

Tos ferina

Carles Llor^{a,*}, Ana Moragas^b y Carolina Bayona^c

^aMédico de familia. Centro de Atención Primaria Via Roma. Barcelona. España.

^bMédico de familia. Universidad Rovira i Virgili. Centro de Atención Primaria Jaume I. Tarragona. España.

^cMédico de familia. Centro de Atención Primaria La Marina. Barcelona. España.

*Correo electrónico: carles.llor@gmail.com

Puntos clave

- La mayor parte de casos de tos ferina, hospitalizaciones y muertes ocurren principalmente en niños menores de 6 meses de edad no vacunados.
- Existe un infradiagnóstico de tos ferina en adolescentes y adultos, ya que el médico de familia ignora muchas veces este diagnóstico si no existe un brote específico.
- Debido a la presencia de síntomas inespecíficos, los casos en que se sospeche clínicamente tos ferina deberían verificarse con métodos de laboratorio.
- En pacientes con tos que dura mucho tiempo debe tenerse en cuenta el diagnóstico de tos ferina independientemente de su estado vacunal.

Palabras clave: Tos ferina • Tos • Vacunación • Tratamiento.

Epidemiología

El agente causal de la tos ferina es *Bordetella pertussis*¹. Se trata de un coccobacilo gramnegativo que se transmite a través de gotitas e infecta las células epiteliales ciliadas del tracto respiratorio humano. Es endémica en todos los países del mundo y se producen ciclos epidémicos que oscilan entre los 3 y los 4 años. En países con altos porcentajes de vacunación como en nuestro caso se piensa que la media de personas que un caso índice llega a contagiar es de aproximadamente seis². Los adolescentes y los adultos actúan como transmisores de la enfermedad entre los niños no vacunados. Una revisión sistemática mostró que en un 74-96% de los casos de tos ferina entre los menores de 6 meses, el transmisor se halla entre los que conviven con estos niños³. Es especialmente contagiosa en las primeras 1 a 2 semanas, que coincide con la fase catarral de la enfermedad.

En los últimos años se ha documentado un aumento en la incidencia de casos de tos ferina en España⁴. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en España se ha pasado de 345 declaraciones en el año 2002 a 2.342 en el año 2013⁵. Se piensa que inciden diversos factores en este incremento: cambio de vacuna de células totales a la forma acelular, la introducción de mejores análisis diagnósticos y los cambios de las poblaciones de *B. pertussis*. La mayor parte

de casos se observa principalmente en niños menores de un año y hay otro pico en la adolescencia y la edad adulta. No existe el estado de portador en la tos ferina. En períodos interepidémicos se ha comprobado que la incidencia de tos ferina en Europa es de aproximadamente un 5-7% en adultos y adolescentes con tos de 2 semanas o más^{4,6}.

Clínica

El período de incubación es de aproximadamente 7-10 días. La infección presenta tres fases: catarral, paroxística y convalescente. La fase catarral se presenta con rinorrea, conjuntivitis no purulenta, estornudos, tos ocasional y febrícula y puede durar 1 o 2 semanas. Luego se entra en la fase paroxística con espasmo de tos, estridor inspiratorio y vómitos después de la tos, que puede acompañarse también de apnea y que dura aproximadamente entre 2 y 6 semanas⁷. Las formas más graves de tos ferina se observan entre los niños, principalmente en los primeros meses de vida. En adultos suele aparecer una tos crónica y persistente que a veces puede ser paroxística, que cursa sin fiebre y empeora por la noche. La última fase es la de convalecencia, que puede durar entre 1 semana y 4 meses más. Se han propuesto diversas definiciones de caso de tos ferina y se hallan descritas en la tabla 1.

TABLA 1. Definiciones de caso de tos ferina

Organización, país y año	Criterios clínicos	Comentarios
Organización Mundial de la Salud, 2000	Caso de tos ferina diagnosticado por un médico, o Una persona con tos de al menos 2 semanas y uno de los siguientes síntomas: paroxismos de tos, estridor inspiratorio y/o vómitos postusivos sin otra causa aparente	Caso clínico: caso que cumple con la definición de caso clínico pero no se ha confirmado con laboratorio. Caso confirmado con laboratorio: cumple con la definición de caso y se ha confirmado con laboratorio
CDC, 2010	Tos que dura al menos 2 semanas con uno de los siguientes criterios: paroxismos de tos, estridor inspiratorio y/o vómitos postusivos sin otra causa aparente	Caso probable: definición anterior. Caso confirmado: tos aguda con aislamiento de <i>B. pertussis</i> de una muestra clínica o definición de caso clínico y al menos PCR positiva para <i>pertussis</i> o contacto con un caso confirmado con laboratorio
Iniciativa global de tos ferina ⁷	0-3 meses: tos y rinorrea con fiebre mínima + estridor o apnea o emesis postusiva o cianosis 4 meses-9 años: tos paroxística sin o con mínima fiebre + estridor o apnea o emesis postusiva ≥10 años: tos paroxística no productiva de al menos 2 semanas sin fiebre + estridor o apnea o episodios de sudor	

La mayor parte de hospitalizaciones y muertes se produce en la infancia. Las complicaciones de la tos ferina en los niños son de tres tipos: pulmonares, principalmente por neumonía y apnea; neurológicas con la denominada encefalopatía por *pertussis* y convulsiones; y la nutricional, con pérdida de peso por los vómitos. Las fracturas de costillas debido a la tos intensa no son infrecuentes. Los niños menores de 6 meses presentan cuatro veces más complicaciones.

Diagnóstico

El diagnóstico es difícil porque hay otros muchos cuadros que pueden dar síntomas parecidos a la tos ferina, como adenovirus, virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza, influenza y agentes atípicos. El cuadro provocado por *Bordetella parapertussis* es también parecido a la tos ferina pero es más leve. Patriarca et al. observaron que para definir tos ferina, cualquier tipo de tos tenía una sensibilidad del 96% pero con una especificidad del 28%, mientras que un curso grave con 2 semanas de tos, paroxismos y alteraciones del sueño tenía una especificidad del 88% pero presentaba una sensibilidad del 42%⁸.

En niños no vacunados se ha visto que la tos ferina se asocia a leucocitosis asociada a linfocitosis, pero no en adultos. El diagnóstico de tos ferina puede realizarse mediante métodos directos, con amplificación de ácidos nucleicos (PCR) o cultivo, o mediante métodos indirectos, con la serología. En cuanto a los métodos directos, el más sensible y más rápido es la PCR y se prefiere en pediatría. La habilidad en recoger las muestras nasofaríngeas influye en la sensibilidad de esta metodología y en estos casos se recomienda recoger una muestra de cada orificio nasal. El tiempo de transporte también influye en la sensibilidad del cultivo.

En adolescentes y adultos se prefiere el estudio serológico tal como recomiendan los Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos. Si bien es cierto que el diagnóstico se confirma con una elevación significativa en los títulos de anticuerpos en dos muestras séricas seriadas, se ha visto que un único estudio serológico realizado a las 2-8 semanas de tos ha demostrado tener una buena sensibilidad y especificidad. No indica infección reciente cuando los anticuerpos IgG anti-*pertussis* se hallan por debajo de 40 IU/ml, mientras que cuando son superiores a 100 UI/ml significa que ha habido contacto reciente con la bacteria. La serología presenta el inconveniente de que no sirve para detectar infección por *B. parapertussis* y tampoco sirve para distinguir entre la respuesta inducida por infección y la inducida por la vacunación cuando el paciente se ha vacunado hace menos de un año. A partir del primer año de la última administración del refuerzo de vacuna, un título elevado de anticuerpos demuestra infección reciente.

Tratamiento

Existe controversia sobre la eficacia de la terapia antimicrobiana en los diferentes estadios de la tos ferina. La dificultad parte de la base de que los estudios publicados solo presentaban potencia para el objetivo primario de erradicación de *Bordetella* de la nasofaringe y no para la curación de síntomas. El antibiótico de primera elección debe ser un macrólido, que previene y atenúa la clínica de tos ferina cuando este se empieza a administrar durante el período de incubación o en la fase catarral (primeros 21 días del inicio de la tos). Son tratamientos de elección azitromicina o claritromicina; no se recomienda eritromicina en niños por la asociación con estenosis de píloro (tabla 2). Cuando se da en la fase paroxística, los antimicrobianos no cambian el curso clínico, aunque sí

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679397>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679397>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)