

PROFILAXIS ANTIFÚNGICA CON FLUCONAZOL EN EL PRETÉRMINO EXTREMO

V1. MARZO 2026.

1. JUSTIFICACIÓN

La infección fúngica invasiva (candidiasis invasiva) produce una alta morbilidad y mortalidad en los recién nacidos pretérmino por debajo de la semana 28, y especialmente en los menores de 26. Las cepas de *Candida* más frecuentemente implicadas son *C. albicans* y *C. parapsilosis*; en menor medida encontraremos *C. glabrata*, habitualmente resistente a azoles.

La candidiasis sistémica es una tormenta perfecta que ocurre por combinación de varios factores: algunos son intrínsecos del huésped (inmunodepresión ligada a la EG, inmadurez cutánea), y el resto son factores exógenos, necesarios para su vida en cuidados intensivos, entre los cuales destacan:

- Catéter venoso central (umbilical, epicutáneo, etc.), y en menor medida catéteres en mucosas (sonda urinaria, tubo endotraqueal, sonda gástrica, etc.)
- Antibióticos de uso prolongado, en especial los de amplio espectro (carbapenems y cefalosporinas de 3ª generación son los que más favorecen la colonización fúngica de piel y mucosas)
- Dieta absoluta, que produce alteración y desplazamiento de la microbiota digestiva
- Patología gastrointestinal (enterocolitis necrosante, perforación intestinal, gastrosquisis, etc.)
- Corticoides sistémicos
- Medicación que altera el pH gástrico (ranitidina, omeprazol)
- Nutrición parenteral

Por todo lo anterior, la colonización de piel y mucosas por *Candida* suele ocurrir en los primeros días de vida del paciente dentro de la unidad, y es el foco de la infección invasiva, por lo que una manera de prevenir la infección sería evitar la colonización.

2. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

El tratamiento con fluconazol parenteral dos veces por semana se ha demostrado seguro y eficaz en prevenir y/o minimizar la colonización por *Candida* en los pacientes de riesgo. En algunos casos, si ya no llevara vía venosa, se podría administrar por vía oral (hay disponible jarabe).

La nistatina oral también se ha estudiado en este sentido, pero su eficacia es menor, la vía siempre ha de ser oral, y es de administración diaria.

Es muy importante empezar cuanto antes con la administración de fluconazol en estos niños, pues en menos de 3 días ya están colonizados y entonces la eficacia es mucho menor.

Por ello, iniciaremos al ingreso en la unidad la terapia con fluconazol intravenoso, sea el día de la semana que sea, y luego ya acoplaremos al intervalo habitual de lunes y jueves.

La dosis de fluconazol sería de 5 mg/Kg de peso, en una administración los lunes y jueves (intervalo 3-6 mg/Kg).

Pacientes candidatos:

- Todos los menores de 1000 g de peso al nacimiento, independientemente de su edad gestacional; durante 4-6 semanas, o hasta que se retire la vía venosa central.
- Niños de mayor peso pero que tengan cualquiera de los siguientes factores de riesgo: uso de carbapenems ó cefalosporinas de 3ª/4ª generación durante un mínimo de 2 días, o enfermedad gastrointestinal grave (ECN, gastrosquisis, perforación intestinal, etc.). Se suprimirá el fluconazol cuando decaiga el riesgo en cuestión.

3. ¿QUÉ HACER CON UNA CANDIDIASIS INVASIVA SOSPECHADA O CONFIRMADA EN UN NIÑO EN TRATAMIENTO PROFILÁCTICO?

El uso de fluconazol profiláctico no garantiza al 100 % que no pueda ocurrir la infección por *Candida*; si esto ocurre (sospecha o confirmación), se recomienda NO emplear el fluconazol a dosis de tratamiento (más dosis y más frecuente), sino cambiarlo por anfotericina B o por equinocandinas (micafungina, caspofungina, etc.), dado que mantener el fluconazol como tratamiento puede favorecer la aparición de resistencias.