

1. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD O SITUACIÓN DE SALUD:

DIFTERIA (A36 - CIE-10)

2. DEFINICIÓN

La difteria, es una enfermedad cutánea o respiratoria aguda, causada por *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo gran-positivo pleomórfico. Cepas toxigénicas de *C. diphtheriae*, producen una enfermedad respiratoria con una faringitis pseudomembranosa. Además, las complicaciones comunes de la infección severa incluyen: miocarditis, neuritis y, en menor intensidad, nefritis.

Puede dar lugar a la obstrucción de las vías respiratorias y eventualmente la muerte. Se caracteriza por nasofaringitis membranosa, laringotraqueítis obstructiva o ambas, que consisten en membranas blanco-grisáceas adherentes. Se transmite por contacto con un paciente portador.

3. DIAGNÓSTICO

Manifestaciones clínicas: signos y síntomas

➤ **Difteria nasal:** secreción nasal mucopurulenta, membrana blanca en el tabique.

➤ **Difteria faríngea y amigdalina:**

- Faringe congestiva
- Dolor de garganta
- Placas blancas pequeñas que forman membrana adherente blanco-grisácea, que puede cubrir toda la faringe, incluidas las amígdalas, la úvula y el paladar blando. Los intentos para desprender la membrana provocan sangrado.
- Edema e inflamación de los tejidos blandos circundantes
- Parálisis de paladar
- Adenopatías cervicales anteriores pueden dar lugar al denominado "cuello de toro", indicativo de infección grave.

➤ **Difteria laríngea:** en los niños menores de 4 años, se presenta como una ronquera progresiva gradual, tos perruna y estridor. Puede evolucionar hacia la obstrucción faríngea y causar la muerte.

Complicaciones locales: Obstrucción respiratoria, neumonía, sinusitis y otitis media

Complicaciones generales secundarias a la toxina: Miocarditis, bloqueos cardíacos e insuficiencia cardíaca congestiva

Complicaciones neurológicas: neuropatía periférica tóxica, parálisis de los músculos oculares, de los miembros y del diafragma

4. APOYOS COMPLEMENTARIOS

- Cultivo bacteriológico: recoger la muestra antes de comenzar el tratamiento antibiótico
- Pruebas de toxigenicidad: producción de toxina en el cultivo aislado de *C. diphtheriae*.
- Reacción en cadena de la polimerasa

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Faringitis estreptocócica
- Angina de Vincent

- Mononucleosis infecciosa
- Sífilis
- Candidiasis bucal
- Presencia de cuerpo extraño

6. TRATAMIENTO

➤ **Profilaxis de los contactos:** Los contactos estrechos o muy cercanos, necesitan ser identificados, hacerles cultivos, y profilaxis antimicrobiana. Si las inmunizaciones no están al día, se debe aplicarles la vacuna dT (difteria-tétanos), o la vacuna DTP (difteria, pertusis y tetanus). Los contactos deben tratarse por 7 a 10 días con eritromicina oral, o una dosis de penicilina intramuscular después de obtener la muestra para cultivos.

➤ **Atención ambulatoria:** Unidad de salud de primer nivel

- Aislamiento
- Toxide diftérico
- Penicilina procaínica: 25.000 a 50.000 unidades/kg por día en los niños y 1,2 millones de unidades por día en los adultos, dividida en dos dosis debe administrarse por vía IM, en una dosis
- Eritromicina: 40-50mg/kg/día VO qid dividida en cuatro dosis, durante 14 días.
- Notificación obligatoria al MSP
- Si el paciente presenta complicaciones, referir a una unidad de mayor complejidad, segundo nivel de atención.

Comentado [a1]: Se recomienda especificar correctamente la forma de administrar en adultos

➤ **Atención Hospitalaria:** Unidad de salud de segundo nivel

- Todas las medidas anteriores
- Tratamiento de las complicaciones si las hubiera, si es necesario referir a unidad de mayor complejidad con Terapia intensiva para resolución del cuadro

➤ **Atención de especialidad:** Unidad de salud de tercer nivel

Si el paciente presenta complicaciones:

- Ventilación mecánica asistida
- Tratamiento de las complicaciones, refiriéndose a la guía específica de cada patología

7. REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE CONFORMIDAD A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

a. REFERENCIA:

- Transferir con historia clínica o informe con datos del problema específico, de unidades del primer nivel, hacia unidad de mayor complejidad: segundo nivel.
- Si hay sospecha de complicaciones, transferir de segundo nivel hacia unidades de mayor complejidad con cuidados intensivos, para manejo especializado.

b. CONTRA-REFERENCIA:

- De cuidados intensivos y unidades de segundo nivel, hacia unidades ambulatorias de primer nivel de complejidad cuando el cuadro se resuelva.

8. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud Pública. "Normas técnicas y procedimientos del PAI". Programa Ampliado de Inmunizaciones. Quito, Ecuador MSP.
Disponible en: http://www.new.paho.org/ecu/index.php?gid=41&option=com_docman&task
- OPS-OMS. Publicación científica N° 604. "Control de la difteria, la tos ferina, el tétanos, la infección por Haemophilus influenza tipo b y la hepatitis B. Guía práctica". 2006. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica_Pentavalente.pdf
- Médicos Sin Fronteras. 2010. "Guía Clínica y Terapéutica para uso del personal sanitario cualificado en programas curativos en hospitales y dispensarios. Difteria" Disponible en: http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/sp/Clinical_Guide/CG_SP.pdf
- OPS. "El control de las enfermedades transmisibles. Difteria". Washington D.C. Decimoséptima edición. 2001. Págs. 131 – 137.
- Farizo, KM, Strebel, PM, Chen, RT, et al. Fatal respiratory disease due to Corynebacterium diphtheriae: case report and review of guidelines for management, investigation, and control. Clin Infect Dis 1993; 16:59.
- American Academy of Pediatrics. Antibodies of animal origin (animal antisera). In: Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases, 27th ed, Pickering, LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2006. p. 61.