

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS (BACTERIAS) EN LOS ENFERMOS INFECTADOS POR EL VIH

Microorgan. Bacterias	Localizac.	Tto. infección activa		Tto. Quimioproláctico (Qmx) (G)	
		De elección	Alternativo	De elección	Alternativo
Neumococo <i>Hemophilus</i>	Pulmón Senos paranas. Bacteriemia	CEFTRIAXONA 1-2 g q24h IM o IV x10 d ó CEFOTAXIMA 1-2 g q8h IV (A)	AMOXICILINA- CLAVULANICO 1g/200 mg q6h IV x10 d O TRIMETOPRIM/SULFAMETOX AZOL 160/800 mg q6h VO o IV x10 d	<u>NO Qmx</u> (B)	
<i>Pseudomonas</i>		[CEFTAZIDIMA 2 g q8h IV + GENTAMICINA 80 mg q8h IV] x2 sem	[PIPERACILINA 4 g q6h IV + TAZOBACIAM IMIPENEM 50 mg/Kg q24h] IV x 2 sem O AMIKACINA 500 mg q12h IV x 2 sem	<u>Qmx 2ª(D)</u> CIPROFLOXACINO 500 mg q12h VO	TOBRAMICINA 20 mg q8h aerosol (medicamento no guía)
<i>S. aureus</i>	Piel Pulmón Hueso Endocarditis Bacteriemia	CLOXACILINA 2 g q4h IV x2 sem (C)	VANCOMICINA 1g q12h IV x2 sem (C)	<u>NO Qmx</u>	
<i>Shigella</i> <i>Salmonella</i>	Gastrointestinal Bacteriemia	CIPROFLOXACINO 750 mg q12h VO o 400 mg q12h IV x2 sem	CEFTRIAXONA 1-2 g q24h IM o IV ó CEFOTAXIMA 1-2 g q8h IV x2 sem	<u>Qmx 2ª (D)</u> CIPROFLOXACINO 500 mg q12h VO <u>x6-10 sem (mínimo)</u>	TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL 160/800 mg q24h VO
<i>Campylobacter</i>		ERITROMICINA 500	CIPROFLOXACINO 750 mg	<u>NO Qmx</u>	

		mg q6h VO o IV x2 sem	q12h VO o 400 mg q12h IV x2 sem		
<i>Rhodococcus</i>	Pulmón SNC Piel	VANCOMICINA 1 g q12h IV x2-3 sem, seguido de [ERITROMICINA 500 mg q6h VO + RIFAMPICINA 600 mg q24h VO] x3-4 sem (E)	[IMIPENEM 50 mg/Kg q24h IV + RIFAMPICINA 600 mg q24h VO] x2 sem (al menos) (E)	<u>Qmx 2ª</u> ERITROMICINA 500 mg q6h VO + RIFAMPICINA 600mg q24h VO	
<i>Bartonella henselae</i>	Angiomatosis bacilar (hígado, piel, hueso)	ERITROMICINA 0,5-1 g q6h VO x8 sem	DOXICICLINA 100 mg q12h VO x8 sem	<u>Qmx 2ª (D)</u> ERITROMICINA 500 mg q6h VO	DOXICICLINA 100 mg q12h VO
<i>Clostridium difficile</i>	Intestino	METRONIDAZOL 500 mg q8h VO x10 d	VANCOMICINA 125 mg q6h VO x10 d	<u>Qmx 2ª (D)</u> METRONIDAZOL 250-500 mg q8h VO	
<i>Nocardia</i>	Pulmón SNC Tejidos blandos	TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL 160/800 mg q6h VO o IV x3 sem (F)	SULFADIAZINA 1 g q6-8h VO x3 sem (F)	<u>Qmx 2ª</u> TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL 160/800 mg q24h VO	SULFADIAZINA 500 mg q6h VO

(A) Si infección de senos paranasales, el tto. de elección será AMOXICILINA-CLAVULANICO 500/125 mg q8h VO x7-10 d.

(B) Vacuna neumocócica no conjugada 23-valente (repetir dosis q6 años) y vacuna de *Hemophilus influenzae* tipo b (dosis única).

(C) Si endocarditis, mantener el tto. x4 sem, asociando GENTAMICINA 80 mg q8h IV x2 sem primeras.

Si osteomielitis añadir al tto. de endocarditis, CIPROFLOXACINO 750 mg q12h VO con/sin RIFAMPICINA 600 mg q24h VO x4-6 sem (duración total del tto. 2-3 meses).

Si infección cutánea, CLOXACILINA 500 mg q6h VO.

(D) Está indicada la quimioprofilaxis si se produce infección recurrente.

(E) Si fracaso del tratamiento antibiótico en neumonía por *Rhodococcus* puede ser necesario considerar la necesidad de tratamiento quirúrgico.

(F) Si enfermedad del SNC o infección grave TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 20/100 mg/kg q24h IV + CEFTRIAXONA 2 g q12h IV + AMIKACINA 500 mg q12h IV, duración prolongada (mín. 4-8 sem), según respuesta.

(G) La duración de la Qmx es en general indefinida, hasta lograr una recuperación inmunológica (CD4+ > 200/mm³) estable.

Microorgan. <u>Bacterias</u> (Cont.)	Localizac.	Tto. infección activa		Tto. Quimioproláctico (Qmx)	
		De elección	Alternativo	De elección	Alternativo
<i>Treponema pallidum</i> (A, B)	cualquiera	1. LCR normal y sífilis precoz (1ª, 2ª, latente de < 1 año de evolución)		<u>NO Qmx</u>	
		PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones de U. q7d IM x3 sem	CEFTRIAXONA 1 g q24h IM x2 sem		
		2. - LCR normal y sífilis tardía (latente de > 1 año de evolución, evolución desconocida, sífilis cardiovascular, gomas) - LCR patológico (C) - LCR no disponible - Sospecha de fallo terapéutico			
		PENICILINA G Na 4 millones U. q4h IV x10 d, seguido de PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones de U. q7d IM x3 sem	CEFTRIAXONA 2 g q12h IV x2 sem, seguido de PENICILINA G BENZATINA 2,4 millones de U. q7d IM x3 sem		

(A) Realizar punción lumbar en todos los casos: investigar células, proteínas, glucosa y VDRL en LCR.

(B) Realizar seguimiento serológico no treponémico en suero (RPR) al cabo de 1, 2, 3, 6, 9, 12 y 24 meses de iniciar el tto.

(C) Si neurosífilis, o sífilis con LCR patológico, realizar punción lumbar cada 3-6 meses, durante 3 años: vigilar, especialmente, N° de células en el LCR.

(D) Persistencia o reaparición de síntomas, o aumento del título RPR en suero x4 a las 2 semanas del tto., o no descenso adecuado del título RPR en suero (1/4 del título inicial a los 3 meses en sífilis primaria, y a los 6 meses en sífilis secundaria).

Microorgan. <u>Bacterias</u> (Cont.)	Localizac.	Tto. Infección activa		Tto. Quimioproláctico (Qmx)	
		De elección	Alternativo	De elección	Alternativo
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pulmón Ganglios linfát. Gastrointest inal Hígado SNC Bacteriemia	[ISONIAZIDA 5 mg/Kg (máx 300 mg) q24h VO x 9 meses (A) + RIFAMPICINA 10 mg/Kg (máx 600 mg) q24h VO x 9 meses (A, B) + PIRAZINAMIDA 15-25 mg/Kg q24h VO x2 primeros meses + ETAMBUTOL 15 mg/Kg q24h VO x 2 meses (C) + PIRIDOXINA 50 mg q24h VO]		Qmx 1ª [ISONIAZIDA 5 mg/Kg (máx 300 mg) q24h VO x12 meses + PIRIDOXINA 50 mg q24h VO] (D)	RIFAMPICINA 10 mg/Kg (máx 600 mg) q24h VO x12 meses ó [RIFAMPICINA 600 mg q24h VO (ó RIFABUTINA 300 mg q24h VO) + PIRAZINAMIDA 15-25 mg/Kg q24h VO] x2 meses
<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>	Sistémica	[CLARITROMICINA 500mg q12h VO + ETAMBUTOL 15 mg/Kg q24h VO + RIFABUTINA 300 mg q24h VO] (B) (F)	[AZITROMICINA 500 mg q24h VO + LEVOFLOXACINO 500 mg q24h VO + ETAMBUTOL 15 mg/Kg q24h VO] (F)	Qmx 1ª (E) AZITROMICINA 1.000-1.500 mg q7d VO (F)	RIFABUTINA 300 mg q24h VO

(A) Si infección del SNC, aumentar durante los 2 primeros meses de tto. las dosis de ISONIAZIDA y de RIFAMPICINA a 450 mg y 900 mg q24h, respectivamente (para 60 Kg de peso corporal).

(B) Considerar las interacciones entre rifampicina y los fármacos antirretrovirales. Aunque podría combinarse ritonavir con rifampicina (sin ajuste de dosis), generalmente se recomienda utilizar en su lugar rifabutina, junto con los inhibidores de la proteasa. Existe amplia experiencia sobre las combinaciones de indinavir o nelfinavir con rifabutina (reducir la dosis de rifabutina a 150 mg/día), y si se utiliza lopinavir (potenciado con "mini-dosis" de ritonavir) probablemente debe reducirse aún más la dosis de rifabutina (150 mg/48h). Si se utilizan inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa, puede combinarse efavirenz (aumentar la dosis de efavirenz a 800 mg/día) con rifampicina, o efavirenz (dosis estándar de 600 mg/día) con rifabutina (aumentar la dosis de rifabutina a 450-600 mg/día).

(C) Si en antibiograma indica que la cepa es sensible a isoniazida, rifampicina y pirazinamida, suspender el etambutol.

(D) Indicaciones:

- Contacto estrecho con enfermo tuberculoso activo.
- Rx de tórax sospechosa de tuberculosis antigua, no tratada.
- Antecedentes documentados de PPD (+) previo, que no justificó tto.
- Estancia previa en prisión, no habiendo recibido tto. con INH.
- PPD (+) actual [diámetro de induración de al menos 5 mm].
- PPD (-) y anergia a los tests cutáneos de hipersensibilidad retardada (toxóide tetánico, candidina).

(E) Recomendado por los CDC, si $CD4+ < 75/mm^3$ (ó $< 50/mm^3$, si no existen criterios de SIDA).

(F) Generalmente es posible interrumpir el tratamiento antibiótico cuando se logre la recuperación inmunológica ($CD4+ > 200/mm^3$) estable.

José Sanz Moreno. Servicio de Medicina Interna del Hospital Príncipe de Asturias

Abril 2014