

CAPÍTULO 6 QUIMIOPROFILAXIS

- 6.1.- Definición y Objetivos
- 6.2 – Tipos de Quimioprofilaxis
- 6.3 – Indicaciones de Quimioprofilaxis
 - 6.3.1 – Contacto de Caso Índice Bacilífero
 - 6.3.2 – Viraje Tuberculínico Reciente
 - 6.3.3 – Persona con infección por VIH
 - 6.3.4 – Fibróticos Pulmonares
 - 6.3.5 – Paciente con Tratamiento con Inmunosupresores
- 6.4 – Esquemas de Quimioprofilaxis
 - 6.4.1 – Esquema de Primera Opción
 - Efectos Adversos
 - Seguimiento y Supervisión de la Quimioprofilaxis
 - 6.4.2 – Esquema Alternativo
 - 6.4.3 – Otros Esquemas

6. 1 - Definición y Objetivos

La QP es uno de los objetivos de la realización del control de contactos. Su no aplicación, cuando los criterios de indicación están presentes, implican la pérdida de una excelente oportunidad de prevención de la enfermedad.

La quimioprofilaxis (QP) consiste en la administración precoz de un tratamiento antituberculoso con el fin de:

- 1- prevenir la infección de los individuos que están expuestos a fuentes de infección con alto riesgo de contagio ó
- 2- evitar que desarrollen la enfermedad aquellos que han sido infectados recientemente.

6.2 - Tipos de Quimioprofilaxis

En el primer caso esta medida recibe el nombre de *quimioprofilaxis primaria* (QPP) y en el segundo *quimioprofilaxis secundaria* (QPS) o tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITL).

Las personas que se incluyan en QP deben ser adecuadamente informadas sobre los objetivos del tratamiento y la importancia que éste tiene para su propia salud y la de sus familiares. No obstante, se puede presentar una elevada tasa de abandonos ya que se trata de un tratamiento de duración prolongada, los individuos a tratar son sanos y pueden no ser plenamente concientes de la utilidad del tratamiento y por el temor a los posibles efectos secundarios

Antes de iniciar el tratamiento quimioprofiláctico, SIEMPRE debe descartarse la existencia de una enfermedad tuberculosa activa

6.3 – Indicaciones de la Quimioprofilaxis

La quimioprofilaxis (QP) debe realizarse en:

6.3.1 - Contacto de CI bacilífero - Contacto cuyo caso índice es un caso de TB pulmonar confirmada bacteriológicamente, sobre todo de aquellos diagnosticados por baciloscopías (ver Control de Contactos).

6.3.2 - Viraje tuberculínico reciente – El viraje tuberculínico reciente, o conversión tuberculínica, es el cambio de los resultados en las pruebas tuberculínicas que presenta una persona dentro de un período de hasta dos años atrás; si tenía una pápula menor de 10 milímetros y el resultado actual, una vez reiterada la prueba, es una pápula igual o mayor a 10 mm.

Es importante tener en cuenta que si la persona cumple con una o más de las siguientes condiciones, el viraje tuberculínico se configura cuando la pápula actual es ≥ 5 mm:

- contacto de un CI con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente,
- personas con infección VIH
- personas con alteraciones radiológicas del tórax compatibles con TB, no tratadas previamente
- pacientes inmunosuprimidos que reciben el equivalente de ≥ 15 mg de prednisona por día por ≥ 1 mes u otras drogas inmunosupresoras

La comprobación del viraje tuberculínico sólo es posible si los resultados de las pruebas tuberculínicas están adecuadamente documentados

6.3.3 - Persona con infección por VIH – La persona con infección por VIH cuya prueba tuberculínica de cómo resultado una pápula de 5 o más mm (ver tratamiento preventivo en pacientes infectados VIH) debe recibir QP independientemente de su condición de contacto.

6.3.4 - “Fibróticos Pulmonares” – Son adultos con lesiones fibrosas de más de 1 cm que sugieren la posibilidad de la secuela tuberculosa y que nunca hubieran sido tratados con drogas anti-tuberculosas.

6.3.5 - Pacientes en tratamiento con inmunosupresores – Los pacientes que reciben el equivalente de ≥ 15 mg de prednisona por día por ≥ 1 mes u otras drogas inmunosupresoras constituyen otro grupo de indicación de QP.

6.4 - Esquemas de Quimioprofilaxis

6.4.1 - Esquema de Primera Opción - El esquema recomendado de QP es el que consiste en administrar isoniacida (INH) a la dosis estándar de 300 mg/día en adultos y 10 mg/kg en niños, (no superar 300 mg), durante seis meses. La INH se administrará seis días por semana (por ejemplo, de lunes a sábado).

- **Efectos adversos** – Los efectos adversos de la QP con INH son poco frecuentes. Su incidencia aumentan con la edad, el consumo de alcohol o las hepatopatías. (ver efectos adversos capítulo 5)

- **Seguimiento y Supervisión de la QP** – Toda persona que realice QP deberá concurrir a control con médico tratante/médico supervisor del PNC-TB, a efectos de evaluar la adherencia al tratamiento y pesquisar la aparición de efectos adversos atribuibles a la

medicación. Con este fin se recomienda una consulta una vez por mes durante todo el período de tratamiento.

En todos los casos se encomendará a los pacientes, (padres/tutores en el caso de niños), que vigilen la aparición de signos y/o síntomas sugestivos de toxicidad: dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia, anorexia ictericia y coluria. Si ello ocurriere el paciente suspenderá de inmediato el tratamiento y consultará a la brevedad posible con el establecimiento de salud correspondiente.

Es deseable que a todo individuo que inicie QP se le realice un funcional hepático basal. En individuos alcohólicos, infectados VIH o pacientes con alguna hepatopatía, se realizarán estudios funcionales hepáticos al inicio y luego una vez al mes o cuando lo sugiera la evolución clínica.

Es altamente deseable que la QP sea supervisada en su totalidad. Si ello no es posible, la medicación entregada serán las dosis necesarias para cubrir de 7 a 10 días de tratamiento.

6.4.2 - Esquema alternativo – En algunas situaciones puede emplearse el esquema INH, con las mismas dosis indicadas en régimen el anterior, más la administración de rifampicina (R/AMP). Los adultos recibirán este último fármaco de acuerdo al peso corporal:

- Adultos: - peso ≥ 50 k: 600 mg/día
- peso < 50 k: 450 mg/día
- Niños: - 10 mg/k de peso (no superar 300 mg)

Ambas drogas se administrarán 6 días por semana (por ejemplo, lunes a sábado). La duración total del tratamiento es de tres meses.

Este esquema se indica en.

- contactos menores de 6 años, cuyo CI es un caso de TB pulmonar confirmada bacteriológicamente, fundamentalmente aquellos diagnosticados por baciloscopías (ver Control de Contactos).
- Sujetos privados de libertad, contactos de un CI con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente

Este esquema se indicará ÚNICAMENTE si el tratamiento puede administrarse bajo estricta supervisión.

6.4.3 – Otros esquemas – Si se cuenta con la información que el CI presenta bacilos resistentes a INH, se administrará un esquema de QP consistente en R/AMP a las dosis descritas, durante 4 meses.

Para otros patrones de resistencia a las drogas antituberculosas, poco frecuentes en nuestro país, se consultará a los Centros Periféricos del PNC-TB-CHLA-EP.