



PROTOCOLO ANTE CASOS DE TOS FERINA EN LA REGIÓN DE MURCIA

1 de marzo de 2024

Debido a la necesidad de un protocolo ante casos de tos ferina en la Región de Murcia, y dado que el protocolo nacional de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica está en proceso de revisión, se ha elaborado el presente protocolo.

Desde la Dirección General de Salud Pública y Adicciones se emiten unas recomendaciones para el control y prevención de casos, basadas en la revisión de la literatura más reciente. Este protocolo, como todos los elaborados, está en continua revisión.

Definición de contacto estrecho

Se considerará contactos estrechos a las personas que conviven con el caso identificado. Asimismo, también se considerará a aquellas personas que hayan compartido un espacio cerrado durante más de una hora con un caso de tos ferina o que hayan tenido contacto directo con secreciones respiratorias de un caso sintomático.

Medidas ante un caso

A) Aislamiento

Cualquier caso de tos ferina (sospechoso, probable o confirmado) debe permanecer en casa hasta haber transcurrido 5 días desde el comienzo del tratamiento antibiótico, o, en caso de no haber sido tratado con antibióticos, durante los 21 días siguientes al inicio de sus síntomas.

En casa, los casos deben aislarse en la medida de lo posible del resto de convivientes en una habitación, y usar mascarilla al salir de ella (personas adultas y mayores de 6 años). Deberá incidirse sobre la importancia del lavado de manos y mantener una buena ventilación e higiene en casa. Debe evitarse todo contacto con embarazadas, menores de 1 año y personas que se hagan cargo o trabajen con menores de 1 año, así como con personas potencialmente vulnerables (inmunodeprimidos, enfermedad pulmonar crónica, personas mayores frágiles). No se requiere que los contactos asintomáticos se queden en casa.



B) Tratamiento

Azitromicina o claritromicina son los antibióticos de elección para el tratamiento y profilaxis de tos ferina, puesto que tienen un mejor perfil de efectos secundarios que otros macrólidos como la eritromicina. La eritromicina es el antibiótico de elección para embarazadas. El cotrimoxazol puede ser otra opción terapéutica en mayores de 6 semanas y personas adultas (1,2).

Grupo de edad	Claritromicina	Azitromicina ^a	Eritromicina	Cotrimoxazol (TMP-SMX) ^c
Neonatos (<1 mes)	No recomendado	Tratamiento de elección ^b 10mg/kg una vez al día/3 días	No recomendada por su asociación con estenosis hipertrófica pilórica	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	15mg/kg día vo, en 2 dosis, 7 días	10mg/kg/día vo, en 1 dosis, 5 días	40mg/kg/día vo (máx. 2g/día) en 4 dosis, 14 días	Contraindicado en menores de 2 meses TMP 8mg/kg/día + SMX 40 mg/kg/día vo, en 2 dosis, 14 días
≥ 6 meses	15mg/kg/día vo (máx. 1 g/día) en 2 dosis, 7 días	Día 1: 1-10 mg/kg/día (máx. 500mg/día) Día 2-5: 5mg/kg/día vo (máx. 250mg/día)	40mg/kg/día vo (máx. 2g/día) en 4 dosis, de 7 a 14 días	TMP 8mg/kg/día + SMX 40mg/kg/día vo, en 2 dosis, 14 días (máx. TMP 320 mg/día, SMX 1600 mg/día)
Adolescentes y adultos	1 g al día, en 2 dosis, 7 días	Día 1: 500mg/día Días 2-5: 250mg/día vo	2 g al día en 4 dosis, de 7 a 14 días	TMP 320 mg/día, SMX 1600 mg/día en 2 dosis, 14 días
Mujeres embarazadas	No recomendado	No recomendado	Antibiótico de preferencia	Contraindicación

Vo: vía oral; TMP-SMX: trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol). ^aTratamiento de elección en todas las edades. Datos limitados sobre seguridad en menores de un mes. Una hora antes de tomar alimentos.

^bTanto azitromicina como eritromicina se han relacionado con estenosis hipertrófica de píloro (EHP), especialmente en menores de dos semanas de vida. Azitromicina es de elección por su significativa menor asociación a EHP. El riesgo con claritromicina es desconocido. ^cUso para mayores de dos meses de edad en caso de alergia a macrólidos, en caso de intolerancia o en caso de cepa de *B. pertussis* resistente a macrólidos. Vázquez Pérez A, Santos Pérez JL, Martínez Campos L. Tosferina-pertussis (whooping cough). *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:167-179.



El tratamiento es más efectivo para prevenir la transmisión a otras personas en los 7-14 primeros días desde la aparición de síntomas (3), y generalmente no está indicado cuando la duración de la tos es superior a 3 semanas, dado que en este estadio de la enfermedad la tos se relaciona con el daño tisular local y no con la infección *per se*.

En pacientes con enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión o en mayores de 65 años con diagnóstico de tos ferina y tos persistente de hasta 6 semanas de duración puede valorarse el uso de antibióticos (4,5), dado que resulta razonable que puedan padecer complicaciones derivadas de la infección, pero la evidencia actual no ha identificado un mayor riesgo en estos grupos (2).

Medidas profilácticas

Quimioprofilaxis antibiótica

La quimioprofilaxis tiene un beneficio limitado, por lo que debería ofrecerse a los contactos estrechos de un caso confirmado ÚNICAMENTE cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- la fecha de inicio de síntomas de dicho caso haya tenido lugar en los 21 días previos,
- el contacto haya ocurrido en ese lapso, y
- si ALGUNO de los contactos estrechos pertenece a uno de los siguientes grupos:

Grupo 1. Personas vulnerables:

- Menores de 1 año.
- Debe individualizarse el riesgo en personas inmunodeprimidas, con enfermedad pulmonar crónica o de edad avanzada.

Grupo 2. Personas con riesgo de transmitir la infección a vulnerables, que además no han recibido una dosis de vacuna en los últimos 5 años:

- Mujeres embarazadas (>32 semanas)
- Trabajadores sanitarios de pediatría u obstetricia/ginecología
- Personas cuyo trabajo implica contacto regular, cercano o prolongado con niños demasiado pequeños como para estar completamente vacunados (menos de 1 año de edad).
- Personas que viven con menores de 1 año.

La quimioprofilaxis se ofrecerá a los contactos estrechos de un caso confirmado cuando se cumplan las condiciones arriba descritas. El régimen de profilaxis antibiótica es el mismo que el de tratamiento de un caso.



Mujeres embarazadas y contacto estrecho:

Si una mujer embarazada en la semana 32 de gestación o en adelante es considerada contacto estrecho y ha recibido una dosis de vacuna en la última semana, también deberá recibir quimioprofilaxis, ya que hay un tiempo de latencia de aproximadamente 2 semanas (6) en el desarrollo de respuesta inmune. Las mujeres embarazadas en cualquier semana de gestación que cumplan alguna de las otras situaciones descritas para el grupo 2, deberán asimismo recibir quimioprofilaxis. Si una mujer embarazada es identificada como caso sospechoso o confirmado, y da a luz mientras está en periodo de transmisibilidad (3 semanas desde inicio de síntomas), deberá valorarse la administración de quimioprofilaxis al recién nacido, independientemente del estatus vacunal de la madre.

Vacunación:

La vacunación debe considerarse para todos aquellos **contactos estrechos a los que se les haya indicado la quimioprofilaxis:**

- En los **contactos estrechos no vacunados o incompletamente vacunados de hasta 6 años de edad**, esta deberá completarse según calendario. En menores de 2 meses se puede valorar iniciarla a partir de las 6 semanas de vida. Si uno de los contactos estrechos a los que se ha indicado la vacunación es un niño/a de entre 4 y 6 años, se puede valorar adelantar la dosis de DTPa-VPI de los 6 años y considerarla como dosis que cuenta y no habrá que repetirla.
- En **contactos estrechos a partir de 7 años** que no hayan recibido una dosis de vacuna antitosferina en los últimos 5 años, se administrará una dosis booster de vacuna.

Si a raíz de la evaluación de un caso de tos ferina, no se identifica ningún contacto estrecho en los grupos 1 o 2, pero uno de ellos es un niño/a no vacunado o incorrectamente inmunizado frente a tos ferina, debe aprovecharse esta oportunidad para actualizar su [calendario](#).



Referencias

1. Altunaiji S, Kukuruzovic R, Curtis N, Massie J. Antibiotics for whooping cough (pertussis). *Cochrane Database Syst Rev.* 18 de julio de 2007;(3):CD004404.
2. GOV.UK [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2024]. Pertussis: guidelines for public health management. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/pertussis-guidelines-for-public-health-management>
3. Terry JB, Flatley CJ, van den Berg DJ, Morgan GG, Trent M, Turahui JA, et al. A field study of household attack rates and the effectiveness of macrolide antibiotics in reducing household transmission of pertussis. *Commun Dis Intell Q Rep.* 31 de marzo de 2015;39(1):E27-33.
4. Karki S, McIntyre P, Newall AT, MacIntyre CR, Banks E, Liu B. Risk factors for pertussis hospitalizations in Australians aged 45 years and over: A population based nested case-control study. *Vaccine.* 13 de octubre de 2015;33(42):5647-53.
5. Mbayei SA, Faulkner A, Miner C, Edge K, Cruz V, Peña SA, et al. Severe Pertussis Infections in the United States, 2011-2015. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2 de julio de 2019;69(2):218-26.
6. Kirkland KB, Talbot EA, Decker MD, Edwards KM. Kinetics of Pertussis Immune Responses to Tetanus-Diphtheria-Acellular Pertussis Vaccine in Health Care Personnel: Implications for Outbreak Control. *Clin Infect Dis.* 15 de agosto de 2009;49(4):584-7.