

COMUNICADO

Alerta por casos de difteria en países de las Américas.

21 de diciembre de 2017 – SE 51

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud emitió una actualización sobre la situación de la difteria en las Américas, ante la notificación de casos en cinco países de la región.

Por tales motivos, el Ministerio de Salud de la Nación insta a los equipos de salud a difundir las recomendaciones sugeridas en el presente documento.

1. SITUACIÓN REGIONAL.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una actualización sobre la situación de la difteria en las Américas, ante la notificación de casos sospechosos o confirmados en cinco países de la región: Brasil, Colombia Haití, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana. En 2016, se notificaron 78 casos confirmados de difteria en toda la Región. Los casos fueron notificados por tres países: Haití (56 casos), la República Dominicana (2 casos) y Venezuela (20 casos).

Respecto del año 2017:

-Brasil, hasta la SE44 notificó 39 casos sospechosos de difteria, distribuidos en 13 estados, de los cuales 5 fueron confirmados y 1 de ellos falleció.

Tres de los confirmados no tenían el calendario de vacunación completo.

-Colombia hasta la SE43 notificó 14 casos sospechosos de difteria, todos descartados por laboratorio.

-Haití, hasta la SE 43 se notificaron 120 casos sospechosos, de los cuales 51 fueron confirmados por laboratorio, incluidas 7 defunciones (tasa de letalidad de 14%). Con relación al estado vacunal de los casos confirmados, 33% (17 casos) no reportaban antecedente vacunal; 41%

Difteria.

Enfermedad infecciosa grave, de amplia difusión, con potencial epidémico, para la que existe una vacuna eficaz. Afecta principalmente las amígdalas, faringe, laringe, nariz, con linfadenopatía cervical.

La lesión característica, causada por la liberación de una toxina específica, consiste en la aparición de placas de membranas blanco-grisáceas nacaradas adherentes, con inflamación a su alrededor, que sangran al intentar desprenderlas. Acompañado de cuadro febril de baja intensidad pero con gran compromiso general. Los efectos tardíos de la absorción de toxinas, que aparecen después de dos a seis semanas de iniciados los síntomas, incluyen parálisis de los nervios craneales y periféricos, motores y sensitivos, y miocarditis.

El **agente etiológico** es la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*.

El **reservorio** es el ser humano.

El **modo de transmisión** es el contacto con un paciente o un portador; rara vez el contacto con artículos contaminados por secreciones de lesiones de personas infectadas.

El **período de incubación** por lo general es de 2 a 5 días, aunque a veces es más prolongado.

Constituye un **riesgo** principalmente en menores de 15 años de edad sin vacunación y adultos con vacunación incompleta.

Como **tratamiento** se indican:

Antitoxina, sin esperar los resultados de laboratorio. Descartar hipersensibilidad, aplicar por vía intramuscular (IM) una sola dosis de 20.000 a 100.000 unidades, según la duración de los síntomas, la zona de afección, y la gravedad de la enfermedad.

La eritromicina y la penicilina son eficaces contra el microorganismo, junto con la antitoxina, pero no como sustituto de ella.

Aislamiento: Aislamiento de secreciones respiratorias hasta la negativización por laboratorio: en habitación individual.

Las **medidas preventivas** en los contactos íntimos son: control clínico por 7 días para detectar enfermedad, cultivo bacteriológico, profilaxis antibiótica (eritromicina o penicilina G benzatínica) y vacunación de bloqueo de todos los contactos sin importar antecedente de vacunación.

En caso de brotes, determinar los grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo. Inmunizar indiscriminadamente la población en riesgo, dando prioridad a las áreas y grupos de edad más afectados, aquellos que no presenten esquema de vacunación completo o que no hubieran recibido 1 dosis de refuerzo en los últimos 5 años.



(21 casos) desconocía o no contaba con información sobre su estado vacunal.

La mayoría de los casos confirmados son de los Departamentos Ouest y Artibonite (39% y 33%, respectivamente).

-**República Dominicana**, hasta la SE43 del 2017 se confirmaron tres casos en las SE 12, 32 y 43 respectivamente. Todos los casos evolucionaron favorablemente. No se informaron datos de vacunación de casos.

-**Venezuela**, hasta la SE 42, se registraron 511 casos sospechosos. Se obtuvieron muestras en 452 casos (88.5%), de los cuales 146 (32.3%) fueron confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se registraron en 17 entidades federales.

De acuerdo al informe proporcionado por las autoridades nacionales, de enero a septiembre del 2017 la cobertura de vacunación con Pentavalente en menores 1 año fue de 67.8% y el refuerzo a los 5 años de 41.9%. La cobertura de vacunación con toxoide diftérico en embarazadas de 49.2% y en escolares de 68.3%.

2. SITUACIÓN EN ARGENTINA

En Argentina, el registro de casos de difteria, cambió debido a la incorporación de la vacunación, pasando de cientos de casos anuales en la década del 70 a registros esporádicos hacia 1997.

En el año 2006 se notificó el último caso de difteria en la provincia de Santa Fe (Venado Tuerto). Durante el 2017 se informaron dos casos sospechosos de Difteria, los cuales fueron descartados.

3. RECOMENDACIONES.

Ante la ocurrencia de caso en cinco países de las Américas, y teniendo en cuenta la baja cobertura de vacunación específica en la población adulta, se recomienda enviar la siguiente comunicación a todas las instituciones de salud del sector público, privado y de la seguridad social, alertando a los profesionales de la salud ante la posible aparición de casos sospechosos de difteria. Las recomendaciones están relacionadas con la vigilancia, el manejo clínico de los casos y las medidas de prevención y control.

A. VIGILANCIA DE DIFTERIA

Definiciones de caso.

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que presente una enfermedad caracterizada por faringitis, amigdalitis o laringotraqueitis, con exudado membranoso blanco-grisáceo nacarado que sangra al intentar desprenderlo (en amígdala, pilares, úvula, pared posterior de faringe o nariz) y fiebre baja (< 39°).

Caso confirmado: Caso sospechoso con aislamiento e identificación de *Corynebacterium diphtheriae* productor de exotoxina, o con nexa epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

Modalidad de la vigilancia.

Notificación inmediata (con **adelanto telefónico a las Direcciones de Epidemiología** de la Provincia o Nacional) en forma individual de todo caso sospechoso al módulo C2 (para los servicios de atención médica) y al módulo SIVILA (para los laboratorios que obtengan, estudien o deriven muestras provenientes de casos sospechosos) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SNVS.



Además se confeccionará ficha de investigación epidemiológica de caso y se enviará de inmediato la misma a las instancias correspondientes de notificación en el nivel provincial para continuar con las acciones de prevención y control.

Muestras y Diagnóstico de laboratorio.

La toma de muestras debe realizarse previo al tratamiento antibiótico

Tipo de Muestras:

- Hisopado de fauces + Trozo de membrana
- Hisopado nasofaríngeo (para portadores)

Si se sospecha difteria cutánea las muestras deben ser de piel, garganta y nasofaringe.

Toma de Muestras de Hisopado de fauces:

Puede emplearse hisopo de algodón o dacrón.

- La faringe debe estar claramente visible y bien iluminada.
- Deprimir la base de la lengua con baja lengua e hisopar la garganta, sin tocar saliva ni mucosas laterales.
- Frotar vigorosamente cualquier membrana, o área inflamada, presionando ligeramente con el hisopo y ejerciendo un movimiento de rotación.
- Si existe alguna membrana, levantar el borde e hisopar por debajo de la misma, para acceder a los microorganismos diftéricos localizados más profundamente.
- Es necesario, además, enviar un trozo de membrana.
- Realizar extendidos en 2 portaobjetos para realizar la coloración de Gram.

Toma de Muestras de Hisopado nasofaríngeo:

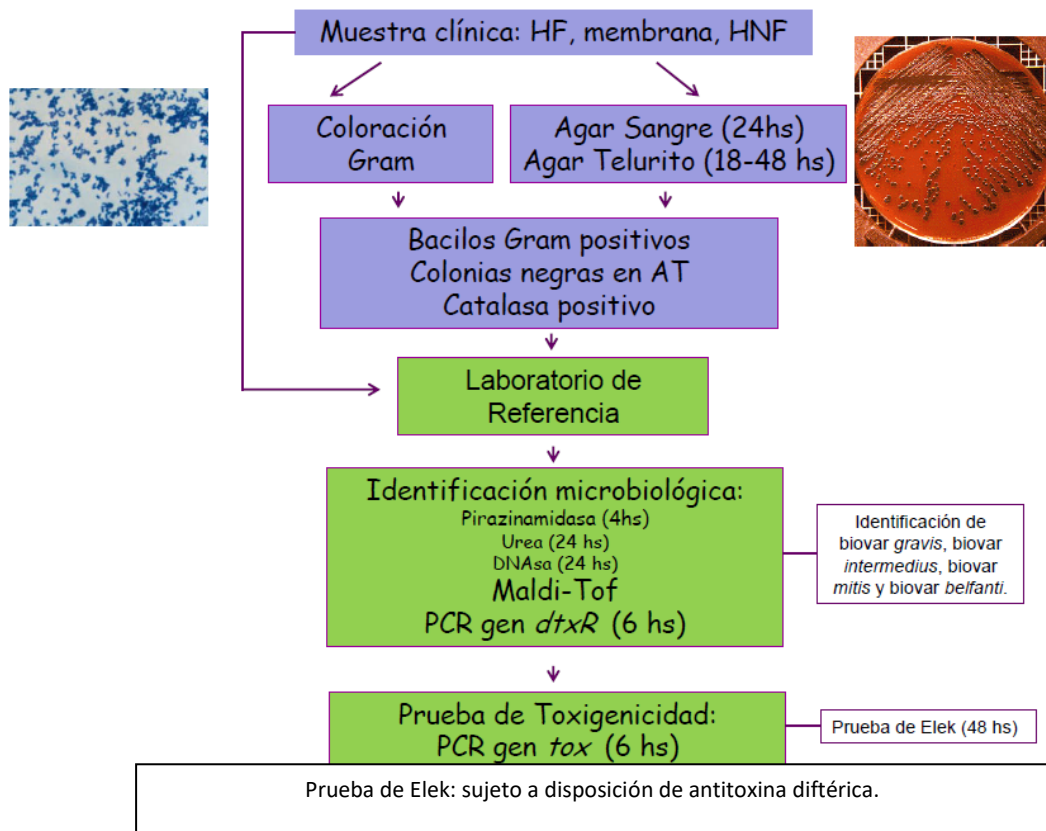
Puede emplearse hisopo de dacrón o nylon.

- Se necesita que el paciente esté sentado e incline la cabeza hacia atrás. Se le solicita que sople la nariz en un pañuelo, de modo de eliminar el exceso de mucosidad.
- Se inserta el hisopo en la fosa nasal en dirección hacia la nasofaringe recorriendo el trayecto en forma paralela al piso de la misma.
- Cuando se llega a la nasofaringe posterior se gira el hisopo durante 10 segundos.
- Si es posible, debe realizarse el mismo procedimiento para ambas fosas nasales.
- Realizar extendidos en 2 portaobjetos para realizar la coloración de Gram.

Enviar el hisopo y/o la muestra de membrana en medio Amies con carbón activado.
El tiempo para el transporte en medio de Amies, idealmente, no debe exceder las 24 horas.
Remitirla al Instituto Malbrán previo contacto con el Servicio Bacteriología Clínica : Te 11 - 43019346.

El envío se realiza a temperatura ambiente, cualquiera sea el sistema de transporte utilizado, de acuerdo a las normas de bioseguridad para transporte de muestras clínicas y acompañado de la ficha epidemiológica correspondiente y registro previo en SIVILA.

3-El algoritmo diagnóstico según las pruebas utilizadas.



B. MANEJO CLINICO DE LOS CASOS

Internación y aislamiento: 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 24 hs 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, se deberá aplicar antitoxina (previa realización de pruebas de hipersensibilidad) en forma urgente después de obtener las muestras para estudios bacteriológicos y sin esperar los resultados de los mismos. Se aplicará por vía IM una sola dosis de 20.000 – 100.000 U según duración de los síntomas, zona de la afección y gravedad de la enfermedad.

Se efectuará además tratamiento antibiótico con Penicilina o Eritromicina según normas, y luego de la toma de muestras bacteriológicas.

Para consultas llamar a Dra. Mabel Noguera Directora Hospital Muñiz TE: 011-15-4927-4409
Dr Jorge San Juan TE 011-15-4445-9430.



Nota. Hasta que se dispongan del total de tratamientos adquiridos que se distribuirán regionalmente por intermedio de DICEI; se coordinará la remisión de la Antitoxina con la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles con la colaboración de la Dirección de Epidemiología y de DINESA

C. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

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 todos los contactos (hisopado nasofaríngeo). 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.
- Vacunación de contactos:

Los **contactos directos asintomáticos** que tengan **esquema de vacunación completo para la edad** y hayan recibido última dosis hace más de 5 años, deberán recibir un refuerzo como DPT o dT o dTpa según corresponda.

Los **contactos directos asintomáticos** que tengan **esquema incompleto** (con menos de 3 dosis de toxoide diftérico) o cuyo estado de inmunización se desconoce, deben recibir una dosis y completar esquema, teniendo en cuenta que los mayores de 7 años deben recibir dT (doble adultos) o dTpa (triple bacteriana acelular) según corresponda.

Control en la comunidad:

Vacunación: Los menores de 7 años deben recibir las formulaciones pediátricas que con **mayor contenido** de toxoide diftérico, que se distinguen con **D (Pentavalente, Quintuple, Séxtuple, Cuádruple, Triple Bacteriana)**.

Los **mayores de 7 años** deben recibir las presentaciones de **contenido reducido** de toxoide diftérico que se distinguen con la letra **d (Doble Bacteriana-dT- o Triple Bacteriana acelular -dTpa)**.

• Indicación y edad de vacunación:

Esquema regular:

- 1) Niños menores de 1 año:** deben recibir 3 dosis de alguna de las vacunas combinada con componente diftérico (pentavalente en el Calendario Nacional de Vacunación) a los dos, cuatro y seis meses de vida (intervalo de 8 semanas).
- 2) Entre uno y dos años de edad:** recibirá **una dosis de vacuna** con toxoide diftérico entre los 15 y 18 meses (pentavalente en el Calendario Nacional de Vacunación).
- 3) Al ingreso escolar:** se aplicará el segundo refuerzo (5ª dosis) con DPT (triple bacteriana celular). Si la dosis de los 18 meses no fue aplicada oportunamente y el niño recibió el refuerzo a los cuatro o más años **no será necesario** aplicar este segundo refuerzo.
- 4) En niños de 11 años de edad:** deberán recibir una dosis de vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTpa). Luego se aplicará una dosis de dT de refuerzo cada 10 años.
- 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. El personal de salud en contacto con



menores de un año debe recibir una dosis de vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTap) cada 5 años, reemplazando en este caso la dosis cada 10 años de dT (doble adultos).

6) Embarazadas: deben recibir una dosis de vacuna Triple Bacteriana Acelular en cada embarazo luego de las 20 semanas de gestación. Se completará el esquema con vacuna doble adultos (dT). En los casos en los que la mujer no cuente con esquema completo de vacunación.

Esquemas incompletos:

Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes, según la edad de la persona, con los intervalos mínimos recomendados, sin interesar el tiempo desde la última dosis y sin **demorar su cumplimiento**.

- **Los niños de 1 a 6 años que no han sido vacunados con** componente diftérico, deben recibir 3 dosis de vacuna con un intervalo de 4 a 8 semanas, seguidas por una dosis de refuerzo 6 a 12 meses más tarde para completar el esquema básico.

Si el refuerzo se administró entre los 4 y 6 años, no debe aplicarse la dosis al ingreso escolar.

- **En niños de 1 a 6 años que han recibido** 1 o 2 dosis de vacunas que contengan el componente diftérico en el primer año de vida deben completar el esquema de 5 dosis, a menos que haya recibido la dosis de refuerzo teniendo 4 años o más, en cuyo caso se omite la dosis del ingreso escolar.

- **En niños mayores de 7 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.

Se debe realizar una dosis de refuerzo con dT (doble adultos) cada 10 años durante toda la vida.

En la actual situación epidemiológica se recomienda con relación a la vacunación:

- Mantener una conducta activa de vacunación ante toda persona que se acerque al sistema de salud, cualquiera sea su edad.

- Realizar monitoreos rápidos de coberturas para detectar áreas de mayor riesgo por bajas coberturas.

Elaboración

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dirección de Epidemiología