

 G.C.B.A.	<p align="center">MEMORÁNDUM</p> <p>Nº: 769273 -MS-DGRyPS-10 Para información de Director Hospital Jefe Promoción y Protección Jefe Consultorios Externos Jefe Microbiología Jefes de Guardia Jefe Área Programática Jefe CESAC/ MC-CMB</p>	<p align="center">PRODUCIDO POR: Dirección Gral. Redes y Programas de Salud Dpto. Epidemiología Prog. Inmunizaciones</p> <p align="center">FECHA: 20/07/10</p>
--	--	--

“2010 Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo”

MOTIVO: ALERTA DIFTERIA. VIGILANCIA INTENSIFICADA DE AMIGDALITIS

Ante la ocurrencia de **20 casos sospechosos de difteria y 2 confirmados** en Tarija y otros Departamentos de la República de Bolivia y teniendo en cuenta las migraciones desde y hacia dicho país de población que reside en la Ciudad de Bs. As o alrededores, así como las bajas cobertura de vacunación específica en población adulta; se requiere **alertar a los profesionales asistenciales** ante la aparición de probables **casos sospechosos de difteria** en nuestro medio.

VIGILANCIA Y CONTROL

1.- Definiciones de casos

Sospechoso: Persona de cualquier edad que presenta enfermedad caracterizada por:

- Nasofaringitis, **amigdalitis** , laringitis
- **exudado membranoso blancogrisáceo nacarado** adhesivo de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla
- fiebre baja (< 39º).
- adenitis, periadenitis, celulitis y edema de cuello (**Cuello proconsular**)

Confirmado: Caso sospechoso con aislamiento e identificación del *Corynebacterium diphtheriae* o con nexo epidemiológico cuando al menos un caso en la cadena de transmisión ha sido confirmado por laboratorio.

2.- Modalidad de Vigilancia

- **Los casos sospechosos requieren inmediata notificación** con datos completos (Apellido y Nombre, edad, domicilio completo, fecha de inicio, **antecedente vacunal, viajes** o visitas recibidas en los últimos 10 días) al servicio de Promoción y Protección y al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA (**4123-3240-42**). Fuera de horario: TE urgencias epidemiológicas: 15-3-148-1388 / 15-3-148-1409 (hasta 22hs). **Ingreso en SNSV modulo C2 /SIVILA** y envío de ficha epidemiológica nacional al alta
 mail: rforlenza@buenosaires.gov.ar , epidemiologiacaba@buenosaires.gov.ar

3.- Para la confirmación del caso se requiere **estudio bacteriológico específico:**

Pseudomembrana: es la muestra de elección. Será desprendida con una pinza estéril y será colocada en un tubo o frasco estéril sin medio de transporte.

Hisopado de lecho sangrante: si no se pudiera extraer la pseudomembrana, se levantará una parte de la misma y se pasará el hisopo por debajo (entre la mucosa y

la pseudomembrana, no por sobre ella) haciéndolo rotar. Este hisopo se colocará en un tubo con medio de transporte de Cary-Blair o Stuart.

Hisopado nasofaríngeo. Si no se observaran pseudomembranas, se tomará con un hisopo de mango flexible en envase individual estéril, que se colocara con medio UTM o en su defecto con medio de transporte de Cary-Blair o Stuart.

Se transporta a temperatura ambiente dentro de las 18hs de obtenido, en envase de bioseguridad

Las muestras deberán ser remitidas al laboratorio de microbiología (o al laboratorio de guardia al finalizar horario de aquél) del **respectivo hospital que determinará su procesamiento y/o derivación.**

En fines de semana y feriados las muestras deberán remitirse directamente a los laboratorios de microbiología de los hospitales Piñero o Muñiz.

Se deberá adjuntar en la orden, los datos del paciente (Nombre, apellido, historia clínica, diagnóstico presuntivo, tipo de muestra enviada, Centro de origen, médico asistente y número telefónico de contacto)

4.- Control del Paciente

- **INTERNACIÓN Y AISLAMIENTO:** estricto en la difteria faríngea hasta que no se demuestre

la presencia de bacilos diftéricos en dos cultivos de secreciones faríngeas y nasales obtenidos a un intervalo no menor de 24 hs y después de por lo menos 24hs de haber cesado el tratamiento antimicrobiano. Cuando no sea posible realizar cultivos, el aislamiento del enfermo puede terminar 14 días después del tratamiento adecuado con antibióticos.

- **DESINFECCIÓN CONCURRENTE** de todos los objetos que hayan estado en contacto con el

enfermo y de todos los artículos contaminados con sus secreciones. Limpieza Terminal.

- **TRATAMIENTO ESPECÍFICO:** si la sospecha de difteria es alta, se deberá aplicar Antitoxina después de obtener las muestras para estudios bacteriológicos y sin esperar los resultados de los mismos. La Antitoxina se aplicará por vía intravenosa diluida en 300cc de D/A 5% a pasar en 60 minutos por única vez (recordar que es suero heterologo); previamente pasar 500mg. de Hidrocortisona intravenosa única dosis. La dosificación es de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y del tiempo de evolución. Las dosis recomendadas son para la forma común: 1.000 unidades por kilo de peso, la forma grave: 2.000 unidades por kilo de peso y la forma maligna: 3.000 unidades por kilo de peso. Cuando el tratamiento se inicia después de pasados los 3 a 4 días la dosis puede incrementarse, pero no deberá exceder las 300.000 unidades. **Para consultas llamar al TE: 4305-7969 (guardia UTI Htal. Muñiz) Dr. Jorge San Juan 15-3-560-2160.**

Se efectuará además tratamiento antibiótico. (después de obtener las muestras para estudios bacteriológicos) De elección es la Eritromicina, Clindamicina o Penicilina G. Sódica en ese orden de prioridad. Recordar que la administración del antibiótico posee beneficios en: interrupción de la formación de toxina, mejoría de la infección local y evitar la diseminación del microorganismo. Las dosis recomendadas son las habituales y la duración del tratamiento es de 14 días. Luego de cumplir el tratamiento se deberá realizar dos estudios bacteriológicos (cultivos) con intervalos de 24 horas, para asegurar la erradicación del microorganismo

5.- Control de contactos

- **IDENTIFICACIÓN DE TODOS LOS CONTACTOS DIRECTOS** del enfermo, cuyo control deberá mantenerse por lo menos por 7 días. Búsqueda de la fuente de infección
- **Toma de muestras para cultivos bacteriológico** a cada uno de ellos (hisopados nasofaríngeos). Para lo cual se coordinará con los servicios de ORL para la toma adecuada de la muestra. En los contactos portadores se repetirá el cultivo a las 2 semanas.
- **Profilaxis con antibióticos:** Penicilina G Benzatínica (una sola dosis de 600.000 para pacientes de menos de 30kg ó 1200.000 U vía IM) o Eritromicina (40 a 50 mg/kg/día vía oral durante 7-10 días, con un máximo de 2g/d); luego de la toma de muestras bacteriológicas
- **Aislamiento de contactos** en la difteria cutánea hasta que no se demuestre presencia de bacilos diftéricos en lesiones de piel

- **Cuarentena:** los contactos adultos cuya ocupación incluya la manipulación de alimentos, especialmente leche, o la relación íntima con niños no inmunizados, deben ser excluidos de sus funciones hasta que los exámenes bacteriológicos corroboren que no son portadores.
- **Vacunación De Contactos:** Los contactos íntimos asintomáticos que tienen el **esquema de vacunación completo** que recibieron la última dosis hace más de 5 años, deben recibir un refuerzo como DPT o dT según la edad. Los contactos íntimos asintomáticos que tienen el **esquema incompleto** (con menos de 3 dosis de toxoide diftérico) o cuyo estado de inmunización se desconoce, deben recibir una dosis y completar esquema

En los mayores de 7 años la inmunización debe consistir en doble adulto.

Todo el personal de salud deberá estar adecuadamente vacunado

6.- Medidas preventivas en la comunidad

Vacunación preventiva

- **Indicación y edad de vacunación:**

Todos los niños **menores de 7 años** se hallan expuestos y deben ser vacunados a partir de los 2 meses de edad. Los menores de 7 años deben recibir las formulaciones pediátricas que contienen **mayor contenido** de toxoide diftérico (**entre 10 y 30 Lf**), que se distinguen con **D** y está contenido en las siguientes vacunas: **Pentavalente, Quintuple, Séxtuple, Cuádruple, Triple Bacteriana (DPT)**

Los **mayores de 6 años** se vacunarán con las presentaciones de **contenido reducido** de toxoide diftérico (1 a 3 Lf) que se distinguen con la letra d y está contenido en la vacuna: **Doble Bacteriana (dT)**

- **Esquema básico:** 3 dosis **Esquema completo: 5 dosis y refuerzo cada 10 años**
- **Esquema regular:**

1) Niños menores de 1 año: La aplicación se inicia a los dos meses de edad con alguna de las vacunas combinadas que contienen toxoide diftérico, preferentemente pentavalente. El esquema es de tres dosis en total: a los dos, cuatro y seis meses.

2) Entre uno y dos años de edad:

A los 18 meses se aplica el primer refuerzo (al año de la 3^o dosis) de vacuna que contenga toxoide diftérico, preferentemente cuádruple

3) A los 6 años o ingreso escolar: segundo refuerzo (5^o dosis) con DPT (triple bacteriana celular) Si la dosis de los 18 meses no fue aplicada oportunamente y el niño la recibe a los cuatro o más años no es necesario aplicar el segundo refuerzo.

4) A los 16 años y mayores: se aplica una dosis de refuerzo con vacuna doble adultos (dT) y luego una dosis cada 10 años durante toda la vida.

5) Personal de salud: que haya recibido el esquema básico de vacunación en la infancia, debe ser vacunados cada 10 años durante toda la vida, con dT.

6) Embarazadas: se le administrará la vacuna doble adultos (dT) en la mujer que no este correctamente vacunada (esquema completo) con 2 dosis en el 5^o y 7^o mes, completando posteriormente el esquema.

- **Esquemas incompletos:**

Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes, según la edad de la persona, con los intervalos recomendados mínimos posibles, sin interesar el tiempo desde la última dosis. Se recomienda la conveniencia de no demorar su cumplimiento.

a) Para los menores de 7 años: para el componente diftérico entre las tres primeras dosis es de un mes y entre la tercera y la cuarta de seis meses. Si la cuarta dosis se aplicó a los cuatro o más años no es necesario aplicar la dosis del ingreso escolar.

b) Los mayores de 6 años: el esquema completo son tres dosis, si sólo recibió una dosis hace más de un mes, administrar la segunda y un refuerzo seis meses después. Si ya tienen dos dosis y pasaron seis meses o más de la última administrar un refuerzo.

Recomendaciones ante la actual situación epidemiológica

- Recordar que la cobertura para la vacuna doble adultos en la Ciudad de Buenos Aires es de sólo el 46%, teniendo en cuenta el alerta por difteria y la amenaza constante del tétanos, deben ampliarse los medios para mejorar esta cobertura.(interrogar y verificar antecedentes vacunales en toda consulta medica a todas las edades)
- Los vacunatorios del sistema deben tener una conducta activa de vacunación de toda persona que se acerque al sistema de salud, cualquiera sea su edad.
- Monitoreo rápido de coberturas para detectar áreas de mayor riesgo por bajas cobertura.

Difteria. Actualización sintética *

Descripción

Enfermedad bacteriana aguda causada por la liberación de una exotoxina específica, producida por el bacilo gram positivo, el *Corynebacterium diphtheriae*. Sólo las cepas toxigénicas causan enfermedad.

Se manifiesta por la formación de pseudomembranas en las amígdalas, faringe, laringe, mucosa nasal u otras mucosas y en la piel, cuadro febril, generalmente no muy intenso(< de 39º), de evolución relativamente lenta, pero con estado general comprometido, presentando una o más de las siguientes manifestaciones:

- Amígdalas recubiertas parcial o totalmente por placas blancas grisáceas adherentes, difíciles de ser removidas, con halo hiperémico y la tentativa de despegarlas provoca sangrado abundante.
- Placas que se extienden a los pilares del paladar, pudiendo llegar hasta la úvula. La difteria nasal se caracteriza por una descarga nasal mucopurulenta o serosanguinolenta.
- Amigdalitis con complicaciones de laringe y/o tráquea (tiraje, tos ronca).
- Amigdalitis que no cede al tratamiento con antibióticos habituales, con gran compromiso del estado general del paciente.
- Gran aumento del volumen de los ganglios submaxilares y cervicales, pudiendo existir edema periganglionar (cuello de toro o proconsular).

Por los efectos tardíos de la absorción de toxinas, aparecen complicaciones después de dos a seis semanas de iniciados los síntomas. La miocarditis es la complicación más habitual y la principal causa de muerte. Aparece ritmo cardíaco anormal, puede ocurrir al comienzo de la enfermedad o bien semanas mas tarde y conduce a falla cardiaca. Si la miocarditis ocurre tempranamente la evolución es usualmente fatal. Complicaciones neurológicas: parálisis de los nervios craneales y periféricos, motores y sensitivos. La parálisis del velo del paladar se puede observar en el comienzo de la aparición de la membrana (Veloplejia) siendo más frecuente durante la tercera semana de la enfermedad, mientras que la parálisis de los músculos oculares, miembros o diafragma puede ocurrir después de la quinta semana. La parálisis del diafragma puede causar neumonía secundaria o falla respiratoria.

La letalidad varía de 5 a 10%, dependiendo del uso oportuno de la antitoxina diftérica.

Cuando se hace el diagnóstico diferencial de faringitis bacteriana y en particular la estreptocócica y la vírica, angina de Vincent, mononucleosis infecciosa, sífilis y candidiasis de la boca, se debe sospechar posible difteria.

La difteria cutánea es una infección leve de la piel, pero puede ser fuente de transmisión. La infección inaparente y la colonización son mucho más frecuentes que las formas clínicas de la enfermedad.

• Agente

Corynebacterium diphtheriae, Bacilo de Klebs Loeffler, biotipos gravis, mitis o intermedius. Cuando las bacterias son infectadas por el Corinebacteriófago que contiene el gen tox, hay producción de toxinas.

• Transmisión

Contacto con un paciente o un portador; rara vez el contacto con artículos contaminados por secreciones de lesiones de personas infectadas. Dura hasta que cesa la eliminación de bacilos del sitio infectado. Varía de uno a dos días en los tratados con antibióticos adecuados, y de dos a cuatro semanas en los no tratados. El portador crónico que es muy raro, puede transmitir la enfermedad por seis meses o más.

• **Reservorio:** El hombre.

• **Período de Incubación :** Por lo general 2 a 5 días (1 a 10 días).

• **Período de transmisibilidad**

Variable, y dura hasta que los bacilos virulentos desaparecen de las secreciones y lesiones; por lo regular dos semanas o menos, y rara vez excede de cuatro semanas. El tratamiento apropiado con antibióticos elimina rápidamente la expulsión de microorganismos. El portador crónico, que es raro, puede diseminar microorganismos durante seis meses o más

* Normas Nacionales 2007