

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (excl. VIH)

LOCALIZACIÓN	DURAC.	TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN ACTIVA (dosis q24 horas VO) (A, B)	TRATAMIENTO QUIMIOPROFILÁCTICO (dosis q24 horas VO) (G, H)
Pulmón Laringe Serosas Gangl.linfáticos Renal Osteoarticular Gastrointestinal Miliar SNC (D, E)	2 primeros meses (Tto de inducción) (C)	[ISONIAZIDA 5 mg/Kg (máx 300 mg) + RIFAMPICINA 10 mg/Kg (máx 600 mg) + PIRAZINAMIDA 15-25 mg/Kg (máx 2 g) + ETAMBUTOL 15-25 mg/Kg (máx 2 g) + PIRIDOXINA 50 mg]	[ISONIAZIDA 5 mg/Kg (máx 300 mg) x 6 meses (I) + PIRIDOXINA 50 mg] Como alternativas (J) RIFAMPICINA 10 mg/Kg (máx 600 mg) x6(4) meses (I) -- [ISONIAZIDA + RIFAMPICINA] x3 meses
	4 meses siguientes (Tto de mantenimiento) (F)	[ISONIAZIDA 5 mg/Kg (máx 300 mg) + RIFAMPICINA 10 mg/Kg (máx 600 mg) + PIRIDOXINA 50 mg]	Rifampicina 10 mg/Kg (máx 600 mg)+ Pirazinamida 15-25 mg/Kg (máx 2 g) x 2 meses

(A) **Comenzar con 4 fármacos antituberculosos**, hasta tener documentación de la sensibilidad de la cepa aislada. Es obligado continuar con los 4 fármacos si se sospechan resistencias, en base a cualquiera de los siguientes criterios:

- Resistencia primaria a isoniazida en el área geográfica mayor del 4%
- Paciente ya tratado previamente de tuberculosis
- Exposición a caso índice con tuberculosis resistente
- Procedencia de un país con altas tasas de tuberculosis resistente.

En cualquiera de estos supuestos se recomienda confirmar el diagnóstico de tuberculosis con la máxima rapidez (sin esperar a los resultados del cultivo), utilizando técnicas de biología molecular, que incluyen el estudio de sensibilidad al menos frente a rifampicina (Gene-Xpert-RIF).

Si se confirma el diagnóstico de enfermedad tuberculosa, es importante cumplimentar el documento de Enfermedad de Declaración Obligatoria. (Contactar con el Servicio de Medicina Preventiva).

(B) Se recomienda utilizar **fármacos coformulados** en dosis fijas, que incluyen Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (Rimstar[®] 75/150/400/275 mg comp) o Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida (Rifater[®] 50/120/300 mg comp), durante el tratamiento de inducción. En la

fase mantenimiento se recomienda administrar la coformulación de Isoniazida con Rifampicina (Rifinah[®] 150/300 mg comp). Esto facilita el cumplimiento y evita realizar monoterapias inadvertidas o encubiertas, que favorecerían el desarrollo de resistencias. Isoniazida, Rifampicina y Etambutol pueden ser utilizados por vía IV, si la situación del paciente lo exige.

(C) En caso de **tuberculosis con afectación del SNC**, se recomiendan los mismos fármacos, con dosificación ligeramente superior a las descritas (Isoniazida 8-10 mg/Kg (máx 600 mg) y Rifampicina 10-15 mg/Kg (máx 900 mg)

(D) **Indicaciones de corticosteroides sistémicos** (en la fase aguda, dexametasona 12 mg inicial, seguido de 4-6 mg q6h IV, como antiinflamatorio prednisona 1-3 mg/Kg q24h VO ó IV: dosis elevadas durante 2 semanas y reducir progresivamente hasta suspender en 1 mes):

- Hipertensión intracraneal.
- Defectos neurológicos (alteraciones de conciencia, afectaciones de pares craneales, otra focalidad).
- Mielopatía o bloqueo espinal (proteíorraquia > 300 mg/dl).
- Hidrocefalia.
- Aracnoiditis optoquiasmática.

(E) **Indicaciones de cirugía:**

- Hidrocefalia (solamente si fracasa el tto. médico y existe compromiso neurológico).
- Granulomas espinales extra- y sub-durales
- Granulomas parenquimatosos intracraneales (si no respuesta al tto. farmacológico).
- Aracnoiditis optoquiasmática (si no resp. al tto. médico).

(F) **Considerar la prolongación** de este período durante un mínimo de 7 meses, en las formas extrapulmonares (especialmente osteoarticular y renal).

(G) **Está indicada la quimioprofilaxis** en las siguientes circunstancias:

- Infección tuberculosa latente (Enfermedad tipo II)
- Paciente con Mantoux Positivo y resto de pruebas negativas (Rx torax; Baciloscopia (x3)
 - Mantoux (PPD) positivo (induración >5 mm) en personas que conviven con paciente bacilífero. Si el PPD es negativo, en adultos, se recomienda repetir la prueba de intradermorreacción a las 8 y 12 semanas, e iniciar a continuación la quimioprofilaxis solo si el PPD es positivo.
 - Sujetos convertores (positivizan la reacción de PPD en los últimos 2 años)
 - Presencia de lesiones residuales en la Rx de tórax (fibrosis en vértices pulmonares), sin tratamiento ni profilaxis previos
 - Necesidad de tratamiento inmunosupresor, especialmente anti TNF (sobre todo infliximab)

(H) **Antes de comenzar la quimioprofilaxis**, es fundamental descartar la existencia de enfermedad tuberculosa activa.

(I) En general, se recomienda prolongar la quimioprofilaxis durante 9 meses ante la presencia de lesiones residuales radiológicas indicativas de tuberculosis pulmonar, en los sujetos convertores y en los convivientes con pacientes bacilíferos

(J) **VALORAR PAUTAS ALTERNATIVAS CORTAS EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

PACIENTES EN PROFILAXIS SECUNDARIA QUE VAN A RECIBIR TTO INMUNOSUPRESOR (ANTI-TNF EN BREVE)
PACIENTES EN LEQ PARA TRASPLANTE M.O. U ORGANO SOLIDO.
CUANDO SE SOSPECHE BAJA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Bibliografía:

- Paloma Geijo M. Pauta corta de isoniazida y rifampicina comparada con isoniazida para la infección latente de tuberculosis. Ensayo clínico aleatorizado *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25:300-4
- J.M. Aguado, G. Rufí, J. A. García Rodríguez. Tuberculosis. Protocolos clínicos de la SEIMC. En <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicovii.pdf>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Sanidad 2016

Autores: José Sanz Moreno. Jefe de Sección Medicina Interna

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos