



COQUELUCHE, TOS CONVULSA O PERTUSSIS

Definiciones de caso:

Caso sospechoso

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.

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.

Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante

Caso confirmado

Paciente con infección respiratoria que presenta tos de cualquier duración y con cultivo positivo para el agente causal.

Paciente con clínica compatible de coqueluche y resultados positivos en el laboratorio mediante ensayos de PCR específicos.

Paciente con clínica compatible de coqueluche y resultados positivos (seroconversión) en el laboratorio mediante ensayo serológico específico.

Paciente con clínica compatible de coqueluche y nexa epidemiológico con caso confirmado por laboratorio.

Caso probable

Paciente con clínica compatible con Coqueluche y sin confirmación por laboratorio (no estudiado o resultados de laboratorio No conclusivos) y sin nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Paciente con clínica incompleta o datos insuficientes y con resultado positivo por PCR o por seroconversión.

Caso descartado

Clínica incompleta o datos insuficientes, y con resultado de laboratorio negativo y sin nexa epidemiológico con un caso confirmado.



El Ministerio de Salud de la Nación recomienda mantener el alerta y sensibilizar la sospecha diagnóstica y la notificación de coqueluche ante la detección de signos y síntomas compatibles con la enfermedad. Asimismo, se deben realizar acciones para aumentar las coberturas de vacunación, particularmente las de los 18 meses de vida, pues es la última oportunidad de vacunar contra la tos convulsa a un niño hasta los 6 años de edad. Los lactantes pequeños, menores de 6 meses, son los que padecen la enfermedad más grave y mortal, no sólo por su corta edad sino porque no han logrado tener las 3 dosis del esquema básico contra la enfermedad.

Toda persona que no es vacunada, resultará en un incremento de los susceptibles a la enfermedad que se irán acumulando en el tiempo, que la transmitirán a los lactantes quienes la padecerán en forma más grave. De este modo, **resulta imprescindible no perder oportunidades de vacunación en ninguna edad ni grupo de riesgo**



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).

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 trimetoprima-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, 7días.

***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. Quimiprofilaxis antibiótica a todos los contactos independientemente del estado vacunal.

Realizar **búsqueda activa**, la **vacunación casa por casa, en refugios y comedores**, especialmente en barrios donde las condiciones de vida son menos propicias para la accesibilidad a los establecimientos de salud.

Investigación de los contactos y de la fuente de infección.

Desinfección concurrente de las secreciones nasofaríngeas y de los objetos contaminados con las mismas.

Aislamiento: aislar de las escuelas, centros o jardines infantiles a los contactos del núcleo familiar menores de 7 años de edad cuya inmunización sea inadecuada, durante un período de 14 días después de la última exposición, o hasta que los casos y los contactos hayan recibido antibióticos apropiados durante cinco días. Para instituciones escolares el enfermo no debe concurrir a la institución durante 5 días con tratamiento antibiótico. Asegurar que todos los niños entre 5 a 6 años cuenten con el refuerzo escolar de la vacuna.

II. Realizar la toma de muestra para las pruebas de laboratorio correspondiente. (ver Normativa y tutorial para la notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 y SIVILA)

III. Realizar la notificación inmediata al nivel correspondiente. (ver Normativa y tutorial para la notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 y SIVILA)

IV. Continuar mejorando las coberturas de vacunación del calendario regular, detectando y priorizando aquellos sitios con bajas coberturas. Fortalecer la dosis de los 18 meses, 6 años y 11 años de edad

Control de carnet de vacunación en el medio familiar y completar la cobertura antipertussis de la población según Calendario Nacional.



Verificar:

- 2 meses de edad, 1 dosis con componente *pertussis*, (pentavalente /cuádruple /séxtuple)
- 4 meses de edad, 2 dosis con componente *pertussis*, (pentavalente/cuádruple/séxtuple)
- 6 meses de edad, 3 dosis con componente *pertussis*, (pentavalente/cuádruple)
- 18 meses de edad, 3 dosis pentavalente/cuádruple y 1º refuerzo cuádruple
- 5-6 años, 3 dosis pentavalente/cuádruple y 1º refuerzo cuádruple 2º refuerzo DPT
- 11-12: años 3 dosis pentavalente/cuádruple, 1º refuerzo cuádruple 2º refuerzo DPT y 1 Dosis dTpa
- Personal de Salud 1 Dosis dTpa que asiste niños menores de 1 año de edad

La dosis de triple bacteriana del ingreso escolar no es intercambiable por vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) porque tiene menos componentes 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.