

UDS

Tos ferina

Itzel Jaqueline Ramos Matamnu

CLINICAS PEDIATRICAS

La tos ferina es una infección respiratoria aguda causada por una bacteria llamada *Bordetella pertussis*, un patógeno exclusivamente humano que puede afectar a personas de cualquier edad. La mayoría de los casos de tos ferina en pacientes vacunados son leves y se caracterizan por un cuadro de tos persistente. En general, y en ausencia de un brote epidemiológico conocido, no despiertan la sospecha de que se pueda

La enfermedad con la introducción de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), actualmente disponible en muchos laboratorios, permite un diagnóstico rápido en pocas horas, contribuyendo a un mejor diagnóstico y control de la enfermedad. Esta técnica permite también la detección de casos poco sintomáticos pero que, al ser infecciosos, transmiten la enfermedad y contribuyen a la propagación de la misma. La tos ferina ha sido considerada en los últimos años una enfermedad “reemergente” al haberse constatado en diversas partes del mundo brotes importantes de la enfermedad.

Estos brotes han puesto de manifiesto el riesgo que representan las personas no vacunadas, ya sea por fallos en los sistemas de cobertura sanitaria como por rechazo personal a ser vacunados, pero también han demostrado que la protección de las vacunas es menor a la inicialmente establecida. La ocurrencia de casos en niños de corta edad correctamente vacunados resulta preocupante. La tos ferina es, por lo tanto, una enfermedad que no está completamente erradicada pero que, gracias a la vacunación, ha dejado de ser una enfermedad epidémica responsable de complicaciones graves, secuelas y muertes

Epidemiología El agente etiológico más habitual de la tos ferina es *Bordetella pertussis*. El género *Bordetella* incluye, además de *B. pertussis*, otras especies de las que al menos *B. parapertussis* es reconocida como patógeno respiratorio en humanos y responsable de un cuadro clínico indistinguible del de la tos ferina clásica por *B. pertussis*. También, se han implicado como responsables del cuadro otras especies tanto del género *Bordetella* como *B. bronchiseptica*, un patógeno predominantemente animal, *B. holmesii* y *B. hinzii*, aislados de hemocultivos en pacientes con enfermedades crónicas de base y en el caso de *B. hinzii* también de

muestras respiratorias de pacientes con fibrosis quística(3,4). Otros microorganismos pueden dar lugar a cuadros clínicamente indistinguibles de la tos ferina

Clínica La tos ferina, como indica su nombre, es una enfermedad “tusígena”. La tos es el síntoma guía que permitirá el diagnóstico y, en ausencia de tos típica, el diagnóstico es difícil y se realiza, en general, de forma tardía, a menos que se sospeche la enfermedad por contagio a partir de un caso conocido. En su forma clásica, la tos ferina presenta una clínica bien definida que evoluciona en tres fases consecutivas y se caracteriza por un cuadro de tos en accesos característica. Tras un periodo de incubación de 7-10 días

En la fase catarral, se presentan: síntomas leves de rinorrea, tos, febrícula y congestión nasal, siendo el cuadro indistinguible del de un resfriado común. Suele durar unas 2 semanas y rara vez se sospecha la enfermedad en esta fase a menos que se trate de un contagio de una fuente conocida. La tos se transforma paulatinamente en paroxística. En la fase paroxística, la tos se presenta en forma de accesos de predominio nocturno acompañados, en ocasiones, de congestión o cianosis facial, vómitos, sensación de ahogo y “gallo” inspiratorio tras los golpes de tos. Es característico que se produzcan 5 o más golpes de tos en una misma espiración seguidos del típico “gallo” inspiratorio.

Diagnóstico El diagnóstico clínico es relativamente sencillo en lactantes y niños no vacunados que presentan un cuadro de tos típica, pero no lo es en niños vacunados, adolescentes o adultos en los que el cuadro clínico de tos no es característico. La tos suele ser menos típica y, en ocasiones, no se acompaña del resto de las manifestaciones clásicas de la fase paroxística de la enfermedad (congestión, gallo, predominio nocturno, etc.). No obstante, ante un cuadro de tos no catalogada de duración superior a 15 días, de predominio nocturno, con congestión facial y en accesos debe sospecharse una tos ferina. Muchos pacientes, especialmente los adolescentes y adultos diagnosticados de tos ferina, han sido previamente catalogados erróneamente de cuadros alérgicos o, simplemente, de tos prolongada inespecífica. El diagnóstico de laboratorio se realiza a partir de una muestra de

moco nasofaríngeo, adecuadamente recogida, y cultivada en medio selectivo específico (agar charcoal o similares). En los últimos años, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha convertido en la técnica diagnóstica de elección por su sensibilidad y rapidez

Tabla II. Antibióticos, dosis y duración, indicados en el tratamiento y profilaxis de la tos ferina

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	TMP-SMX
<1 mes	10 mg/kg/día en dosis única x 5 días	Uso en esta edad asociado a estenosis hipertrófica de píloro	No recomendado. Ausencia de datos	Contraindicado en menores de 2 años
1 a 6 meses	10 mg/kg/día en dosis única x 5 días	40 mg/kg/día div. cada 6 horas x 14 días*	15 mg/kg/día div. cada 12 horas x 7 días	TMP 8 mg/kg/día SMX 40 mg/kg/día div. cada 12 horas x 14 días
>6 meses	10 mg/kg/día el 1º día y 5 mg/kg/día el 2º a 5º día. Dosis única diaria	40 mg/kg/día div. cada 6 horas x 14 días* (max. 500 mg cada 6 horas)	15 mg/kg/día div. cada 12 horas x 7 días (max. 500 mg cada 12 horas)	TMP 8 mg/kg/día SMX 40 mg/kg/día div. cada 12 horas x 14 días
Adolescentes y adultos	500 mg 1º día y 250 mg 2º a 5º día	500 mg cada 6 horas x 14 días*	500 mg cada 12 horas x 7 días	160/800 mg cada 12 horas x 14 días
Embarazadas**	Preferido***	Preferido***	No recomendado	Contraindicado

*: algunos estudios recomiendan 7 días; **: en caso de estar indicado el tratamiento o profilaxis; ***: categoría B de la FDA para prescripción de antibióticos en el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

D.L. Van Esso Arbolave ACTUALIZACION DE TOSFERINA *Pediatr Integral* 2014; XVIII(2): 101-107
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii02/03/101_107_actualizacion_en_tos_ferina.pdf