

J: TERAPIA ANTIINFECCIOSA VÍA SISTÉMICA

FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES VIH (+) DOSIS (DOSIS MÁXIMA)

| | | Diariamente | | 2 veces a la sem ¹ | | 3 veces a la sem ¹ | | Reacciones adversas |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Niños | Adultos | Niños | Adultos | Niños | Adultos | |
| INH | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 10-20 mg / Kg (300 mg) vo o im | 5 mg / Kg (300 mg) vo o im | 20-40 mg / Kg (900 mg) vo o im | 15 mg / Kg (900 mg) vo o im | 20-40 mg / Kg (900 mg) vo o im | 15 mg / Kg (900 mg) vo o im | Rash, elevación de enzimas hepáticas, hepatitis, neuropatía periférica, efectos sobre el SNC, interacciones con medicamentos (fenitoína, disulfiram, etc). |
| RIF | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 10-20 mg / Kg (600 mg) vo o iv | 10 mg / Kg (600 mg) vo o iv | 10-20 mg / Kg (600 mg) vo o iv | 10 m / Kg (600 mg) vo o iv | 10-20 mg / Kg (600 mg) vo o iv | 10 mg / Kg (600 mg) vo o iv | Rash, hepatitis, fiebre, trombocitopenia, fluidos corporales coloreados de naranja, síntomas gripales. |
| RFB^{2,3} | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 10-20 mg / Kg (300 mg) vo o iv | 5 mg / Kg (300 mg) vo o iv | 10-20 mg / Kg (300 mg) vo o iv | 5 mg / Kg (300 mg) vo o iv | Desconocido | Desconocido | Rash, hepatitis, fiebre, trombocitopenia, secreciones corporales coloreadas de naranja. |
| PZA | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 15-30 mg / Kg (2 g) vo | 15-30 mg / Kg (2 g) vo | 50-70 mg / Kg (3,5 g) vo | 50-70 mg / Kg (3,5 g) vo | 50-70 mg / Kg (2,5 g) vo | 50-70 mg / Kg (2,5 g) vo | Alteraciones gastrointestinales, hepatitis, rash, artralgias, hiperuricemia, gota. |
| EMB | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 15-25 mg / Kg (1.600 mg) vo | 15-25 mg / Kg (1.600 mg) vo | 50 mg / Kg (4.000 mg) vo | 50 mg / Kg (4.000 mg) vo | 25-30 mg / Kg (2.000 mg) vo | 25-30 mg / Kg (2.000 mg) vo | Neuritis óptica (disminución en la discriminación entre los colores rojo y verde), disminución de la agudeza visual, rash. |
| SM | DOSIS DOSIS MÁX. VÍAS | 20-40 mg / Kg (1 g) im o iv | 15 mg / Kg (1 g) im o iv | 25-30 mg / Kg (1,5 g) im o iv | 25-30 mg / Kg (1,5 g) im o iv | 25-30 mg / Kg (1,5 g) im o iv | 25-30 mg / Kg (1,5 g) im o iv | Ototoxicidad, disfunción vestibular, nefrotoxicidad. |

EMB: Etambutol, INH: Isoniazida, PZA: Pirazinamida, RFB: Rifabutina, RIF: Rifampicina, SM: Estreptomycinina.

¹ Todas las terapias intermitentes deben ser administradas bajo supervisión.

² El uso de RFB está contraindicado con ritonavir cápsulas de gelatina dura de saquinavir delavirdina. La documentación respecto al uso de RFB con cápsulas de gelatina blanda de saquinavir, amprenavir, efavirenz y nevirapina es limitada.

³ Las concentraciones plasmáticas de nelfinavir, indinavir o amprenavir disminuyen en caso de que se administren con RFB. Por lo tanto cuando se utiliza RFB con alguno de estos inhibidores de la proteasa, la dosis diaria de RFB debe reducirse de 300 mg a 150 mg (la dosis de 2 veces a la sem de RFB no es necesario modificarla en dicho caso).

La concentración plasmática de RFB disminuye en caso de que este se administre con efavirenz, por lo tanto, la dosis de RFB diaria o de dos veces a la semana debería aumentarse de 300 a 450 mg.

Puede obtenerse amplia información sobre la tuberculosis en la dirección del Departamento de Salud de New York: [//www.cpmc.columbia.edu/tbc/pp/](http://www.cpmc.columbia.edu/tbc/pp/)

CDC. MMWR: Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: principles of therapy and revised recommendations. 1998, Oct 30, Vol. 47. N°-28 (//www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/mmwr/rr4720.pdf)

TABLA. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES DE VIH

| Inicio | | Continuación | | Consideraciones en HIV | Comentarios |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fármaco | Intervalo | Fármaco | Intervalo | | |
| Terapia de 6 meses basada en RFB (puede ser prolongada a 9 meses) | | | | | |
| INH RFB PZA ² EMB ² | Diariamente x 2mes o Diariamente x 2sem y entonces 2 /sem x 6sem. | INH RFB | Diariamente o 1-2 /sem x 4mes | - RFB no debe administrarse con ritonavir HGC-saquinavir o delavirdina. - Se debe aumentar la dosis de IP óITNN un 20-25%. - Debe monitorizarse la toxicidad de la RFB. - Debe estudiarse periódicamente la eficacia de los antirretrovirales mediante los niveles de ARN del VIH. - No se han observado contraindicaciones entre RFB y los ITN. | Si el paciente está tomando indinavir, nelfinavir o amprenavir la dosis diaria de RFB debe reducirse de 300 mg a 150 mg. La dosis de 2 veces a la sem de RFB (300 mg) permanecerá inalterada aunque el paciente esté tomando estos IP. Si el paciente también está tomando efavirenz la dosis diaria o de 2 /sem de RFB deberá aumentarse de 300 mg a 450 mg. La administración de RFB de 3 veces a la sem utilizada en combinación con terapia antirretroviral no ha sido estudiada. |
| Terapia de 9 meses basada en SM (puede ser prolongada a 12 meses) | | | | | |
| INH SM PZA EMB | Diariamente x 2mes o Diariamente x 2sem y entonces 2-3 /sem x 6sem. | INH SM PZA | 2-3 /sem x 7mes | - Puede utilizarse con terapia antirretroviral que incluya IP, ITN, ITNN. | - SM está contraindicado en embarazadas. - Es conveniente seguir administrando SM durante todo el tratamiento. Cuando SM no sea utilizado durante los 9 meses del tratamiento, debería añadirse al régimen EMB y la duración del tratamiento debería prolongarse de 9 meses a 12. |
| Terapia de 6 meses basada en RIF (puede ser prolongada a 9 meses)¹ | | | | | |
| INH RIF PZA ³ EMB ³ (o SM) | Diariamente x 2mes o Diariamente x 2sem y entonces 2-3 /sem x 6sem o 3 /sem x 2mes. | INH RIF o INH RIF PZA EMB (o SM) | Diariamente o 2-3 /sem x 4mes 3 /sem x 4mes | - Los IP o ITNN no deben utilizarse con RIF. - Los ITN pueden administrarse con RIF. - En su caso, los pacientes deben ser estudiados cada 3 meses para evaluar la decisión de iniciar la terapia antirretroviral. - Es necesario un período de lavado de 2 semanas entre la última dosis de RIF y la primera de IP o ITNN. | - SM está contraindicado en embarazadas. |

EM: Etambutol, INH: isoniazida, PZA: Pirazinamida, RFB: Rifabutin, RIF: Rifampicina, SM: Estreptomina, ITNN: Inhibidores de la transcriptasa no nucleósidos, ITN: Inhibidores de la transcriptasa nucleósidos, IP: Inhibidores de la proteasa. HGC-Saquinavir: Cápsula gelatinosa dura de saquinavir.

¹ La duración de la terapia debe ser prolongada para pacientes con retraso en la respuesta al tratamiento. Los criterios para este planteamiento deben hacerse en el segundo mes del inicio e incluyen: a) Falta de conversión del cultivo de M. tuberculosis de positivo a negativo, b) Falta de resolución o progresión de los signos o síntomas de tuberculosis.

² Continuar con PZA y EMB durante toda la fase de inicio.

³ Continuar con PZA durante toda la fase de inicio. EMB puede dejarse de administrar si los test de susceptibilidad indican que M. tuberculosis es susceptible a INH y RIF.