

COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES



Departamento de Inmunizaciones

DIFTERIA

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda causada por la exotoxina producida por un bacilo gram positivo: *Corynebacterium diphtheriae*.

AGENTE – *Corynebacterium diphtheriae* toxicógeno. Solo las cepas toxigénicas causan enfermedad.

RESERVORIO – El hombre. Es posible el estado de portador.

MODO DE TRANSMISION – Por contacto con exudados y/o lesiones del enfermo o portador.

PERIODO DE INCUBACIÓN – 2 a 5 días.

TRASMISIBILIDAD – 2 a 4 semanas sin tratamiento. Con tratamiento menos de 4 días.

PORTADORES – Un portador es una persona que tiene y puede diseminar *C. Diphtheriae*, pero que no tiene manifestaciones clínicas de enfermedad. Incluye a personas con otitis media, infección nasal, cutánea o infección faríngea, debida a *C. Diphtheriae* toxigénico.

La infección inaparente y la colonización son mucho más frecuentes que las formas clínicas de la enfermedad.

CLINICA - Enfermedad aguda de las amígdalas, faringe, laringe o piel. La lesión a nivel de las vías respiratorias superiores, se caracteriza por una membrana grisácea, rodeada de una zona inflamatoria de color rojo.

Cursa con cuadro febril no muy intenso.

La difteria que afecta las vías respiratorias superiores se asocia generalmente con linfadenopatías cervicales y submaxilares.

COMPLICACIONES - La toxina diftérica es la responsable de los efectos a distancia sobre órganos y tejido, especialmente sobre el sistema nervioso (parálisis) y corazón (miocarditis, siendo ésta la principal causa de muerte).

INMUNIDAD – La inmunidad contra la difteria es mediada por anticuerpos y es ante todo contra la toxina, por lo tanto, las personas inmunes pueden ser portadores del microorganismo.

La producción de antitoxina diftérica (primariamente de tipo Ig G) puede ser inducida por la toxina durante la infección, o por el estado de portador, o por la inmunización con toxoide diftérico. Los anticuerpos formados siguiendo a una infección natural o a una vacunación, son iguales y no pueden ser distinguidos.

Se acepta que niveles circulantes de antitoxina diftérica de 0.01 UI/ml o mayores, indican inmunidad contra la enfermedad, aunque hay factores que pueden influir sobre esta, como ser la dosis y virulencia de la bacteria, así como el estado general del individuo.

EPIDEMIOLOGIA – Hasta la primera mitad del siglo la difteria era una enfermedad frecuente con una letalidad del 5 – 10% o mayor.

La introducción de la vacuna fue seguida por un marcado descenso de la incidencia y su virtual eliminación en algunos casos.

Sin embargo en los últimos años la difteria ha reemergido en varios países.

Su probable difusión a otras partes del mundo hace aconsejable tener una actitud vigilante ante esta enfermedad y el mantener coberturas adecuadas de vacunación.

VACUNAS

Las vacunas contra la difteria se preparan a partir de la toxina diftérica, la cual es tratada con formaldehído para convertirla en un toxoide. Este mantiene su capacidad antigénica pero no la virulencia.

Se utilizan vacunas combinadas: dT, DT, DPT, dpaT, DPT-HB-Hib, etc.

INMUNIZACIÓN – Se recomienda la aplicación de vacuna a partir de los 2 meses de edad. Las tres primeras dosis deben estar separadas entre si por 8 semanas (2 meses).

Luego de 3 dosis se obtienen niveles adecuados de anticuerpos en el 94 – 100% de los niños

Las opiniones varían sobre el tiempo en que esos niveles se mantienen y son necesarias nuevas dosis para mantener niveles adecuados de inmunidad.

En nuestro Esquema de Vacunación se indica una 4ta. dosis a los 15 meses de edad y nuevos refuerzos a la edad de 5 años, 12 años y luego cada 10 años.

Durante los primeros 15 meses de vida la vacuna utilizada es la pentavalente (DPT-HB-Hib) que protege contra difteria, tos convulsa, tétanos, hepatitis B y enfermedad por Haemophilus Influenza tipo B.

A los 5 años se utiliza la vacuna triple bacteriana a células enteras (DPT), en tanto que a los 12 años se aplica vacuna triple bacteriana acelular (dpaT). Esta vacuna contiene menor cantidad de toxoide diftérico que las utilizadas en los niños menores.

Los refuerzos siguientes se harán con vacuna dT (Doble bacteriana tipo adulto) conteniendo también cantidad reducida de toxoide diftérico.

La vacuna se conserva a 2°C – 8°C y no se debe congelar para evitar la precipitación del gel de aluminio.

Dosis: 0,5 ml.

Vía de administración: intramuscular.

Antes de cargar la jeringa, se debe agitar el frasco.

Sitio de administración: Depende de la edad de quien la recibe: vasto externo o deltoides.

Reacciones adversas:

- a) locales: tumefacción y dolor transitorio
- b) generales: malestar y fiebre de corta duración

Contraindicaciones:

Está contraindicada en afecciones agudas (solo se pospone su administración) pero el resfrío común no constituye contraindicación.

MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD

- Coberturas de vacunación altas y uniformes
- Diagnóstico y tratamiento precoz
- Notificación inmediata y prevención de la transmisión secundaria

DIAGNOSTICO – El diagnóstico clínico temprano es esencial para el éxito del tratamiento, porque la enfermedad puede progresar rápidamente y la antitoxina es efectiva sólo contra la toxina circulante.

La sospecha de difteria se plantearía frente a laringitis, nasofaringitis, tonsilitis, con poca fiebre, agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales y membrana grisácea. Aunque la membrana se considera típica de difteria, no siempre está presente.

Frente a la sospecha diagnóstica se deben hacer estudios de laboratorio tratando de aislar el *C. Diphtheriae*. Las muestras deben tomarse antes de iniciar la antibióticoterapia pero no es necesario esperar la confirmación para comenzarla (penicilina, eritromicina).

También es útil medir los anticuerpos en suero antes de iniciar el tratamiento con antitoxina (por si el cultivo fuera negativo y se encuentren niveles no protectores (<0.01)).

El tratamiento consiste en administrar lo antes posible la antitoxina (de origen equino) para contrarrestar la toxina circulante y antibióticos para eliminar los bacilos evitando su diseminación.

La eliminación de los *C. Diphtheriae* será confirmada por dos cultivos negativos de muestras separadas entre sí por al menos 24 horas y tomadas luego de dos semanas de completado el tratamiento con antibióticos.

CONTACTOS – Toda persona que haya estado en contacto con un caso de difteria durante los siete días previos, está considerado en riesgo, y debe estar en observación durante siete días.

Se le tomarán muestras nasales y faríngeas para tratar de aislar el germen.

Se le iniciará quimioprofilaxis independientemente del estado vacunal (1 dosis de penicilina I/M o 7 – 10 días de eritromicina V/O).

Se completará inmunización a los no vacunados o incompletamente vacunados.