



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy



COINFECCIÓN TB/VIH

Prof. Adj. Zaida Arteta. Prof. Agda. Susana
Cabrera





GRAFICO I
**Incidencia de Tuberculosis, Todas las Formas, Pulmonares,
Bacilíferos y Extra-Pulmonares**
Tasas por 10⁵ – 2004 - 2013

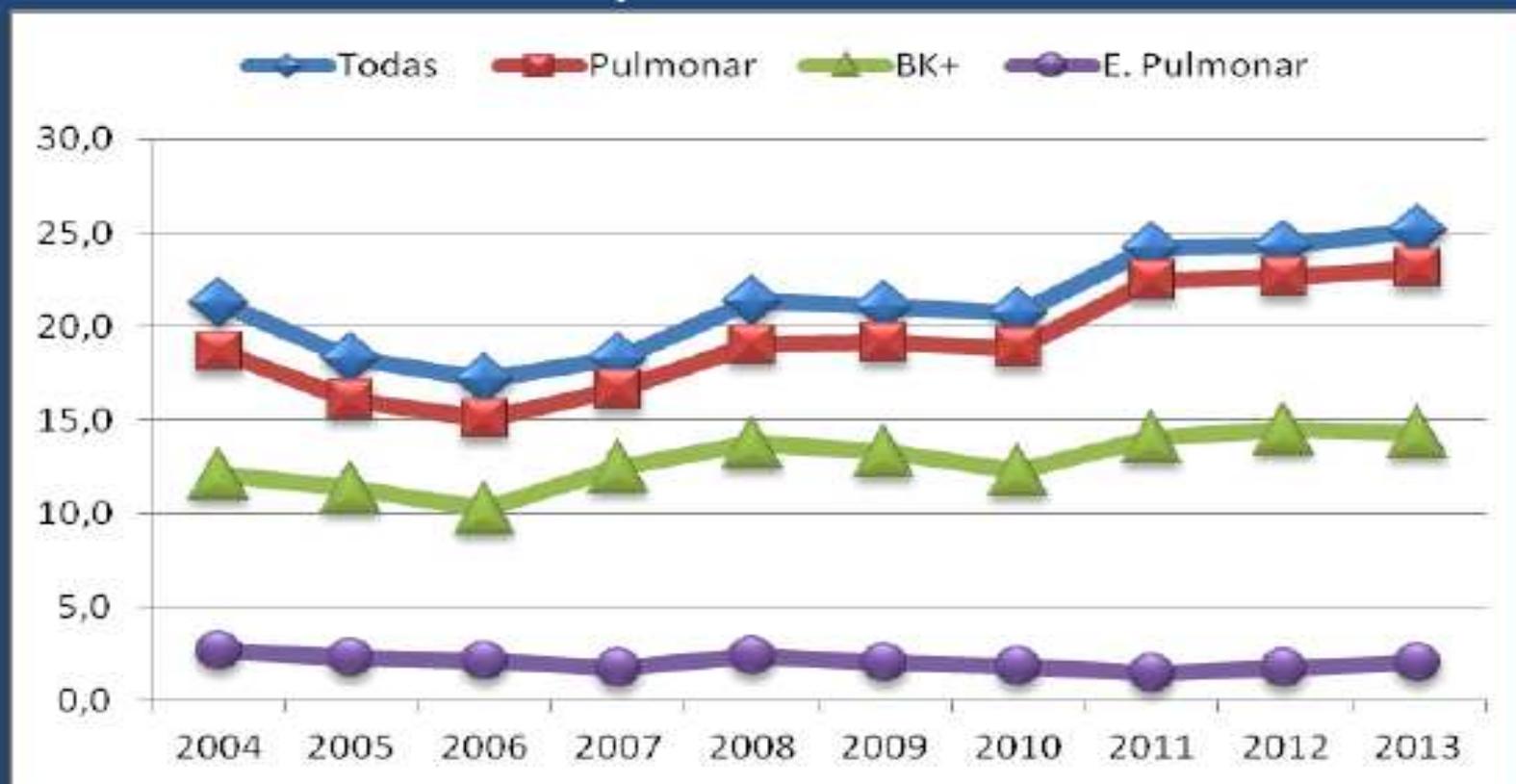




TABLA I

Tasas de Tuberculosis Todas las Formas por Departamento - Año 2013

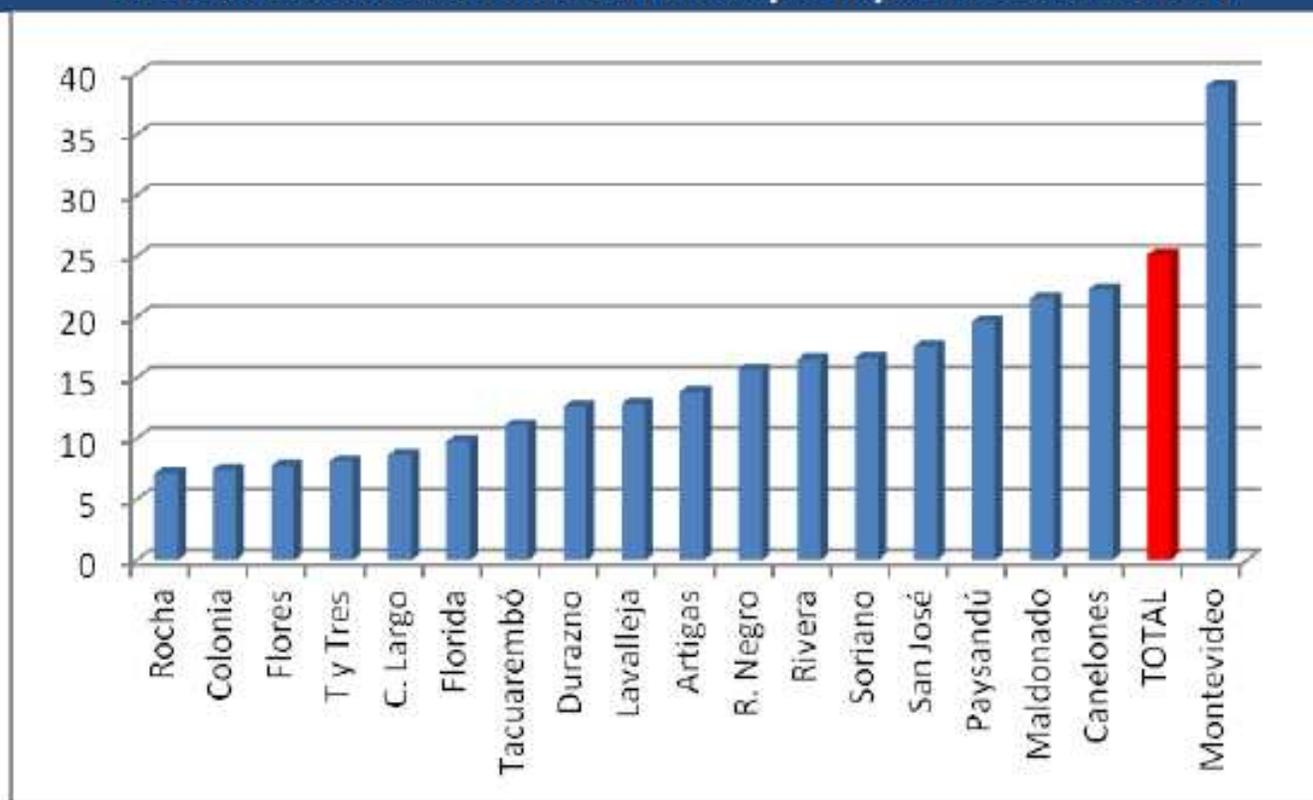
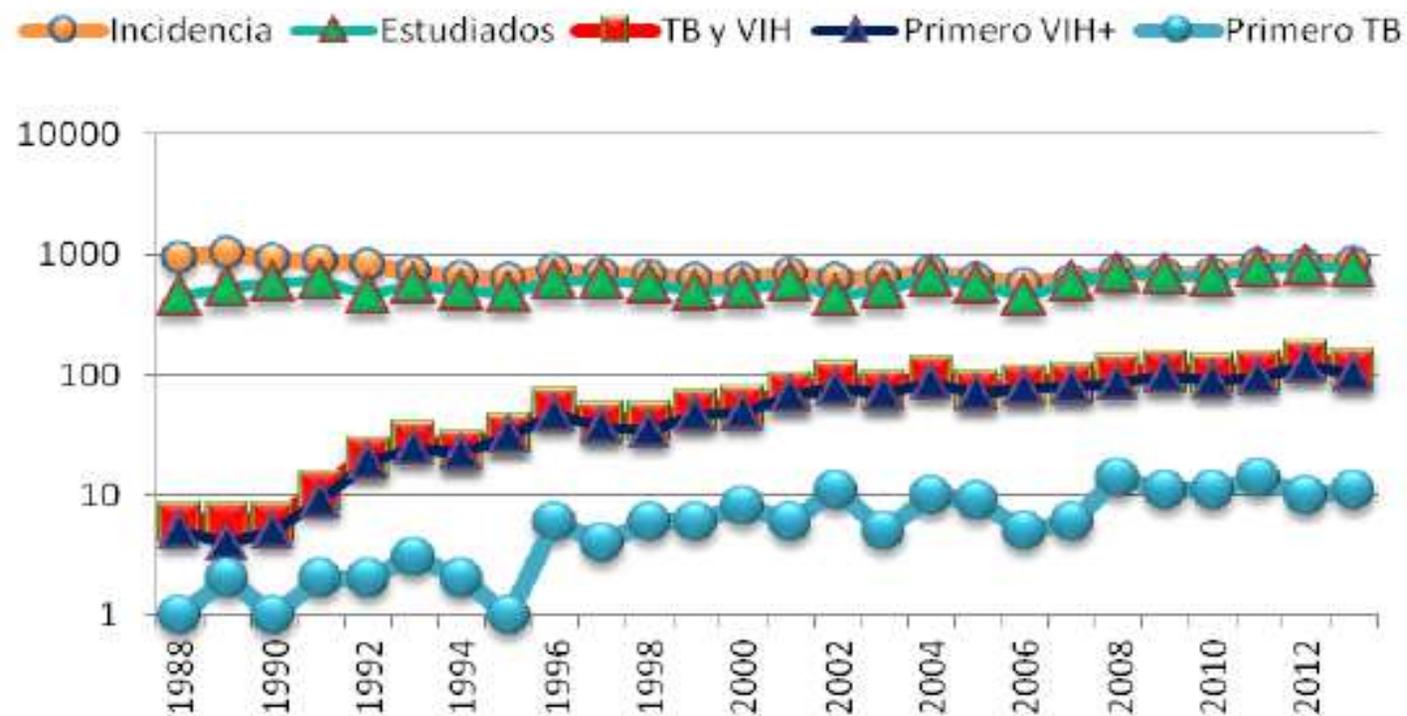




GRÁFICO III Evolución de la Co-Infección TB-VIH – 1988 – 2013





SCREENING CLÍNICO DE TB





EN TODA PERSONA CON TOS ACTUAL, FIEBRE, SUDORACIÓN NOCTURNA Y/O PÉRDIDA DE PESO, REALIZAR:

- BACILOGRAFÍAS
- RX DE TÓRAX
- PPD



SIEMPRE INDIQUE PROFILAXIS EN PERSONAS CON VIH SI:

- **CD4 \geq 250/ML y NO PUEDE REALIZAR PPD o IGRA, o**
- **TIENE MENOS DE 250 CD4/ML, o**
- **SE TRATA DE UN GRUPO DE RIESGO CON MAYOR EXPOSICIÓN:
CONTACTO, PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, USUARIO DE
DROGAS, SITUACIÓN DE CALLE, REFUGIOS**

ANTES DE INICIAR PROFILAXIS DESCARTAR TB ACTIVA



Tabla 1. Regímenes de QP para pacientes con VIH

	Régimen	Comentarios
De elección	INH 300mg/día, lunes a sábado, 6 meses	Piridoxina (Vitamina B6) 50mg/día en alcoholistas, desnutridos, diabéticos
	INH 900mg 2 veces/semana, 6 meses	
Alternativos	RIF 450mg/día (peso < 50kg) 600mg/día (peso ≥ 50kg), lunes a sábado, 4 meses	En contactos con TB resistente a INH

Aclaraciones: Siempre realizar DCO (Terapia Directamente Observada). INH: isoniazida; RIF: rifampicina



EN TODA PERSONA CON VIH PREGUNTE (screening clínico de TB):

1. ¿TIENE TOS?
2. ¿TIENE FIEBRE?
3. ¿TIENE SUDORACIÓN POR LAS NOCHES?
4. ¿HA PERDIDO PESO?

LA PRESENCIA DE UNO DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES EN UN PACIENTE CON VIH DEBE DETERMINAR LA BÚSQUEDA EXHAUSTIVA DE TB.



SEA EXHAUSTIVO EN LA BÚSQUEDA ETIOLÓGICA, SÍ SE REQUIERE:

- TAC de tórax u otra para búsqueda de afectación parenquimatosa
- Fibrobroncoscopía con lavado bronquial
- Punción citológica o biopsia de ganglio
- Hemocultivos para micobacterias
- Biopsia de médula ósea (pancitopenia), hígado (alteraciones enzimáticas)
- Con derrame pleural: ADA, baciloscopías y cultivo, biopsia de pleura
- Con síntomas neurológicos: TAC, PL, examen de LCR (baciloscopías, cultivos, PCR)



En pacientes con presentaciones atípicas, en quienes la sospecha clínica de TB activa es alta y/o el cuadro clínico implica potencial riesgo vital, debe considerarse el inicio empírico del tratamiento específico. Los estudios paraclínicos se solicitan en forma simultánea y no secuencial. No deben retardar el inicio del tratamiento antituberculoso.

Xpert MTB/RIF



Se ha demostrado un beneficio en la mortalidad en los pacientes que reciben profilaxis para pneumocistosis con cotrimoxazol (trimetoprim-sulfametoxazol - Tmp-Smx).

Inicie el tratamiento profiláctico con Tmp-Smx si presenta TB-VIH y tiene menos de 200CD4 o hasta obtener el recuento de CD4 en el caso de que no se conozca. Si este es mayor a 200 puede suspenderse la mencionada profilaxis.

Se realiza 1 comprimido de dosis doble por día o 3 veces por semana.



TODO PACIENTE CON TB Y VIH DEBE INICIAR EL TARV DURANTE
LA 1ª FASE DEL TRATAMIENTO DE LA TB

La única situación en que se difiere el inicio de TARV es en la meningoencefalitis TB.



Tabla 4. Inicio de TARV en pacientes con VIH en tratamiento por TB.

CD4 menor a 50/mL	Iniciar en las 2 primeras semanas de tratamiento anti TB
CD4 entre 50/mL y 500/mL	Iniciar en las primeras 8 semanas de iniciado el tratamiento anti TB
CD4 mayor a 500/mL	Se puede diferir el inicio de TARV hasta las 8 semanas de iniciado el tratamiento anti TB, PERO SIEMPRE SE DEBE INICIAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA TB