BUTLLETÍ de l'Atenció Primària de Catalunya

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

CAS CLÍNIC

Open Acces

creative commons

CAS ESPORÀDIC DE TOS FERINA… REFLEXIONS SOBRE LA PRÀCTICA CLÍNICA

Dr. Marc Soler Pont[1], Dra. Maria Agràs[2] i Dr. Jorge López[2]

[1] Metge. Consultori Castellvell del Camp. CAP Llibertat, Reus 3

[2] Metge resident. Consultori Castellvell del Camp. CAP Llibertat, Reus 3

Adreça per a correspondència: Marc Soler Pont

Adreça electrònica: msoler.tgn.ics@gencat.cat

RESUM

Aquest article descriu el procés viscut a una consulta d'Atenció Primària arran d'un cas sospitós de tos ferina. Repassa les causes de l'augment de la incidència d'aquesta malaltia, el procés diagnòstic, maneig i seguiment de la mateixa i finalment reflexiona sobre l'entorn epidemiològic i la pràctica clínica habitual. Els dubtes plantejats per l'autor finalment es veuen resolts per una Instrucció de Treball publicada pel proveïdor de salut datada el febrer del 2024.

RESUMEN

Este artículo describe la experiencia vivida en una consulta de Atención Primaria a raíz de un caso sospechoso de tosferina. Repasa las causas del aumento de la incidencia de esta enfermedad, su proceso diagnóstico, manejo y seguimiento y finalmente reflexiona sobre el entorno epidemiológico y la práctica clínica habitual. Las dudas planteadas por el autor finalmente se ven resueltas por una Instrucción de Trabajo publicada por el proveedor de salud fechada en febrero de 2024.

ABSTRACT

This article describes the process experienced at a Primary Care consultation following a suspected case of whooping cough. It reviews the causes of rising incidence of this disease, its diagnosis process, management and follow-up. Finally, it reflects on the epidemiological environment and the usual clinical practice. The doubts raised by the author are finally resolved by a Work Instruction published by the health service provider dated February 2024.

INTRODUCCIÓ

S'explica el cas d'un pacient que consulta per tos persistent i gall inspiratori final, d'unes quantes setmanes d'evolució, sense resposta als tractaments proposats per diferents serveis mèdics. L'article descriu el procés que la sospita diagnòstica genera en la consulta d'Atenció Primària, i reflexiona sobre si el context epidemiològic hauria de modificar la pràctica clínica habitual.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 50 anys, sense al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics; traqueostomitzat als 35 anys, és hipertens i es tracta amb valsartan.

Consultar a mitjans de desembre del 2023 per un quadre tussigen de diverses setmanes d'evolució. Descrivia la tos com persistent, paroxística i que finalitzava amb un gall inspiratori. Després de cada episodi, experimentava dispnea, es marejava i necessitava reposar. La parella del pacient, explicava cianosis facial, algun vòmit i estat presincopal després dels episodis tussigens. Havien consultat diferents serveis mèdics sense resultats tot i haver pres un antibiòtic durant 3 dies, antigripals, mucolítics i antitussígens. El quadre es va iniciar a principis de novembre, tota la família tenia clínica catarral, la filla de 16 anys, va presen- tar una simptomatologia similar a la del pare, però molt més lleu, en el moment de la consulta només el pare tenia tos.

A l'exploració, l'estat general era bo, afebril, sense troballes a nivell ORL. L'auscultació pul- monar, que era normal, va desencadenar diver- sos episodis tussígens amb gall inspiratori, l'últim amb vòmit.

Es va orientar com una possible tos ferina versus debilitat traqueal per la traqueostomia, agreujada per una virasi. Després d'explicar els possibles diagnòstics es va contactar amb el Servei d'Epidemiologia. Aquest va informar que calia notificar i prendre mostres, tot i que la PCR seria nega- tiva degut a la durada dels símptomes. També va comunicar que el pacient ja no era infecciós; la màxima transmissibilitat va des de l'inici de la fase catarral a les 3 primeres setmanes d'ini- ciar-se la tos; si es tracta, la contagiositat des- apareix després del tractament; si no es tracta, desapareix als 21 dies de l'inici del procés[1]. Es va pautar dextrometorfà i es van sol·licitar serologies de Bordetella Pertussis (BP) per a l'endemà, la setmana i al mes de la visita.

Figura 1.

Tot i les explicacions i davant la persistència del quadre el pacient va continuar consultant diferents metges: un otorrinolaringòleg després d'una rinoscòpia va descartar altres causes de tos, un company va suggerir canviar el valsartan per un altre ARAII ¿?, CUAP i Serveis d'Urgències van mantenir el tractament simptomàtic. Malgrat tot, el pacient, davant la intensitat dels símptomes i la por a sincopar-se; va sol·lici- tar un ingrés hospitalari. Després d'una estada "vigilada" a urgències, es va corroborar el tractament.

La figura 1 mostra l'evolució serològica del pacient. La presència d'IgM amb un índex superior a 1'1 és compatible amb infecció recent.

Es va etiquetar com a sospita de cas esporàdic de tos ferina. Sospitós perquè no es va poder confirmar per cultiu ni PCR; i esporàdic perquè tot i complir la definició clínica de cas: tos de 2 setmanes o més de duració amb atacs de tos o paroxis- mes tussígens, seguits d'estridor inspiratori, vòmit posttussi- gen o apnea; no es va poder relacionar epidemiològicament amb cap brot ni amb cap cas confirmat de laboratori[1].

El pacient va ser altat, asimptomàtic pràcticament, 7 setmanes després de la consulta inicial. La família no va precisar quimioprofilaxis, ja que el cas es va plantejar més de 3 setmanes després de l'inici de la tos paroxística; tampoc vacunació, perquè tots tenien el calendari vacunal al dia i eren majors de 7 anys.

DISCUSSIÓ

La BP és un coccobacil gram negatiu (2) exclusivament humà que infecta persones de qualsevol edat. El contagi és pel contacte directe de les secrecions respiratòries dels malalts. El portador asimptomàtic és poc freqüent i té un paper poc important en la transmissió. La infecció, al contrari del que sol passar en les virasis, acostuma a transmetre's d'adolescents i adults (reservoris) a infants[1].

La malaltia presenta 3 etapes clíniques: la catarral amb símptomes inespecífics de les vies respiratòries superiors, amb tos de més d'una setmana d'evolució; la paroxística amb la característica tos, que pot durar de 2 a 6 setmanes, amb febre mínima o inexistent; i la convalescent on els símptomes disminueixen gradualment al llarg de 2 a 6 setmanes[1].

És especialment greu durant el primer any de vida on pot complicar-se amb pneumònia, convulsions o encefalopatia; sent mortal en un 1% dels casos d'infants de menys de 6 mesos. En adolescents i adults poden afegir-se altres complicacions: insomni, incontinència urinària i fractura costal. Tanmateix, la simptomatologia és molt variable des d'apnea o inapetència en infants a tos perllongades o simptomatologies mínimes en adolescents i adults[1].

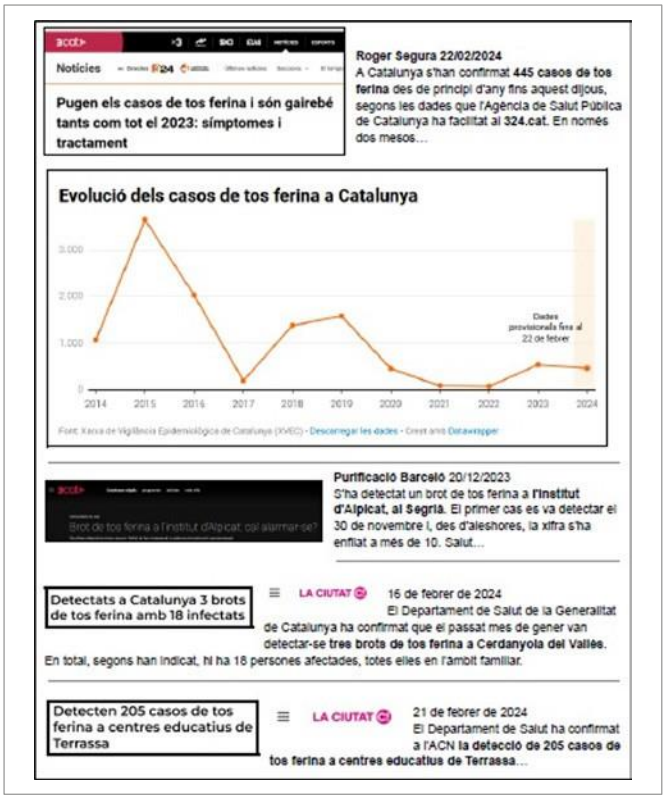
La tos ferina ha incrementat la seva incidència últimament (figura 2); se sospita que aquest increment es deu a un descens de la resposta immunitària, un augment de la sospita clínica assistencial i a la disponibilitat de proves diagnòstiques. Ni la vacuna ni la immunitat natural confereixen immunitat de per vida. La reducció de la immunitat apareix entre 4 i 12 anys després de la vacunació i entre 4 i 20 anys després de la infecció natural[1,3]. El cultiu no té massa sensibilitat i acostuma a ser negatiu en pacients adults, immunitzats o tractats; la PCR és molt més sensible que el cultiu; la serologia es pot utilitzar per confirmar infeccions amb tos persistent de més de tres setmanes de durada[2].

Davant d'un cas, esporàdic o epidèmic, s'aconsella l'aïllament i tractament del pacient; i la quimioprofilaxi i la vacunació dels contactes. L'aïllament ha de durar 5 dies, des de l'inici de l'antibiòtic; o 21 dies si no es tracta, des de l'inici de la tos. Tot i que cal tractar abans dels 21 dies de l'inici de la tos, és millor tractar durant el període catarral, abans dels paroxismes, això redueix la transmissió. Els macròlids són els fàrmacs d'elecció tant pel tractament com per la quimioprofilaxi; si no es poguessin emprar, caldria considerar el cotrimoxazol. La quimioprofilaxi s'ha de realitzar abans dels 21 dies de l'inici dels símptomes del cas índex. La vacunació cal als contac- tes no immunitzats o parcialment immunitzats amb una edat inferior als 7 anys. Als nadons de dones de part amb sospita o confirmació de tos ferina, és a dir, en els primers 20 dies de l'inici dels símptomes, cal administrar quimioprofilaxi al nadó.

Les reunions informals al passadís permeten comentar allò que veiem a les nostres consultes. Arran d'un comentari sobre les nombroses consultes per tos que aquest hivern ens ha dut, es va mencionar aquest cas i la possibilitat que alguna d'aquestes consultes hagués pogut ser una tos ferina en lloc d'una virasi, bronquitis o infecció respiratòria de vies altes. Alguns companys van comentar que considerant que la major part dels casos de tos ferina són lleus diagnosticar-los no comporta massa beneficis, d'altres argumentaven que tot i lleus el diagnòstic permet frenar la transmissió comunitària, altres pensaven que augmentant la sospita clínica acabaríem

Figura 2.

Figura 3.



sobretractant la població. Donant tombs als comentaris van sorgir algunes preguntes: Estem fent el que caldria davant les tos persistents? Què comportaria incrementar el nivell de sospita de tos ferina a la pràctica?

Fent una mica de recerca confirmem que actualment la tos ferina és un problema de salut pública. És una malaltia contagiosa amb una taxa d'atac (% de persones malaltes després d'haver-se exposat al contagi) pròxima al 100%[6]. El correcte tractament, permet millorar la simptomatologia del cas i trencar la cadena de contagis, juntament amb la quimioprofilaxis i/o aïllament dels contactes, beneficiant pacient i comunitat[7].

La tos ferina està infradiagnosticada i infradeclarada[8], sobretot en adults on la simptomatologia és molt variable; la tos paroxística amb gall inspiratori, cianosi i/o vòmit posterior al paroxisme tussigen és excepcional. El diagnòstic clínic és complicat, cap dels símptomes de forma aïllada té una bona fiabilitat diagnòstica; aquesta augmenta si es considera la tos junt amb un dels altres símptomes descrits.

L'augment de la sospita clínica per part del personal sani- tari pot comportar beneficis i perjudicis. Pensar que es pot produir un sobrediagnòstic és fàcil, però un cop obtingudes les proves complementàries i establertes les relacions amb altres casos, el diagnòstic es confirmarà o no, conseqüent- ment, la sospita no augmenta la incidència. Per altra banda,

el sobretractament tenint en compte que les proves complementàries no són immediates, sembla inevitable.

El benefici és clar: el tractament comporta una millora de la simptomatologia i una reducció de la transmissió de la malaltia. A més, es disminueix l'infradiagnòstic i la infradeclaració; permetent una aproximació a la veritable taxa d'incidència.

La instrucció de treball emesa per l'ICS a finals de febrer d'aquest any; "Per al diagnòstic clínic de la tos ferina només cal la presència d'un d'aquests símptomes (Atacs de tos o Paroxismes tussígens) que acompanyen la tos (de dues setmanes o més), en absència de cap altra causa aparent."; sembla estar en concordança amb les nostres reflexions: cal incrementar la sospita clínica de tos ferina davant d'una tos persistent.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrabeig-Fabregat, Irene; Martínez-Mateo, Anna; Minguell-Vergés, Sofia. Protocol d'actuació per la preven- ció i control de la tos ferina. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Disponible a https://hdl.handle.net/11351/2599
2. Instituto Valenciano de Microbiología (IVAMI). Bordetella pertussis y Bordetella parapertussis - Cultivo;Anticuerpos IgA, IgM e IgG; Diagnóstico molecular (PCR). Disponible a https://www.ivami.com/es/microbiologia-clinica/40-bordetella-pertussis-examen-microscopico-directo-cultivo-anticuerpos-iga-anticuerpos-igm-anticuerpos-igg-diagnostico-molecular
3. Wendelboe,Aaron M; Van Rie, Annelies; Salmaso, Stefania; Englund, Janet A. Duration of Immunity Against Pertussis After Natural Infection or Vaccination. The Pediatric Infectious Disease Journal; Volume 24, Number 5, May 2005: S58-S61
4. Asociación Española de Pediatria. Los casos de tosferina en aumento tras el parón de la pandemia. Disponible a https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/tosferi- na-incidencia-en-aumento
5. ICS, Atenció Primària Camp de Tarragona. IT Tos Ferina Febrer 2024
6. Montesdeoca Melián, A.Pediatra de Equipo de Atención Primaria; C.S. de Guanarteme. Las Palmas de Gran Canaria. Tosferina. Pediatr Integral 2018; XXII (6): 254 –263. Disponible a https://www.pediatriaintegral.es/publica- cion-2018-09/tosferina/
7. CDC. Tosferina, diagnostico y tratamiento. Gov USA Diponible a https://www.cdc.gov/pertussis/about/diagnosis-treatment-sp.html
8. Rodríguez Arranz,C.; Albañil Ballesteros, Mª R.; García Vera, C. ; Blasco Alberdi, M.; Gil de Gómez, MJ. Estu- dio diagnóstico de tos ferina mediante técnica de PCR en consultas de Atención Primaria. An Pediatr (Barc). 2022;97:262-9. Disponible a https://www.analesdepediatria.org/es-estudio-diagnostico-tos-ferina-mediante-articulo-S1695403322000157