspiratorio. Esta fase dura de 2 a 3 semanas, pudiendo reaparecer la sintomatología posteriormente con otras infecciones respiratorias, durante los meses siguientes.

La complicación más importante y causa más frecuente es la neumonía y bronconeumonía. En ocasiones también se observa encefalopatía, probablemente de origen hipóxico. Otra complicación importante es la desnutrición, en aquellos niños que por la severidad de los accesos no pueden alimentarse adecuadamente, lo cual es agravado por los vómitos que acompañan al final de los accesos de tos.

La neumonía es la causa de la mayoría de las muertes por coqueluche, otras complicaciones menos frecuentes son las neurológicas (convulsiones, encefalopatía), sobreinfecciones bacterianas (otitis media, neumonía, o sepsis) y condiciones asociadas a los efectos de presión por la tos paroxística severa, (neumotórax, epistaxis, hematoma subdural, hernia y prolapso rectal).

El principal agente etiológico de coqueluche es Bordetella pertussis, bacteria aerobia Gram negativa. B. parapertussis, otra de las 16 especies del género Bordetella, puede causar tos convulsa, pero por lo regular resulta ser de sintomatología más leve y no es inmunoprevenible.

Transmisión

Se transmite por contacto directo con las secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de las personas infectadas. La infección suele ser introducida en el núcleo familiar por alguno de los hijos mayores, y a veces por alguno de los padres

.

Reservorio

El hombre es el único reservorio. Periodo de incubación: en general es de 1 a 3 semanas, más frecuentemente de 7 a 10 días. Periodo de transmisión: el momento de máxima transmisibilidad se produce durante el período catarral, antes del inicio de los paroxismos. Sin tratamiento específico, el período de transmisibilidad puede extenderse hasta tres semanas después de comenzar los paroxismos típicos de la enfermedad. En aquellos pacientes con tratamiento adecuado de antibióticos específicos la transmisibilidad puede durar hasta 5 días después de comenzado el tratamiento.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COQUELUCHE

Coqueluche es un evento de notificación obligatoria (ENO) en los términos previstos por la ley 15.465. El médico que asista o cualquier profesional de la salud que haya asistido al enfermo están obligados a notificar el evento ante la sospecha en cualquier subsector en el que se desempeñe (público o privado).

La notificación se considera cumplida cuando el caso se encuentra registrado de forma completa y oportuna en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS).

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN:

Debe realizarse en forma INDIVIDUAL e INMEDIATA ante la detección de un caso sospechoso de Enfermedad coqueluche.

Notificación en SNVS:

Grupo de eventos/Eventos: Coqueluche.

<p>Caso sospechoso</p>	<p>Menores de 6 meses: Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.</p> <p>Mayores de 6 meses hasta 11 años: Tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.</p> <p>Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante</p>
<p>Caso confirmado</p>	<p>Paciente con infección respiratoria que presenta tos de cualquier duración y con cultivo positivo para el agente causal.</p> <p>Paciente con clínica compatible de coqueluche y resultados positivos en el laboratorio mediante ensayos de PCR específicos.</p> <p>Paciente con clínica compatible de coqueluche y resultados positivos (seroconversión) en el laboratorio mediante ensayo serológico específico.</p> <p>Paciente con clínica compatible de coqueluche y nexo epidemiológico con caso confirmado por laboratorio.</p>
<p>Caso probable</p>	<p>Paciente con clínica compatible con Coqueluche y sin confirmación por laboratorio (no estudiado o resultados de laboratorio No conclusivos) y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.</p> <p>Paciente con clínica incompleta o datos insuficientes y con resultado positivo por PCR o por seroconversión.</p>
<p>Caso descartado</p>	<p>Clínica incompleta o datos insuficientes, y con resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.</p>

RECOMENDACIONES

I. Realizar la investigación adecuada del caso sospechoso e implementar acciones de control de foco correspondientes.

Caso sospechoso:

Aislamiento: las personas sintomáticas deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completar 5 días de tratamiento antibiótico.

Distanciar los casos sospechosos de los lactantes y niños de corta edad, especialmente los no inmunizados, hasta que los pacientes hayan recibido antibióticos durante 5 días por lo menos.

Toma de Muestra: Aspirado o hisopado nasofaríngeo y muestras de suero del caso sospechoso para confirmación de la enfermedad.

Tratamiento antibiótico específico (Eritromicina, Azitromicina, Claritromicina, Trimetropina - Sulfametoxazol).

Medidas ante Contactos:

Protección de los contactos: **Profilaxis antibiótica**

Administrar a todos los contactos familiares y otros contactos cercanos cualquiera sea la edad o el estado inmunitario. Los antibióticos utilizados son los macrólidos.

Eritromicina: 40 a 50 mg/kg /día por vía oral, divididos en 4 dosis, dosis máxima 2 g/día, durante catorce días, porque la inmunización que confiere la vacuna no es total y puede no impedir la infección.

Se ha comprobado que la eritromicina elimina el estado de portador y es efectiva para limitar la transmisión secundaria.

Para los pacientes que no toleran la eritromicina, la claritromicina, la azitromicina y la trimetropina - sulfametoxazol representan otra opción.

Se deben observar constantemente los síntomas respiratorios de todas las personas durante 14 días después de la interrupción del contacto.

Lactantes y niños:

Eritromicina*: dosis en Lactantes > 1 mes y niños: 40 - 50 mg/kg/día, en 4 tomas. Dosis máxima: 2gr/día. Vía oral, 14 días.

Azitromicina: Lactantes < 6 meses de edad: 10 mg/kg/día, dosis única diaria. Lactantes y niños > 6 meses de edad: 10 mg/kg (máximo: 500 mg), el primer día seguido de 5 mg/kg/día (máximo: 250 mg), los días 2-5.

Claritromicina*: Lactantes > 1 mes y niños: 15mg/kg/día en 2 tomas. Dosis máxima: 1gr/día. Vía oral, 7 días.

*Eritromicina y Claritromicina contraindicadas en menores de 1 mes de edad.

Adolescentes y Adultos:

Eritromicina: dosis, 2 g/día en 4 tomas. Vía oral, 5 días.

Azitromicina: dosis, 500 mg una toma primer día, día. Vía oral, 5 días.

Claritromicina: dosis 1 g/día en 2 tomas. Vía oral, 7 días

Protección de los contactos: **Vacunación**

Vacunación de una dosis de vacuna DPT a los contactos de casos sospechosos cercanos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna DPT, ni una dosis de ella en los últimos tres años. 1 dosis dTpa para completar esquemas en mayores de 7 años y menores de 11 años. Quimioprofilaxis antibiótica a todos los contactos independientemente del estado vacunal.

Realizar búsqueda activa en instituciones escolares, y lugares que frecuente el caso índice.

CONTROL DE FOCO PARA CASOS SOSPECHOSOS DE COQUELUCHE

El control de foco se hace siempre ante un caso sospechoso y no se requiere esperar los resultados de laboratorio.

Realizar la visita domiciliaria y la entrevista realizando el estudio de contactos o expuestos al mismo riesgo.

Definición de contacto estrecho: toda persona conviviente o concurrente a la misma escuela, lugar de trabajo, recreativo y/o deportivo de un caso sospechoso, que esté un período de tiempo de una hora o más con el caso sospechoso.

- El caso sospechoso debe aislarse tanto de los lugares habituales donde desarrolla sus actividades, como de los lactantes y niños de corta edad en especial aquellos que no tengan completa la inmunización, hasta cumplir los 5 días de tratamiento con ATB.
- Controlar el estado vacunal y completar esquema en:
 - a) Embarazadas (DPTa en todos los embarazos a partir de la semana 20 de gestación)
 - b) Menores de un año según corresponda a la edad.

Verificar:

- 2 meses de edad, 1 dosis con componente pertussis, (quíntuple /séxtuple).
- 4 meses de edad, 2 dosis con componente pertussis, (quíntuple /séxtuple).
- 6 meses de edad, 3 dosis con componente pertussis, (quíntuple /séxtuple).
- 18 meses de edad, 3 dosis quíntuple y 1º refuerzo quíntuple.
- 5 - 6 años: 3 dosis quíntuple y 1º refuerzo quíntuple 2º refuerzo DPT
- 11 - 12 años: 3 dosis quíntuple, 1º refuerzo quíntuple 2º refuerzo DPT y 1 Dosis dTpa

c) Personal de salud: se vacuna a todo personal de salud cada 5 años, que atienda niños menores de 12 meses.

La dosis de triple bacteriana del ingreso escolar no es intercambiable por vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) porque tiene menos componente diftérico y tetánico, lo cual no es adecuada la protección, se debe seguir el esquema recomendado por el calendario Nacional de Inmunizaciones.

Ante esquemas incompletos continuarlos según Normas Nacionales de vacunación en función de la edad y grupo de riesgo.

LINKS DE INTERES

Información sobre vacunación del Ministerio de Salud de la Nación

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/vigilancia/tos-convulsa-coqueluche>

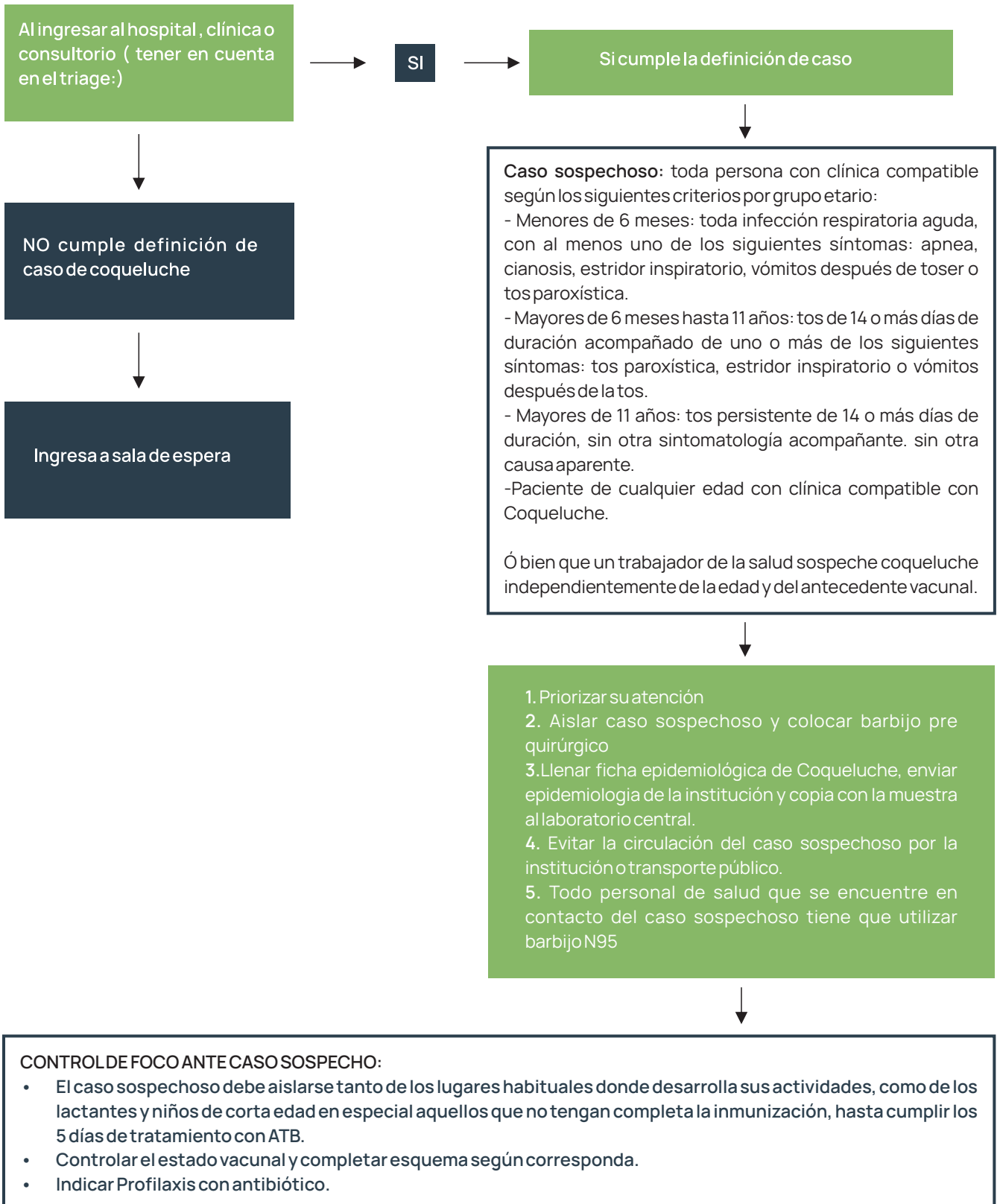
Información sobre vacunación del Ministerio de Salud de Neuquén

<https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2024/08/Fichas-Coqueluche.pdf>

<https://salud.neuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/documentos/>

ANEXON° 1:

FLUJOGRAMA DE COQUELUCHE



ANEXONº2:

TOMA DE MUESTRA PARA LABORATORIO

Muestras clínicas para diagnóstico de Coqueluche

- Aspirado nasofaríngeo:

Recolectar las muestras de aspirado nasofaríngeo con sonda y remitirlas de acuerdo a las normas de bioseguridad que al final se detallan. Rotular las muestras con el nombre completo del paciente, colocar dentro del envase de bioseguridad y remitir al laboratorio central. Acompañadas de ficha de denuncia obligatoria. También debe el profesional solicitante asegurar la carga del evento en SNVS 2.0 y la derivación correspondiente en dicha plataforma.

CRITERIOS DE RECHAZO: Muestras derramadas, inadecuadamente rotuladas, sondas cortadas y anudadas.

- Hisopado nasofaríngeo:

Utilizar solamente hisopos de dacrón, rayón o nylon. Introducir el hisopo en ambas narinas, deslizándolo por la mucosa del piso de la fosa nasal hasta tocar la pared posterior de la nasofaringe; girar el hisopo durante 10 segundos para obtener una buena cantidad de células epiteliales. Se recomienda la toma de dos muestras, una de cada narina y derivar refrigerado a 2-8°C, no congelar. De acuerdo a las normas de bioseguridad que al final se detallan al final.

- Suero:

A partir de los 12 años de edad, desde los 14 días del inicio de síntomas. Muestra única (no pareada). Considerar antecedentes vacunales recientes para decidir si corresponde evaluar por serología. Enviar una sola muestra de suero refrigerado 2-8°C, no congelado y de acuerdo a las Normas de Bioseguridad. Es suficiente un volumen de 500µl.

La detección de IgG anti toxina pertussis está indicado solamente para adolescentes y/o adultos. La indicación en relación a la vacunación es que hayan transcurrido 3 o más años de vacunación con vacuna de células completas o 1 año o más si se vacunó con vacuna acelular para pertussis.

En relación a la edad, las muestras de menores de un año no son recomendables dado que no poseen un sistema inmune maduro aún.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS.

Los agentes infecciosos y el material de diagnóstico deben ser enviados en un "sistema básico de embalaje triple" de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud WHO/EMC/97.3.

El sistema consta de 3 envases:

- 1)** Recipiente primario, impermeable, bien cerrado (placa descartable correctamente sellada, tubo pequeño o vial), en el cual se coloca la muestra.
- 2)** Recipiente secundario, impermeable y resistente. Se pueden colocar varios recipientes primarios dentro del envase secundario.
- 3)** Recipiente terciario o envoltorio externo, es para proteger el envase secundario de influencias externas, como daño físico o agua.

El espacio entre los recipientes primario y secundario debe contener relleno de material absorbente.

Las notas u otro tipo de información deben ser adosados con cinta adhesiva en el exterior del recipiente terciario, dentro de un folio plástico.

Cuando se use refrigerante, se debe colocar entre el recipiente primario y secundario en un envase a prueba de fugas de líquido. El paquete externo (recipiente terciario) también debe ser a prueba de fugas de líquido.

La parte externa del recipiente primario debe ser cuidadosamente examinada y debe desinfectarse en caso que haya derrame de muestra, antes de embalarlo para su envío.

la salud evoluciona para vos

