

TOSE FERINA: PREGUNTAS E RESPOSTAS

Recentemente, a raíz da publicación en Venres Epidemiolóxico do resumo: Situación da tose ferina en Galicia durante 2018 [ligazón], unha lectora escribiu ao correo de Venres Epidemiolóxico para formular algunhas cuestións, que agradecemos e que, polo seu interese, pasamos a reproducir de seguido.

Que probas de laboratorio son as máis adecuadas para o diagnóstico da tose ferina dende atención primaria? A proba máis adecuada depende do tempo de evolución do cadro clínico do paciente, tal e como recolle o esquema dos CDC que se reproduce no Apéndice. Nas dúas primeiras semanas pódese realizar tanto cultivo como PCR, tendo en conta que o cultivo é menos sensible e que un cultivo negativo non exclúe *B. pertussis*. A PCR é suficientemente sensible ata os primeiros 21 días dende o cadro clínico; a partir de aí é máis rendible a seroloxía. Así, a detección de anticorpos IgG de toxina anti-Pertussis tomados polo menos 14 días dende o comezo da tose pode proporcionar evidencia de infección recente.

A interpretación dos niveis de anticorpos IgG de toxina anti-Pertussis en nenos pode estar confundida pola presenza de anticorpos maternos ou por doses previas de vacina antipertúsica (primaria ou de reforzo) e que, polo tanto, debe

interpretarse con precaución. Recoméndase que pase polo menos un ano dende a última dose da serie primaria de vacinación ou dende o reforzo.

É moi importante é lembrar que a mostra debe ser de exsudado nasofarínxeo mediante hisopado (Apéndice).

Tras iniciar o tratamento antibiótico recomendase ausentarse 5 días, os síntomas adoitan durar máis tempo, suponse que xa non é contaxioso? Efectivamente, a exclusión dun caso, ben do traballo ben da escola, durará ata pasados os primeiros 5 días dende o inicio do tratamento. Unha vez transcorrido este tempo de tratamento considérase que deixa de ser contaxioso, aínda que, como di a lectora, a tose vai ir remitindo ao longo de semanas ou incluso, en ocasións, meses.

No caso de non recibir tratamento, o período de contaxio e polo tanto de exclusión, duraría ata transcorridos 21 días dende o inicio dos síntomas.

Non é necesaria a exclusión dos contactos asintomáticos porque a transmisión prodúcese dende o momento do inicio da clínica.

Tras pasar o episodio, deberíase comprobar a erradicación do xerme? Non, non é necesario.

MAIO: CHEGA O MOMENTO DE CAMBIAR A DEFINICIÓN DE CASO DE CHIKUNGUNYA

Como xa recolleu Venres en diferentes ocasións, a definición de chikungunya muda dúas veces ao ano. Na dos meses cálidos non fai falla ter o antecedente de viaxe a unha zona endémica da enfermidade. Con isto búscase poder detectar a presenza do vector, o mosquito *Aedes albopictus*, en Galicia.

En concreto, de maio a novembro, sospeitarase de chikungunya, e avisarase de xeito urxente ao SAEG (ver o rodapé), ante todo doente con:

aparición súpeta de febre ($T^a > 38,5^{\circ}C$) e artralxia intensa, que non se pode explicar con outro diagnóstico.

NOVO POSIBLE CASO DE SARAMPELO EN GALICIA

O día 24/04/2019 o Servizo de Medicina Preventiva do Hospital Comarcal do Barco de Valdeorras notificou un caso de sarampelo, nunha muller de 37 anos que o día 12/04/2019 comezou cun exantema máculo-papular, febre de $38^{\circ}C$ e tose. Solicitáronselle unhas probas serolóxicas de virus do sarampelo cun resultado positivo para a IgG e IgM o día 17/04/2019.

A paciente non ten constancia de vacinación fronte o sarampelo, mais pola súa data de nacemento, no ano 1982, podería ter recibido algunha dose de vacina. Carece de antecedentes de contacto cun caso coñecido de sarampelo ou con outra persoa con clínica compatible, e non viaxou a ningún lugar cun abrocho activo de sarampelo [ECDC].

Neste momento estase a estudar o estado inmunolóxico fronte ao sarampelo dos contactos que o caso mantivo durante o período de transmisibilidade, dende o 8 ao 16 de abril, para actualizar os seus calendarios de vacinación se

fose necesario. Os contactos son familiares, compañeiros de traballo e os sanitarios que a atenderon.

Polo de agora non se detectou ningún caso secundario, que se buscaron entre os contactos do caso e mediante un aviso ao C.S. de Carballeda de Valdeorras e tamén ao PAC de Viana do Bolo.

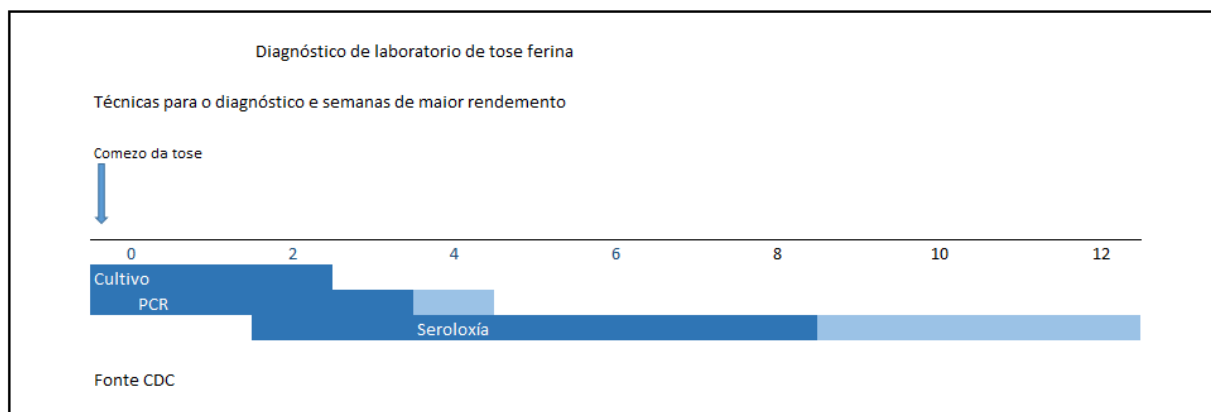
Por outra banda, non se pode descartar que se trate dun falso positivo da IgM, debido a que en Galicia o sarampelo está eliminado e, polo tanto, o valor predictivo positivo da proba é moi baixo.

Apesares disto, sempre que unha persoa amose os síntomas que se indican de seguido, débese tratar como sospeita de sarampelo e avisar de xeito urxente ao SAEG (ver o rodapé):

Febre ($T^a > 38^{\circ}C$), e exantema máculo-papular, e algún dos seguintes síntomas: tose, coriza ou conxuntivite.

TOSE FERINA: PREGUNTAS E RESPOSTAS

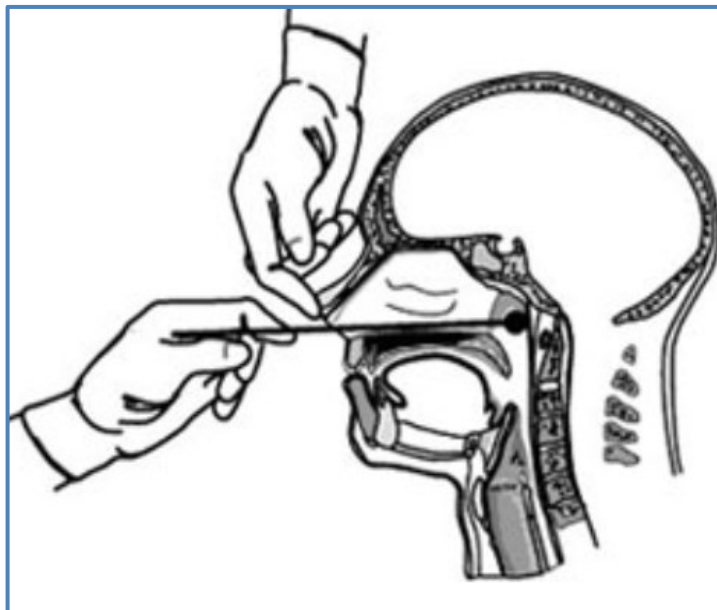
Probas de laboratorio. A Figura resume como seleccionar a técnica de diagnóstico microbiolóxico da tose ferina en función do tempo transcorrido, en semanas, dende o inicio da tose. As cores das barras indican, en escuro, o intervalo de tempo no que o rendemento da proba é óptimo; e, en claro, o límite de tempo ata o que ten sentido realizar a proba.



Hisopado nasofarínxeo. O hisopado nasofarínxeo consiste en introducir, a través do nariz e ata a nasofarinxe posterior, un hisopo de poliéster (dacrón[®] ou raión) que conteña un mango flexible de plástico ou aluminio (ver a imaxe ao carón). O hisopo manterase 10 segundos na nasofarinxe posterior. Non se empregarán hisopos con punta de algodón ou alxinato cálcico, porque inhiben a PCR.

O ideal é recoller dous hisopos, un para cultivo e outro para PCR. O hisopo para cultivo introdúcese nun tubo con medio de transporte específico e o hisopo para PCR nun tubo baleiro. Cando se dispón só dun hisopo, introducirase no medio de transporte e empregárase tanto para cultivo como para PCR.

A mostra almacenarase a 4°C antes de ser procesada. O cultivo deberá facerse nas 24h seguintes á recollida da mostra.



Fonte da imaxe: CDC