



Consenso sobre profilaxis de infecciones en clínica pediátrica

Comité Nacional de Infectología

Coordinadores:

Dra. Elizabeth P. Bogdanowicz
Dr. Roberto Debbag
Dr. Raúl O. Ruvinsky

Secretarios:

Dra. Carlota López
Dr. Rafael Zlatkes

Archivos Argentinos de Pediatría Volumen 95 ,2-3

Prevención de la infección urinaria recurrente (IUR)
Prevención de la fiebre reumática (FR)
Prevención de la endocarditis infecciosa (EI)
Prevención de la otitis media recurrente (OMR)
Prevención de la infección neonatal por streptococcus agalactiae o streptococcus beta hemolitico del grupo b
Prevención de la oftalmia neonatal
Prevención de infecciones graves en el niño esplenectomizado o con asplenia funcional o real
Prevención de infección por Bordetella pertussis
Prevención de la influenza A
Prevención de la meningitis bacteriana
Prevención de la meningitis por Haemophilus influenzae tipo b
Prevención de la meningitis por Neisseria meningitidis
Prevención de la Tuberculosis (TBC)
Bibliografía

Distintas enfermedades infecciosas en pediatría pueden prevenirse indicando medidas específicas, tales como antibióticos quimioterápicos, vacunas, etc.

La profilaxis antibiótica se establece teniendo en cuenta:

- agentes causales;
- sitio de infección;
- fisiopatogenia de la infección;
- condiciones del huésped.

Distintas estrategias de profilaxis están recomendadas para la prevención de las siguientes enfermedades:

- Otitis media recurrente.
- Infección urinaria recurrente.
- Fiebre reumática.
- Endocarditis infecciosa.
- Meningitis bacteriana.
- Tuberculosis.
- Infección neonatal por *Streptococcus agalactiae*.
- Oftalmía neonatal.
- Coqueluche.
- Asplenia.
- Influenza A.

En todas estas situaciones el uso de la profilaxis antibiótica está aprobado por la FDA (Food and Drug Administration de EE.UU.).

En este documento se analizan los fundamentos para el uso de las profilaxis específicas, las indicaciones y las estrategias para implementarlas.

Prevención de la infección urinaria recurrente (IUR)

La infección urinaria se define como recurrente en los niños que presentan 3 episodios o más en 12 meses.

Es sabido que el 30 a 50% de los niños que tuvieron una infección urinaria sufren episodios de recurrencia.

El 90% de estas recurrencias ocurren dentro de los tres meses que siguen al episodio inicial y el 20% son reinfecciones producidas por distintos patógenos urinarios.

La falta de reconocimiento de los episodios de infección urinaria puede llevar al deterioro progresivo del parénquima renal.

La profilaxis antibiótica en niños con IUR es útil para reducir el número de nuevos episodios.

Indicaciones

Debe indicarse profilaxis antibiótica para prevenir episodios de infección urinaria en:

- Niños con reflujo vesicoureteral.
- Niños con anomalías anatómicas que provocan obstrucción urinaria.

- Niños con alteraciones funcionales del tracto urinario.
- Niños con IUR con tracto urinario normal.
- Niños con primer episodio de infección urinaria resuelto con estudios pertinentes en curso.
- Niños con diagnóstico prenatal de malformación urológica severa antes de haber presentado el primer episodio de infección urinaria.

Estrategias

- Los episodios de IUR pueden disminuirse observando las siguientes recomendaciones:
- Insistir en la higiene del periné desde su parte anterior hacia la posterior en las niñas.
- Aumentar el consumo diario de líquidos.
- Aconsejar la repleción vesical cada 3 a 4 horas.
- Aconsejar no retener la orina conteniendo el deseo miccional, especialmente en las niñas.
- Utilizar ropa interior de algodón.
- Evitar la constipación.
- Descartar condiciones anormales de genitales externos (sinequias vulvares, fimosis, epispadias, hipospadias).
- Mantener profilaxis antibiótica durante distintos períodos de tiempo según la condición urológica del niño.

Nota: En los casos de vejiga neurogénica, el manejo es individual y multidisciplinario (urólogo, nefrólogo, infectólogo).

Los antibióticos recomendados para la profilaxis de la IU son:

- Trimetoprima-sulfametoxazol: 2 mg/kg de TMP-10 mg/kg de SMX en 1 toma nocturna cada 24 horas.
- Nitrofuratoína: 1 a 2 mg/kg cada 24 horas.

Las cefalosporinas orales no son recomendables para el mantenimiento de la profilaxis de la IU por seleccionar cepas resistentes de enterobacterias, salvo en situaciones particulares como en lactantes menores de 3 meses.

Prevención de la fiebre reumática (FR)

La prevención de la FR en las personas sin antecedentes de esta enfermedad depende del adecuado diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias causadas por *S. pneumoniae* grupo A estreptocócicas (prevención primaria).

Indicaciones

Los pacientes con enfermedad reumática tienen alto riesgo de desarrollar nuevos episodios de FR después de una infección estreptocócica de la vía aérea superior. Por esta razón deben recibir profilaxis para evitar estas recurrencias.

Estrategias

El régimen preferido es:

- en < de 30 kg 600.000 U de penicilina benzatínica cada 28 días
- en > de 30 kg 1.200.000 U de penicilina benzatínica cada 28 días.

También puede indicarse el uso de penicilina V en dosis de 200.000 a 400.000 U dos veces por día en forma sostenida.

Los pacientes alérgicos a penicilina deben recibir eritromicina, 20 mg/kg/día en una sola toma diaria.

La duración de la profilaxis contra la FR sugerida es:

- no menos de 5 años en pacientes con poliartritis y corea;
- hasta 5 años después del último brote en pacientes con enfermedad sin afectación valvular;
- de por vida en pacientes con carditis reumática con afectación valvular.

En los casos de diagnóstico dudoso de FR frente a hallazgos clínicos no concluyentes debe considerarse la consulta especializada y recordar que el aumento de los títulos de ASTO carece de significación diagnóstica.

En algunas de estas situaciones difíciles de determinar (diagnóstico dudoso), está indicado establecer profilaxis anti FR por un período de 2 a 3 años.

Prevención de la endocarditis infecciosa (EI)

La EI es una enfermedad que ha disminuido su tasa de mortalidad en los últimos años pero que sigue condicionando alta morbilidad.

El uso de antibióticos para prevenirla se considera una medida con muy alta eficacia, por lo que no hay estudios controlados que resulten éticos tratando de demostrar la significación estadística de esta medida en lo que hace a la reducción de la enfermedad.

Se cumplió la profilaxis en 287 pacientes con válvulas protésicas que fueron sometidos a diferentes maniobras quirúrgicas, no constatándose desarrollo de EI.

En 390 pacientes con reemplazos valvulares que requirieron maniobras quirúrgicas y se omitió la profilaxis peri-procedimiento se produjeron 6 casos de EI.

Estos datos permiten inferir que las condiciones cardiológicas del paciente y los procedimientos diagnósticos o terapéuticos sobre superficies mucosas que originan bacteriemias son determinantes del riesgo de EI.

Indicaciones

Las consideraciones iniciales suponen el reconocimiento de la condición de riesgo del paciente para determinar si éste es alto, bajo o muy bajo.

Condiciones de alto riesgo para desarrollar EI

- Válvula protésica.
- EI previa.

- Tetralogía de Fallot.
- Otras cardiopatías congénitas cianóticas.
- Comunicación interventricular (CIV).
- Coartación de aorta.
- Valvulopatía aórtica reumática o de otro origen.
- Insuficiencia mitral reumática o de otro origen
- Fístulas A-V (ductus arterioso permeable, shunt sistémico pulmonares).

Condiciones de bajo riesgo para desarrollar EI

- Prolapso de válvula mitral.
- Enfermedad de la válvula tricúspide.
- Hipertrofia septal asimétrica.
- Estenosis mitral.
- Enfermedad valvular degenerativa.

Condiciones de muy bajo riesgo o sin riesgo para desarrollar EI

- Prolapso mitral sin regurgitación.
- Enfermedad coronaria (aneurisma coronario, anomalía coronaria).
- Comunicación interauricular (CIA).
- Marcapaso cardíaco.
- CIV de cierre espontáneo.
- Cierre quirúrgico de ductus arterioso, CIA o CIV sin shunt residual.

Frente a procedimientos bacteriémicos los pacientes de alto y bajo riesgo deben recibir profilaxis antibiótica.

Dichos procedimientos son:

- Maniobras odontógenas con sangrado gingival o mucoso, incluyendo la limpieza profesional de la dentadura.
- Tonsilectomía y adenoidectomía.
- Cirugías o biopsias sobre la mucosa respiratoria
- Fibrobroncoscopía con endoscopio rígido
- Incisiones y drenajes de tejidos infectados
- Procedimientos quirúrgicos o instrumentación del tracto genitourinario y digestivo.

No es necesario indicar profilaxis antibiótica en:

- Procedimientos dentales que no produzcan sangrado.
- Intubación endotraqueal.
- Colocación de tubos de timpanostomía
- Cateterismo cardíaco
- Cesárea

- Aborto terapéutico

Estrategias

En los pacientes con riesgo de desarrollar EI es necesario:

- Insistir en la importancia de mantener el control odontológico periódico.
- Aconsejar el uso de Clorhexidina sobre superficies mucosas antes de la realización de maniobras odontológicas con sangrado.
- Indicar antibióticos profilácticos frente a la realización de procedimientos bacteriémicos.
- Recomendar regímenes de administración IM o IV a aquellos pacientes que van a someterse a una anestesia general con riesgo de aspiración (ej.: adenoidectomía en niños pequeños).

Situaciones especiales

- Pacientes que reciben anticoagulantes: En estos casos se recomienda el uso de regímenes orales o endovenosos por la imposibilidad de usar la vía intramuscular en pacientes que toman anticoagulantes orales.
- Pacientes con insuficiencia renal: Debe recordarse en esta situación la necesidad de ajustar antibióticos como la vancomicina y la gentamicina a la función renal del paciente.

Prevención de la otitis media recurrente (OMR)

Si bien la prevención de los nuevos episodios de otitis media puede lograrse mediante una variedad de medidas médicas y quirúrgicas (ver tabla 1), sólo desarrollaremos los fundamentos y las estrategias de la quimioprofilaxis.

La base racional de este método es el uso de dosis reducidas de antibióticos que, administrados por ciertos períodos de tiempo, disminuyen la tasa de colonización del tracto respiratorio superior con agentes patógenos, con la consiguiente reducción de los episodios de otitis media aguda (OMA).

La OMR se define como la aparición de 3 episodios de OM en 6 meses o 4 en un año. Es importante remarcar que los niños con episodios de OMA en etapas tempranas de la vida (menores de 6 meses) o que tienen hermanos con infecciones de oído severas y recurrentes o con 2 episodios en el primer año de vida, también deben ser considerados como pacientes que se benefician claramente con la indicación de quimioprofilaxis. Así, resulta evidente que los niños que más reducen la incidencia de OMA con el uso de antibióticos profilácticos son:

- los menores de 2 años;
- los que cumplen con las tomas diarias sin omisiones.

Es reconocida la baja frecuencia de efectos adversos de esta medida.

Indicaciones

La profilaxis antibiótica para evitar infecciones recurrentes del oído medio está indicada en casos de:

- OMR especialmente en menores de 2 años.
- OMR con derrame persistente.
- Niños con episodio inicial antes del sexto mes de vida.
- Niños con episodios de OMR y menos de 6 meses de lactancia materna.

Frente a los episodios de OMR debe recordarse que la profilaxis antibiótica es una alternativa transitoria hasta realizar la consulta especializada.

Estrategias

- Propiciar la lactancia materna.
- Desaconsejar el hábito de fumar en el ámbito familiar.
- Reducir, en lo posible, el tiempo de guardería.
- Establecer profilaxis antibiótica en las situaciones indicadas con: Trimetoprima/sulfametoxazol 4 mg/kg de TMP y 20 mg/kg de SMX durante un tiempo no mayor de 90 días o durante el curso del invierno o hasta que se resuelva la situación predisponente.
- Aconsejar la administración nocturna del antibiótico porque ofrece el mejor cumplimiento.
- Recomendar el lavado de dientes o el consumo de una fruta astringente después de la administración del jarabe con el fin de reducir el riesgo de caries dentales.

Tabla 1

<u>Estrategias para la prevención de la OM</u>	
Quimioprofilaxis antibiótica	ATB seleccionados por tiempos cortos
Inmunoprofilaxis	Lactancia materna Gammaglobulinas específicas
Cirugía	Tubos de ventilación Adenoidectomía
Mejoramiento de factores ambientales	Reducción de fumadores en el hogar Reducción del tiempo de guardería

Prevención de la infección neonatal por *Streptococcus agalactiae* o *Streptococcus beta hemolítico del grupo B* (SbetaHb)

La colonización mucosa del RN con SbetaHb es el resultado de la transmisión vertical en el pasaje por el canal de parto o de la contaminación intraútero por vía ascendente favorecida por la existencia de rotura prematura de membranas.

La tasa de transmisión vertical oscila entre el 29 al 72% (media de 50%).

La presencia de un gran inóculo en las mujeres colonizadas condiciona mayor riesgo de enfermedad invasiva en los hijos.

Tal riesgo en los niños colonizados depende de:

- la edad gestacional;
- la existencia de rotura prematura de membranas o corioamnionitis;
- las condiciones del nacimiento.

La tasa global de enfermedad invasiva es del 7%.

Estudios controlados demostraron que la profilaxis antibiótica logra:

- reducción de la tasa de colonización de un 50% a un 9%;
- reducción de la bacteriemia de un 6% a un 0%.

Indicaciones

Todas las mujeres gestantes, preferentemente entre las 34 a 36 semanas, deben ser estudiadas para descartar la portación del SbetaHb, efectuando un hisopado de la porción inferior de la vagina y de la región anorrectal.

Las muestras deben ser transportadas en medios líquidos selectivos con gentamina y ácido nalidíxico.

Los resultados de estos cultivos deben ser tenidos en cuenta en el momento del parto para la toma de conductas en aquellas mujeres que presenten:

- trabajo de parto antes de las 37 semanas;
- rotura prematura de membranas antes de las 37 semanas;
- rotura de membranas de más de 18 horas de evolución;
- fiebre u otro signo sugestivo de infección durante el trabajo de parto
- nacimiento múltiple;
- antecedente de diabetes.

Existen, además, tres situaciones puntuales homologables a la demostración de colonización por SbetaHb que deben ser consideradas para indicar profilaxis específica:

- la bacteriuria materna por SbetaHb que requiere tratamiento durante el embarazo;
- el antecedente de infección urinaria materna por SbetaHb;
- el antecedente de un hijo anterior con enfermedad invasiva por SbetaHb.

Estas condiciones predicen un alto grado de colonización materna.

Estrategia

En las situaciones mencionadas debe indicarse:

Ampicilina intraparto 2 g en una dosis de carga y luego 1 g cada 4 horas hasta el nacimiento.

En mujeres alérgicas a penicilina debe usarse clindamicina o eritromicina en las dosis

usuales para el adulto.

Como estrategia en desarrollo debe mencionarse la inmunoprofilaxis específica que propende al uso de vacunas conjugadas que utilizan proteínas transportadoras para mejorar la antigenicidad del polisacárido del SbetaHb.

Prevención de la oftalmía neonatal

La oftalmía neonatal producida por *Neisseria gonorrhoeae* se presenta usualmente como una conjuntivitis supurada, unilateral o bilateral, dentro de las dos primeras semanas de vida.

La oftalmía neonatal producida por *Chlamydia trachomatis* también se expresa con supuración, habitualmente bilateral en el 50 al 77% de los niños infectados durante el nacimiento.

Ambas infecciones pueden dar lugar a secuelas graves como úlceras de córnea y ceguera, por lo que deben prevenirse sistemáticamente.

Indicaciones

Esta profilaxis debe cumplirse en todos los recién nacidos, aun en los nacidos por cesárea.

Estrategia

La profilaxis de la oftalmía neonatal se logra a través del uso de medicación tópica como:

Nitrato de plata al 1%.

Eritromicina al 0,5%.

Tetraciclina al 1%.

La efectividad de la eritromicina en la prevención de la oftalmía por *Neisseria gonorrhoeae* productora de beta lactamasa aún no ha sido establecida.

La administración de la profilaxis local debe estar precedida por la limpieza ocular con solución fisiológica. Las gotas o ungüentos utilizados con los fármacos de eficacia reconocida ya mencionados deben colocarse en el saco conjuntival de cada ojo.

Prevención de infecciones graves en el niño esplenectomizado o con asplenia funcional o real

Es bien conocido que los pacientes con asplenia congénita, posquirúrgica o funcional (anemia de células falciformes u otras hemoglobinopatías) tienen alto riesgo de desarrollar sepsis fulminante o infección bacteriana fatal por microorganismos capsulados tales como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis*. Las infecciones por bacilos gramnegativos resultan mucho menos frecuentes.

El uso de antibióticos profilácticos y vacunas son estrategias efectivas para la reducción de las infecciones graves en estos huéspedes. De todas maneras, la protección no es absoluta ya que existen publicaciones de sepsis neumocócica en pacientes esplenectomizados bajo régimen de profilaxis que recibieron vacunas.

Indicaciones

- Niños con asplenia congénita.
- Niños con asplenia funcional.
- Niños con esplenectomía traumática.
- Niños en los que se programa la esplenectomía por enfermedad hematológica (2 semanas antes de la fecha de cirugía).

Estrategia

La penicilina en dosis de 20.000 UI dos veces por día por vía oral asegura niveles séricos adecuados para la prevención de bacteriemias por gérmenes capsulados. En los menores de 5 años se recomienda el uso de amoxicilina a 20 mg/kg/día por su mejor actividad contra el *Haemophilus influenzae* tipo b.

Otra alternativa es la trimetoprima/sulfametoxazol en una dosis de 4 mg/kg/día de trimetoprima.

La duración de la profilaxis no ha sido claramente definida.

Algunos autores recomiendan el mantenimiento de esta medida de por vida, especialmente en los casos graves.

En las esplenectomías relacionadas a traumatismos u otro tipo de accidentes, en huéspedes inmunocompetentes de base, un período de 5 años de mantenimiento de la profilaxis podría resultar suficiente.

En los pacientes asplénicos está recomendado el uso de las siguientes vacunas:

- Anti *Haemophilus influenzae* tipo b: 1 sola dosis en los mayores de 15 meses y en los menores el esquema se indica según la edad del niño.
- Anti *Streptococcus pneumoniae*: sólo en los mayores de 2 años, 1 dosis y revacunación cada 3 a 5 años.
- Anti *Neisseria meningitidis* ACWY: en los mayores de 2 años 1 sola dosis.
- Anti *Neisseria meningitidis* B y C: en los mayores de 4 años 2 dosis con un intervalo de 8 semanas entre ambas.
- Antiinfluenza: a partir de los 6 meses 1 sola dosis y revacunación anual en la temporada preinvernal.

Prevención de infección por bordetella pertussis

El uso de eritromicina como profilaxis es efectivo para evitar la enfermedad sintomática y para erradicar la colonización en los contactos con el enfermo de coqueluche.

Si bien las vacunas brindan un 70 a 80% de protección, esta medida se aconseja en situaciones especiales.

Indicaciones

Los contactos domiciliarios del caso puntual y los miembros de comunidades cerradas (escuelas, guarderías) en situación de brote deben recibir profilaxis antibiótica.

Estrategia

Se debe indicar el uso de eritromicina en niños y adultos en las dosis siguientes:

Niños: 50 mg/kg/día repartidos en 4 dosis cada 6 horas VO.

Adultos: 500 mg 2 veces por día VO.

El tiempo aconsejado de mantenimiento de esta medida es de 14 días.

Prevención de la influenza A

Esta infección viral puede tener un curso grave en los pacientes con enfermedad respiratoria o cardíaca de base.

Por tal motivo, se recomiendan ciertas medidas de prevención de esta virosis en el período preinvernal.

Indicaciones

Las medidas específicas en cuestión deben considerarse en:

- Niños con inmunodeficiencia de base (leucemias, linfomas).
- Niños con infección por HIV.
- Niños con cardiopatías congénitas.
- Niños con miocardiopatía dilatada.
- Niños con displasia broncopulmonar.
- Niños con enfermedad fibroquística.
- Niños con otras enfermedades pulmonares crónicas (asma, bronquiectasias, etc.).

Estrategia

La prevención de la influenza A supone el uso de antivirales y vacuna específica.

Las medidas deben implementarse de la siguiente forma:

Amantadina o rimantadina en dosis de 5 a 8 mg/kg/día (200 mg/día dosis máxima) en una o dos administraciones diarias, durante los períodos de epidemia, en los 14 días que siguen a la administración de la vacuna.

En las situaciones de mayor gravedad, la vacuna, junto con la administración sostenida de rimantadina, ofrece un 90% de protección vs. el 70% que otorga la vacuna aisladamente.

Los niños con la enfermedad de base señalada deben recibir, después de los 6 meses de vida, vacuna antiinfluenza anualmente. La misma debe ser indicada antes del período de prevalencia estacional de esta enfermedad.

Prevención de la meningitis bacteriana

La meningitis bacteriana es una infección prevalente en los primeros años de la vida.

El desarrollo y mejoramiento de vacunas en los últimos años ha significado que la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b resulte una infección erradicada en ciertos países, que las vacunas conjugadas contra *Streptococcus pneumoniae* sean una realidad en un futuro cercano y que también se esté avanzando en el mejoramiento de las vacunas antimeningocócicas.

Entre tanto, es necesario establecer medidas concretas frente a los casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis*.

Prevención de la meningitis por Haemophilus influenzae tipo b

Indicaciones

El riesgo de infección por Haemophilus influenzae tipo b es alto en los contactos íntimos (se define así a quienes tienen más de 4 horas diarias o 25 horas semanales de contacto) con menores de 4 años. Por esta razón, las familias con menores de 48 meses deben recibir profilaxis antibiótica (incluyendo a los adultos).

De esta manera se erradica el estado de portación en un 95% de los casos.

Los contactos vacunados en forma completa también deben recibir profilaxis antibiótica.

El caso índice medicado con ceftriaxona no requiere decolonización con rifampicina.

Las mujeres embarazadas deben recibir profilaxis específica con ceftriaxona.

Para los contactos de guarderías, la eficacia de la profilaxis no es bien clara, pero se debería utilizar en los grupos de niños menores de 24 meses con más de 25 horas semanales de contacto.

Es importante remarcar la necesidad de vacunar con vacunas conjugadas contra Haemophilus influenzae tipo b a los menores de 5 años, ya que éstas han demostrado claramente su eficacia en la prevención de las infecciones graves producidas por este agente causal.

Estrategia

El uso de profilaxis antibiótica se indica en:

- Contactos domiciliarios, especialmente habiendo menores de 4 años.
- Embarazadas que formen parte del núcleo familiar con menores de 4 años.
- Guarderías donde se haya producido un segundo caso en menores de 2 años, quedando comprendidos en esta medida los otros niños y el personal.

El antibiótico de elección en estos casos es la rifampicina en dosis de 20 mg/kg (600 mg dosis máxima) una vez al día durante 4 días.

Algunos autores recomiendan en los menores de 1 mes una dosis de 10 mg/kg de esta medicación.

Las mujeres gestantes que requieran profilaxis deben recibir ceftriaxona en una dosis única de 250 mg IM.

Prevención de la meningitis por Neisseria meningitidis

Indicaciones

La profilaxis antibiótica para la prevención de esta enfermedad está indicada en los contactos íntimos y de la guardería.

Debe ser indicada lo antes posible, así como también es importante recalcar que el personal médico, excepto que haya efectuado maniobras directas de reanimación al caso índice, no requiere de esta medida en cuestión.

El caso índice debe ser decolonizado al finalizar el tratamiento específico. Las embarazadas que mantengan contacto prolongado con él también necesitan profilaxis específica.

Estrategias

El antibiótico utilizado en estos casos es la rifampicina en dosis de 10 mg/kg/dosis cada 12 horas (600 mg cada 12 horas dosis máxima) durante 2 días.

En la mujer gestante la indicación es una única dosis intramuscular de ceftriaxona de 250 mg.

La ciprofloxacina en una dosis única de 500 mg es una alternativa útil en el adulto.

Si bien no está documentada la utilidad de la vacuna antimeningocócica B y C para el manejo de contactos, en los mayores de 4 años algunos autores recomiendan su utilización sin que esto invalide la indicación de administrar rifampicina.

Prevención de la Tuberculosis (TBC)

La tuberculosis es, en la actualidad, una enfermedad grave de distribución mundial que causa 10 a 12 millones de nuevos casos y 3 millones de muertes por año.

Por otra parte, la epidemia producida por el virus de inmunodeficiencia humana ha condicionado cambios en la epidemiología de la TBC, marcando así la necesidad de revisar las pautas conocidas de tratamiento y profilaxis de esta infección.

La necesidad de indicar profilaxis anti-TBC debe considerarse individualmente valorando:

- el riesgo relativo de infección;
- la posibilidad de inducir hepatotoxicidad;
- las condiciones especiales de cada paciente.

Se estima, globalmente, que el riesgo de desarrollar la enfermedad es muy difícil de prever en los distintos grupos poblacionales.

En pediatría debe considerarse, además, el riesgo de TBC congénita en los hijos de madres gestantes con distintas formas de diseminación hematógena.

Indicaciones

Debe indicarse profilaxis anti-TBC en:

- a. Niños en contacto con enfermo bacilífero hasta 3 meses después de la negativización de aquél y durante un tiempo no mayor de 6 meses.
- b. Niños mayores de 1 mes y menores de 15 años convivientes de un paciente bacilífero.
- c. Niños con enfermedades inmunosupresoras (infección por HIV, enfermedades linfoproliferativas, trasplantados, etc.).
- d. Recién nacido en contacto con enfermo bacilífero.
- e. Recién nacido hijo de madre con TBC activa o en tratamiento durante el embarazo.

Estrategias

A los pacientes comprendidos en los puntos a y b se les debe indicar isoniacida 5 mg/kg/día durante 6 meses.

A los pacientes comprendidos en el punto c se les debe indicar isoniacida de por vida en los casos más graves, si han padecido previamente la enfermedad, considerando el alto riesgo de reactivación o por un período no menor a 12 meses.

Los pacientes comprendidos en el punto d deben recibir BCG intradérmica e isoniacida

durante 6 meses.

Los pacientes comprendidos en el punto e deben ser estudiados para descartar TBC congénita, ya que de estar enfermos deberán recibir el tratamiento completo.

De resultar libres de infección congénita, deben recibir BCG intradérmica e isoniacida durante un período no menor a 6 meses.

En aquellas situaciones en que la madre sea bacilífera con menos de 2 semanas de tratamiento se deberá considerar, además, la supresión de la lactancia.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control: Prevention and control of influenza: Recommendations of the immunization practices advisory committee. (ACIP). MMWR 39 (RR-7): 1990, 1-15.
2. International Rheumatic Fever Study Group: Allergic reactions to long-term benzathine penicillin prophylaxis for rheumatic fever. Lancet 1991; 337: 1308-1310.
3. Greenough A, Osborne J, Sutherland S. Congenital, perinatal and neonatal infections. First published 1992.
4. Liston TE. Prevention of recurrent otitis media. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 278-286.
5. Larsen J, Dooley S. Group B streptococcal infections: An obstetrics viewpoint. Pediatrics 1993; 91: 148-149.
6. Peter G, Lepow M, Mc Craken G, Phillips C. Profilaxis antibiótica. Red Book Enfermedades infecciosas en pediatría. Comité sobre Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics, 1994.
7. Pickering L, Hadler S. Tratamiento y prevención de infecciones en guarderías y escuelas. Tratado de Infecciones en Pediatría. Cap 203, Feigin R, Cherry J. 3a Ed. 1994.
8. Steele RW. The clinical handbook of pediatric infectious diseases 1994. Cap 3, Prevention. 67-96.
9. Durack D. Profilaxis of infective endocarditis. Principles and practice of infectious disease. Cap. 60. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Fourth Edition. 1995.
10. Bitar C, Steele R. Antibiotics in children. Use of profilactic antibiotics in children. Advances in pediatric infectious diseases. Vol 10. Mosby Year Book. 1995.