

Subcomisiones y Comités

Tuberculosis infantil. Modificaciones a los criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil

Comité Nacional de Neumonología* y Comité Nacional de Infectología**

Casi una tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo tuberculoso y una de cada diez de esas personas padecerá una tuberculosis activa. Todos los años, se registran 12.000 nuevos casos de tuberculosis en la República Argentina (30 personas enferman por día, una cada 40 minutos).

Detectada a tiempo, la tuberculosis se cura. Para esto es necesario reforzar las acciones y actividades destinadas a lograr que toda la población, particularmente aquella en situación de mayor vulnerabilidad para contraer tuberculosis, tenga acceso a las medidas básicas de prevención, detección precoz, tratamiento efectivo y completo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni", responsable del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Argentina, realizó en 2005 la readecuación de las Normas Técnicas Nacionales para Tuberculosis Infantil y Quimioprofilaxis.

Con el objetivo de unificar la nomenclatura de clasificación utilizada en pediatría y la propuesta por el Programa Nacional¹ para simplificar su aplicación en el primer nivel, se plantearon las siguientes modificaciones a los "Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil" de la Sociedad Argentina de Pediatría.²

TRATAMIENTO

Forma	1ª fase	2ª fase	Total
Moderada (Categoría III de la Clasificación de OMS)	2HRZ	4 HR	6
Grave (Categoría I de la Clasificación de OMS)	2HRZE o 2HRZS	4 HR	6
Miliar, meníngea osteoarticular y VIH/SIDA	2HRZE o 2HRZS	7 a 10HR diaria	9-12

QUIMIOPROFILAXIS

Indicación prioritaria	<15 años contactos de Tb bacilíferos	< 5 años: H 6 meses
		5 - 15 años tuberculino (-): H hasta descartar viraje
Otras	Primoinfectados menores de 5 años Tuberculino (+) en situaciones clínicas especiales (silicosis, diabetes, inmunosupresores, etc.)	

* **Comité Nacional de Infectología:**

Secretaria: *Dr. Miriam Bruno*. Prosecretario: *Dr. José Marcó del Pont*.
Vocales titulares: *Dres. Alejandro Ellis, Héctor Abate, Raúl Ruwinsky*.
Vocales suplentes: *Dras. Carlota Russ, Rina Moreno y Ana Ceballos*.

** **Comité Nacional de Neumonología:**

Secretario: *Dr. Jorge Urrutigoity*. Prosecretario: *Dr. Fernando Rentarí*.
Vocales titulares: *Dres. Claudio Castaño, Mónica Chort, María Carlota Pérez*.
Vocales suplentes: *Dres. Verónica Aguerre, Víctor Pawluk y Santiago Vidaurreta*.

PRUEBA TUBERCULÍNICA (PPD)

En la población inmunocompetente, se considera positiva una reacción con una induración de 10 milímetros o mayor y en los niños infectados con el VIH de 5 milímetros o más, pero se debe tener en cuenta que la prueba tuberculínica se relaciona con la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, tanto reciente como previa.

Una reacción negativa no descarta la infección tuberculosa y también pueden presentarse falsas reacciones positivas. Además, no es posible distinguir una reacción inducida por la BCG de la causada por una infección natural.

BCG

Debe aplicarse a todo recién nacido con peso de nacimiento de 2.000 g o más, antes de salir de la maternidad.

No se requieren dosis adicionales luego de los 6 años de edad, aún cuando no hubiera recibido la 2ª dosis al ingreso escolar.

Estas pequeñas modificaciones han sido aceptadas por el Comité Nacional de Neumonología y el Comité de Infectología, que participaron en la confección del mencionado documento. ■

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices para los Programas Nacionales de Tuberculosis. Publicación WHO/TB/97.220.
2. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumonología y Comité Nacional de Infectología. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2002; 100(2):159-178.

Memorias de un editor científico

Richard Smith, Editor del British Medical Journal

“Me costó muchos años darme cuenta que malinterpretaba completamente lo que hacían las revistas. Imaginaba que los médicos abrían sus BMJ los viernes por la mañana, se enteraban de las innovaciones y las utilizaban en el próximo paciente relevante. Muchos todavía parecen aferrarse a esta ingenua visión de la función de las revistas. De hecho, las palabras sobre papel rara vez conducen directamente al cambio –y menos mal que no lo hacen, teniendo en cuenta las tonterías que a menudo publican las revistas–. Lo que las revistas hacen mejor es lo que el resto de los medios hacen mejor: provocar, dar lugar a debates, alterar, sondear, legitimar y establecer agendas. **Son buenas a la hora de decir a los lectores en qué pensar, pero no qué pensar**, y los números monográficos pueden resultar especialmente exitosos a la hora de exponer temas importantes, pero olvidados, a los médicos. Poco a poco, el contenido de las revistas pasa de ser, en su mayoría, estudios originales –**de los cuales sólo un 1% aproximadamente resultan tanto válidos como relevantes para los médicos**– a ser un material de debate, instructivo, de revisión y lleno de novedades –es decir, un material que los médicos lean–”.

(BMJ) ENTRE 1991 Y 2005.