

viene usarla en cirróticos y alcohólicos, porque aumenta las lesiones hepáticas.

Cicloserina. Droga convulsivante usada en los últimos años como antituberculosa con buenos resultados. La dosis es de 15 mg/kg/día, comenzando la administración en forma gradual para evitar el fenómeno de Herheimer: 250 mg/kg/día hasta llegar a la dosis máxima de 750 mg diarios. Cuando la uremia es alta, hace una fijación en el nitrógeno, dando cuadros de toxicidad más fácilmente (Lattimer 1959, "Medical Clinics"). La intolerancia se manifiesta principalmente sobre la esfera psíquica del enfermo, traducida por fobia, cefaleas, vértigos, irritabilidad e inclusive convulsiones. Se recomienda no dar ningún estimulante, como la cafeína o teobromina cuando se está usando esta droga.

Kanamicina. Bacteriostática, pudiendo llegar a ser bactericida. La dosis diaria es de 1 g/día, ya sea intramuscular o endovenosa. Si es un niño, 15 mg/kg/día. Generalmente se la alterna con la viomicina. La excreción renal es de 80 %, de ahí la eficacia en la TBC urinaria. Se la utiliza asociada a otras drogas antibacilares. Su principal inconveniente es la ototoxicidad y nefrotoxicidad, no recomendándose su uso en las insuficiencias renales. Se recomienda no pasar de 15 a 20 g como tratamiento total.

Pirazinamida. Bacteriostática. La dosis es de 30 a 40 mg/kg/día. No se deben pasar los 3 g diarios. Es poco usada a pesar de su efectividad. Muy útil en los preoperatorios. El inconveniente mayor es la hepatotoxicidad, exigiendo controles de función hepática cada 2 meses. No se recomienda pasar de los 2 a 3 meses de tratamiento porque la resistencia aparece muy fácilmente. Además puede originar cuadros de gota aguda.

Capreomicina. Bacteriostática. La dosis es de 1 g/día durante 2 meses; luego 1 a 2 veces por semana. La vía es la intramuscular. La excreción renal llega a 50 %. Ataca al octavo par, provoca trastornos sanguíneos y puede dar cuadros de hematuria y albuminuria.

Protionamida. Bacteriostática y bacteriolítica. Se usa la dosis de 10 a 15 mg/kg/día, llegando de 0,50 a 1 g diario. La vía de administración es la oral. Esta droga puede dar cuadros hepatotóxicos.

Morfocinamida. Bacteriostática. Dosis de 2 a 3 g diarios. Es hepatotóxica y eleva los niveles de ácido úrico.

Tiosemicarbazona. Bacteriostática. La vía es oral; 150-mg/kg/día. Siempre se la usa asociada a la INH y SM; los resultados para algunos autores son buenos. Lo útil es el precio de la droga. La intolerancia se manifiesta a través de trastornos digestivos.

Thiocarlid (Isoxil). Bacteriostático. La administración es por boca; 100 mg/kg/día, siempre unida a la INH + SM. Es una droga antileprosa. El efecto puede ser durable, ya que demora días en ser eliminada del organismo.

Viocina (SO₄ de Viomicina). Bactericida. Se la administra por vía intramuscular. La dosis de 1 g diario alternada con la KAN, se elimina por riñón. El inconveniente es su nefrotoxicidad y ototoxicidad (más aún que la SM). Se recomienda no pasar de 2 a 3 meses de tratamiento.

Nuestras pautas de tratamiento

1. Comenzamos todos nuestros tratamientos con 3 drogas de primera línea.
2. Si el antibiograma nos indica un esquema diferente al tratamiento establecido, modificamos nuestra terapéutica en concordancia al resultado del mismo.
3. Preferentemente usamos INH + RF + ETH.
4. Duración del tratamiento, hasta el año; luego 2 y 1 droga hasta completar los 2 años.
5. Introducimos cambios en el tratamiento:
 - por intolerancia del medicamento;
 - por ineficacia o resistencia;
 - por razones económicas o propias de cada enfermo.
6. Dosajes de uremia, eritrosedimentación y orina completa todos los meses.
7. Pielografías de control cada 6 meses.

Corticosteroides. Nosotros pensamos que el corticoide puede usarse previa bacteriología y cultivo negativo siempre cubierto con 3 drogas, teniendo preferencia por rifampicina y el etambutol, a los que no se les reconoce resistencia primaria. Lo indicamos fundamentalmente cuando detectamos una estenosis obstructiva.