

# CUADRO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS



información acerca de nueve de las infecciones más comunes que afectan a las personas que viven con el VIH

El objetivo de esta publicación es servir como guía general para el manejo de las infecciones oportunistas (OI por su sigla en inglés) y no pretende sustituir una discusión detallada sobre cada infección en particular. Cualquier persona que esté enfrentando una o más de estas infecciones debe consultar a su médico.

UNA PUBLICACION DE

PROJECT  
*inform*

Información,  
inspiración y defensa  
para las personas  
viviendo con VIH/SIDA

NOVIEMBRE DE 2001

La prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas no es una ciencia exacta, y a menudo requiere complejos procesos de prueba y error para determinar cuál es el mejor régimen para una persona. Si los medicamentos estándar fallan, puede ser necesario probar diferentes medicamentos en fase experimental.

A menudo existe una brecha entre los medicamentos que recetan los médicos con una amplia experiencia en el tratamiento del VIH y los que recetan los médicos con una menor experiencia. A veces, las personas deben poner a consideración de sus médicos ciertos medicamentos experimentales que estos aún no han recetado o de cuyos programas de acceso expandido no estén enterados. (N. del T.: Los programas de acceso expandido [*expanded access*] son ciertos programas especiales que crean las compañías farmacéuticas para suministrar

medicamentos en fase experimental a las personas que reúnan los requisitos para su uso).

Para algunas personas podría no ser muy fácil obtener algunos de los medicamentos que se mencionan en esta publicación. Algunos han sido aprobados específicamente para la enfermedad del VIH; otros nos han sido aprobados para combatir el VIH, pero de todos modos pueden recetarse para tal fin. La mayoría se encuentran disponibles a través de estudios clínicos y de programas de uso expandido o de uso compasivo (N. del T.: Los programas de uso compasivo son programas especiales que establecen las compañías farmacéuticas para suministrar medicamentos, experimentales o no, a personas que reúnan los requisitos y que no tengan la capacidad económica de adquirirlos).



Para una lista completa de las interacciones entre los medicamentos del VIH, lea la publicación de Project Inform, Interacción entre los medicamentos, disponible a través de su línea telefónica gratuita en el 1-800-822-7422 o en el sitio web [www.projectinform.org](http://www.projectinform.org).

Sin embargo, no todo el mundo tiene acceso fácil a estos programas o estudios. Además, la manera como cada individuo obtiene sus medicamentos recetados puede variar ampliamente dependiendo de si su atención médica proviene de seguros de salud privados o de programas gubernamentales. Estar en estrecha colaboración con su médico o conseguir un defensor experimentado para la consecución de tratamientos puede ayudar a algunas personas a tener acceso a estos medicamentos (N. del T.: Por “defensor” se entiende a las personas que se encargan de defender los derechos de los pacientes y abogan por las consecución de medicamentos y tratamientos).

A medida que hay disponible un mayor número de medicamentos para combatir las infecciones oportunistas, se destaca la preocupación de que se presenten más interacciones entre los distintos medicamentos.

Muchos medicamentos se asimilan en el hígado por medio de una enzima denominada citocromo P450. Los medicamentos que utilizan esta enzima pueden alterar considerablemente los niveles en la sangre de otros medicamentos.

Entre los medicamentos que son metabolizados en el hígado están claritromicina, rifabutina, itraconazola, nevirapina, efavirenz, delavirdina, saquinavir, ritonavir, indinavir y nelfinavir. Es muy importante que las personas que tomen estos medicamentos—especialmente aquellas con insuficiencia hepática crónica—vigilen de cerca tanto los efectos secundarios como la eficacia de los mismos. También es importante, si es posible, obtener por medio de exámenes de laboratorio los niveles del medicamento en la sangre para poder ajustar las dosis en caso necesario.

## Candidiasis (*muguet*)

*La candidiasis es una infección micótica (por hongos) que puede infectar todo el cuerpo pero que a menudo ocurre en la boca y en la vagina.*

### Síntomas

Parches blancos (aftas) en las encías, la lengua o el recubrimiento de la boca, dificultad para tragar y pérdida de apetito. También puede causar irritación vaginal, picazón, ardor y un flujo espeso de color blancuzco.

### Diagnóstico

Por lo general mediante examen visual, frotis o cultivo de una biopsia.

### Terapia preventiva (profilaxis)

Hoy en día no se recomienda debido a que los medicamentos actuales tratan eficazmente la enfermedad, podría desarrollarse candida resistente y/o presentarse interacción entre los medicamentos. Sin embargo los estudios muestran que el uso continuado de fluconazola disminuye el riesgo de desarrollar candidiasis. Las mujeres en embarazo no deben utilizar las terapias preventivas, particularmente los medicamentos del tipo “azola”, debido al riesgo de defectos de nacimiento en sus bebés. Algunos cambios en la dieta pueden ayudar a disminuir su riesgo o su recurrencia.

### Tratamiento

La candidiasis oral o vaginal leve puede tratarse con una terapia tópica (que se aplica en el lugar de la infección) como nystatin o clotrimazola. La candidiasis oral o vaginal moderada o la candidiasis esofágica deben ser tratadas con pastillas de una terapia como fluconazola, itraconazola o ketoconazola, las cuales tienen efecto a través de todo el organismo (sistémicas). **Alternativas:** amfotericina B intravenoso o amfotericina B en solución oral, que por lo general se reservan para la candida resistente al fluconazola.

### Terapia de mantenimiento

Actualmente no se recomienda para la candidiasis oral o vaginal por las mismas razones citadas para la profilaxis. Si la candida recurre (vuelve) frecuentemente y/o en forma severa, entonces deben considerarse el fluconazola o el itraconazola. Las personas con recurrencias frecuentes de candidiasis esofágica deben considerar el uso de fluconazola (100 a 200mg al día). Las mujeres en embarazo deben evitar los medicamentos del tipo “azola” debido al riesgo de defectos de nacimiento en los bebés.

► Para más información, lea las publicaciones de Project Inform, La candidiasis oral, La candidiasis sistémica o La candidiasis vaginal.

## Citomegalovirus (CMV)

*El citomegalovirus es un virus que infecta todo el cuerpo.*

Síntomas (relacionados al CMV)

**Retinitis (en el ojo, retina):** visión nublada y pérdida de la visión central que puede llevar a la ceguera. **Colitis (colon):** Fiebre, diarrea, dolor de estómago. **Esofagitis (garganta):** Ulceraciones, dolor y dificultad para tragar. **Neumonitis (pulmones):** Síntomas parecidos a los de la neumonía. **Encefalitis (cerebro):** Confusión, fiebre y sensación de cansancio.

Diagnóstico

**Retinitis:** Por medio de un examen oftalmológico. **Esofagitis y colitis:** endoscopia y/o biopsia **Neumonitis:** Diagnóstico para otros organismos primero, tales como bacterias, *Pneumocystis carinii*, etc. Si salen negativos, entonces se debe hacer broncoscopia con lavado broncoalveolar y/o biopsia. **Encefalitis:** Imágenes por resonancia magnética (MRI) y punción lumbar.

Terapia preventiva (profilaxis)

Las personas cuyos recuentos de células CD4+ permanezcan por debajo de 50 y que sean positivas al CMV son las que están en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad del CMV y deben considerar el uso de ganciclovir oral (uno g tres veces al día).

Las mujeres embarazadas no deben tomar el ganciclovir oral debido a posibles defectos de nacimiento en los bebés. También, las mujeres que queden embarazadas deben suspender el uso del ganciclovir oral.

Suspensión de la terapia preventiva

Puede ser razonable suspender la terapia preventiva para el CMV cuando se tengan recuentos sostenidos de células CD4+ por encima de 100 a 150 durante 6 meses o más, como resultado de una terapia de alta potencia contra el VIH.

Tratamiento

Tratamiento preferido para la retinitis: implantes de ganciclovir + ganciclovir oral (1,000mg 3 veces al día); ganciclovir intravenoso (5mg/kg cada 12 horas durante 14 a 21 días); foscarnet intravenoso (90mg/kg cada 12

horas durante 14 a 21 días); o ganciclovir oral (900mg 2 veces al día durante 21 días y luego 900mg 1 vez al día durante 7 días). **Alternativas:** Cidofovir intravenoso (5mg/kg 1 vez a la semana durante 2 semanas) + provenecid o combinación de ganciclovir intravenoso y foscarnet intravenoso (la misma dosis de arriba).

**Esofagitis y colitis:** Ganciclovir intravenoso o foscarnet intravenoso durante 3 a 6 semanas. **Neumonitis:** Ganciclovir intravenoso o foscarnet intravenoso durante 3 a 6 semanas. **Encefalitis:** Ganciclovir intravenoso, foscarnet intravenoso o una combinación de ambos hasta que haya una mejora clínica.

Terapia de mantenimiento

Tratamiento preferido para la retinitis: ganciclovir oral (5mg/kg una vez al día); foscarnet intravenoso (90 a 120mg/kg 1 vez al día) o implantes de ganciclovir + ganciclovir oral o valganciclovir oral (900mg 1 vez al día). **Alternativas:** Cidofovir intravenoso (5mg/kg 1 vez cada 2 semanas) o ganciclovir intravenoso + foscarnet intravenoso (la misma dosis de arriba).

**Esofagitis y colitis:** Existe controversia sobre si debe haber terapia de mantenimiento o no, aunque podría considerarse si los síntomas iniciales fueron severos.

**Neumonitis:** No se recomienda. **Encefalitis:** Ganciclovir intravenoso, foscarnet intravenoso o una combinación de los dos.

Las mujeres embarazadas deberían tomar terapia de mantenimiento, y el tipo de terapia que se elija debe ser individualizado.

Suspensión de la terapia de mantenimiento

La suspensión de la terapia de mantenimiento para la retinitis, puede ser razonable para las personas con recuentos sostenidos de células CD4+ por encima de 100 a 150 (al menos durante 3 a 6 meses) y una disminución sostenida en la carga viral. Se debe reiniciar la terapia de mantenimiento si los recuentos de células CD4+ vuelven a estar entre 50 y 100.

► Para más información, lea la publicación de Project Inform, Citomegalovirus.

## Complejo del *Mycobacterium avium* (MAC)

El MAC es una infección bacteriana que se encuentra en el agua, el polvo, la tierra y las materias fecales de algunos pájaros.

### Síntomas

Fiebre persistente, sudores nocturnos, fatiga, pérdida de peso, anemia, dolor abdominal, mareo, diarrea y debilidad.

### Diagnóstico

Cultivo de un sitio estéril como sangre, médula ósea o líquido cerebro raquídeo.

### Terapia preventiva (profilaxis)

Las personas cuyos recuentos de células CD4+ permanezcan consistentemente por debajo de 50 deben comenzar la terapia preventiva. **Preferido:** Claritromicina (500mg 2 veces al día); o azitromicina (1,200mg 1 vez a la semana). **Alternativa:** Rifabutina (300mg 1 vez al día).

### Suspensión de la terapia preventiva

Las personas con recuentos sostenidos de células CD4+ por encima de 100 durante 3 a 6 meses y una reducción sostenida en la carga viral pueden considerar suspender la terapia preventiva.

### Tratamiento

**Preferido:** Azitromicina (de 500 a 600mg 1 vez al día); o claritromicina (500mg 2 veces al día) + etambutol (15mg/kg al día) + rifabutina (300mg 1 vez al día). **Alternativo:** Azitromicina o claritromicina + etambutol + rifabutina +/- ciprofloxacina (de 500 a 750mg dos veces al día) +/- amikacina intravenoso (de 10 a 15mg/kg al día).

Para casos severos de la enfermedad, puede añadirse amikacina intravenoso. Dosis más altas de claritromicina (1,000mg 2 veces al día) pueden asociarse a un mayor riesgo de muerte. El clofazimina puede asociarse con un mayor número de efectos secundarios y un riesgo de muerte, y no debe utilizarse.

### Terapia de mantenimiento

Todo el que haya tenido MAC debe estar en terapia de mantenimiento bien sea con claritromicina (500mg 2 veces al día) o azitromicina (500mg 1 vez al día) si se ha comprobado que no se ha desarrollado resistencia a ninguno de los dos medicamentos + etambutol (15mg/kg una vez al día) +/- rifabutina (300mg una vez al día).

### Suspensión de la terapia de mantenimiento

Las personas con recuentos sostenidos de células CD4+ por encima de 100 durante 6 a 12 meses como resultado de una terapia de alta potencia contra el VIH pueden considerar suspender la terapia de mantenimiento.

- Para más información, lea la publicación de Project Inform, Complejo del *Mycobacterium avium*.

## Criptosporidiosis

La criptosporidiosis es un parásito que puede causar diarrea.

### Síntomas

Diarrea crónica con heces aguadas frecuentes, retorcijones de estómago, náuseas, fatiga, pérdida de peso, vómito, deshidratación y desequilibrio de electrolitos (especialmente de sodio y potasio).

### Diagnóstico

Detección de huevos (llamados oocistos) en las heces o biopsia del intestino delgado.

### Terapia preventiva (profilaxis)

No existen terapias preventivas de eficacia comprobada. Las personas deben tratar de evitar la exposición a estos organismos, que algunas veces se encuentran en el agua de la llave.

### Tratamiento

No existen terapias de eficacia comprobada, aunque en las personas que responden a las terapias de alta potencia contra el VIH, logrando cargas virales indetectables y aumentos en los recuentos de células CD4+, suele desaparecer la infección.

El tratamiento inicial debe orientarse hacia la rehidratación (Gatorade, caldo y/o una solución de rehidratación oral) y la sustitución de electrolitos (líquidos ricos en electrolitos incluyendo jugos de vegetales, líquidos salados como consomé de pollo, Gatorade y otras bebidas especiales para deportistas). Las terapias de antimotilidad (para reducir la velocidad a la que se mueve el estómago y la digestión en general) como loperamida o la tintura de opio también pueden brindar un alivio temporal.

Un régimen de paramomicina + azitromicina también puede ser eficaz.

### Terapia de mantenimiento

No existen terapias de mantenimiento para la criptosporidiosis.

## Infección criptocócica

*La infección criptocócica es un hongo que principalmente afecta al cerebro.*

### Síntomas

Dolores de cabeza, náuseas, fiebre, fatiga, estados mentales alterados e irritabilidad. También puede ocasionar convulsiones, tos, sudores y dificultad para respirar.

### Diagnóstico

Por lo general por medio de una punción lumbar o de una prueba del antígeno en el líquido cerebro raquídeo.

### Terapia preventiva (profilaxis)

Actualmente no se recomienda debido a la baja incidencia de la enfermedad, la falta de beneficios comprobados, y la posible interacción y resistencia a los medicamentos contra los hongos. Sin embargo, si existe la necesidad de prevenir otras infecciones por hongos, entonces las personas con recuentos de CD4+ inferiores a 50 deben considerar el uso de fluconazola (de 100 a 200mg diarios). La prevención con fluconazola o itraconazola no debe ser iniciada por mujeres embarazadas debido a la baja incidencia de la enfermedad y a posibles defectos de nacimiento. Además, las mujeres que queden embarazadas deben suspender el uso de los medicamentos del tipo "azole".

### Tratamiento

**Preferido:** Amfotericina B intravenoso (0.7mg/kg diarios) + flucitosina (25mg/kg 4 veces al día) durante 2 semanas y luego fluconazola (400mg diarios) durante 8 semanas. **Alternativas:** Amfotericina B intravenoso (0.7mg/kg diarios) durante 2 semanas y luego fluconazola (400mg diarios) durante 8 semanas. **Otras alternativas:** Amfotericina B dispersión coloidal (ABCD); o amfotericina B complejo lipido (ABLCL) también puede ser útil.

### Terapia de mantenimiento

Todas las personas que tengan una enfermedad criptocócica deben permanecer en una terapia de mantenimiento de por vida. **Preferido:** Fluconazola (200mg al día).

Las mujeres embarazadas deben evitar los medicamentos del tipo "azole". El amfotericina B es entonces la terapia de preferencia.

### Suspensión de la terapia de mantenimiento

En la actualidad no se recomienda debido a que muy pocas personas han sido estudiadas.

► Para más información lea la publicación de Project Inform, Meningitis criptocócica.

## Histoplasmosis

*La histoplasmosis es una infección por hongos.*

### Síntomas

Fiebre, fatiga, pérdida de peso, dificultad para respirar, inflamación de los ganglios linfáticos y síntomas parecidos a la neumonía.

### Diagnóstico

Prueba para el antígeno del histoplasma en la orina y la sangre, la médula ósea o cultivo de la sangre o biopsia de una lesión (en la piel, la boca o los ganglios linfáticos).

### Terapia preventiva (profilaxis)

Las personas cuyos recuentos de células CD4+ se mantengan consistentemente por debajo de 100 y que vivan en una zona donde sea común el histoplasma, o estén en riesgo debido a la exposición en el sitio de trabajo, deben considerar el uso de itraconazola (200mg 1 vez al día).

Las mujeres embarazadas no deben tomar la terapia preventiva debido a posibles defectos de nacimiento en el bebé causados por los medicamentos del tipo "azole".

### Tratamiento

**Preferido:** para las personas con enfermedad severa, amfotericina B (de 0.7 a 1mg/kg al día durante 3 a 14 días) o las formulaciones lípidas del amfotericina B (3mg/kg al día durante 3 a 14 días). Para formas leves de la enfermedad, itraconazola (200mg 3 veces al día durante 3 días, y luego 200mg 2 veces al día durante 12 semanas). **Alternativa:** Para formas leves de la enfermedad, fluconazola (800mg 1 vez al día).

### Terapia de mantenimiento

Cualquier persona que haya contraído histoplasmosis debe estar en terapia de mantenimiento.

**Preferida:** Itraconazola (200mg 2 veces al día).

**Alternativa:** Amfotericina B intravenoso (1mg/kg una vez a la semana).

Se prefiere el amfotericina B para las mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre.

### Suspensión de la

### terapia de mantenimiento

Según los resultados de un pequeño número de personas en algunos estudios, en la actualidad no se recomienda suspender la terapia, aunque podría ser razonable para personas con recuentos de células CD4+ por encima de 200 y cargas virales indetectables.

## Neumonía por *Pneumocystis carinii*

*Un parásito que infecta a los pulmones; más correctamente llamado con el nombre del hongo Pneumocystis jiroveci.*

### Síntomas

Por lo general fiebre, tos y dificultad para respirar. Ocasionalmente pérdida de peso, sudores nocturnos y fatiga.

### Diagnóstico

Radiografía del tórax, esputo inducido y broncoscopia.

### Terapia preventiva (profilaxis)

Se recomienda cuando los recuentos de células CD4+ llegan a 200 o están por debajo de esa cifra (algunos dicen que debería seguirse cuando está por debajo de 250), cuando el nivel más bajo (nadir) del recuento de células CD4+ es menor de 200, y/o si hay un historial de candidiasis en la garganta y/o fiebre inexplicada durante más de 2 semanas sin importar el recuento de células CD4+.

**Preferida:** TMP/SMX (también llamado Bactrim o Septra; una tableta diaria de potencia regular o una de doble potencia diariamente o 3 veces a la semana). Un aumento gradual en la dosis del TMP/SMX puede ayudar a reducir los efectos

### secundarios. **Alternativa preferida:**

Si no se puede tolerar el TMP/SMX entonces utilizar dapsona (100mg 1 vez al día); o dapsona (50mg 1 vez al día) + pirimetamina (50mg una vez a la semana) + leucovorina (25mg 1 vez a la semana). **Otras alternativas:** Pentamidina en aerosol (300mg 1 vez al mes); atovaquona (1,500mg 1 vez al día); o pentamidina intravenosa (300mg una vez al mes).

### Suspensión de la terapia preventiva

Se puede suspender si los recuentos de células CD4+ permanecen por encima de 200 durante más de 12 semanas a consecuencia del uso de una terapia de alta potencia contra el VIH.

### Tratamiento

**Preferido:** TMP/SMX (dos tabletas de doble potencia cada 8 horas; o 5mg/kg de TMP y 25mg/kg de SMX intravenoso cada 8 horas).

**Alternativas:** Trimetoprim (320mg cada 8 horas) + dapsona (100mg 1 vez al día); atovaquona (750mg 2 veces al día); clindamicina (de 300 a

450mg cada 6 horas) + primaquina (de 15 a 30mg 1 vez al día); o pentamidina intravenosa (300mg 1 vez al día). **Otras Alternativas:** Trimetrexato (45mg/m<sup>2</sup> 1 vez al día en forma intravenosa) + leucovorina (20mg/m<sup>2</sup> cada 6 horas) también puede ser útil.

El uso del prednisona debe considerarse para personas con casos agudos de la enfermedad (40mg cada 12 horas durante 5 días, luego 40mg 1 vez al día durante 5 días, y luego 20mg 1 vez al día durante 11 días).

**Terapia de mantenimiento**  
Todo el que haya tenido PCP debe estar en terapia de mantenimiento. Las opciones son las mismas que las de la terapia preventiva.

**Suspensión de la terapia de mantenimiento**  
Aunque puede ser posible suspender la terapia de mantenimiento si los recuentos de células CD4+ permanecen por encima de 200, actualmente no existe la información suficiente para hacer esta recomendación.

► Para más información, lea las publicaciones de Project Inform, Prevención de la PCP.

## Toxoplasmosis (toxo)

*La toxoplasmosis es un parásito que infecta principalmente el cerebro.*

### Síntomas

Estados mentales alterados (confusión, comportamiento alucinado), dolores de cabeza severos, fiebre, convulsiones y coma. También puede afectar los ojos causando dolor y reducción en la visión.

### Diagnóstico

Una prueba de imágenes por resonancia magnética (MRI) que explore lesiones en el cerebro, análisis de anticuerpos, cultivo de tejido, cultivo del líquido cerebro raquídeo o algunas veces presuntivo (es decir que se presume sin haber utilizado ninguna prueba). De ser necesario, biopsia del cerebro para descartar linfoma o una PML (sigla en inglés para leucodistrofia progresiva multifocal).

### Terapia preventiva (profilaxis)

Si los anticuerpos son positivos: Se recomienda cuando los recuentos de células CD4+ están por debajo de 100 (algunos dicen que de 150).

**Preferida:** TMP/SMX (una tableta de doble potencia cada 12 horas 3 veces a la semana, o una tableta de potencia regular o una de potencia doble 1 vez al día).

**Alternativas:** Pirimetamina (50mg 1 vez a la semana) + dapsona (50mg 1 vez a la semana) + leucovorina (25mg 1 vez a la semana); o atovaquona (1,500mg 1 vez al día) + leucovorina (10mg 1 vez al día) con o sin pyrimetamina (25mg 1 vez al día). **Otras alternativas:** Pirimetamina (50mg 1 vez al día); pyrimetamina (25mg 3 veces a la semana) + sulfadoxina (500mg 3 veces a la semana); dapsona (100mg 2 veces a la semana); o roxitromicina (300mg cada 8 horas, 1 vez a la semana).

Las mujeres embarazadas deben considerar la posibilidad de retrasar el inicio de la terapia preventiva hasta después del primer trimestre de embarazo.

### Suspensión de la terapia de mantenimiento

En la actualidad no se recomienda suspender la terapia incluso con recuentos altos de células CD4+ debidos al uso de terapias de alta potencia contra el VIH. Sin

embargo, la información más reciente sugiere que podría ser seguro suspender la terapia para las personas que hayan mantenido recuentos de células CD4+ por encima de 200 durante un período superior a 12 semanas.

### Tratamiento

**Preferido:** Pirimetamina (200mg de dosis inicial y luego de 50 a 75mg 1 vez al día) + sulfadiazina (1 g cada 6 horas); o clindamicina (600mg cada 6 horas). **Alternativa:** TMP/SMX (de 2.5 a 5mg/kg cada 6 horas); o pirimetamina (200mg de dosis inicial y luego de 50 a 75mg una vez al día) + leucovorina (de 10 a 20mg 1 vez al día) + uno de los siguientes: claritromicina (1,000mg cada 12 horas), azitromicina (de 600 a 1,800mg 1 vez al día) o dapsona (100mg 1 vez al día). **Otras alternativas:** Atovaquona (750mg cada 6 horas), o trimetrexato (de 30 a 280mg/m<sup>2</sup> 1 vez al día) + leucovorina (20mg/m<sup>2</sup> cada 6 horas).

### Terapia de mantenimiento

**Preferida:** Pirimetamina (de 25 a 75mg 1 vez al día) + sulfadiazina (de 500 a 1,000mg 4 veces al día) + leucovorina (de 10 a 25mg 1 vez al día). **Alternativa:** Pirimetamina (de 25 a 75mg al día) + clindamicina (de 300 a 450mg cada 6 a 8 horas) + leucovorina (de 10 a 25mg 1 vez al día); atovaquona (750mg cada 6 a 12 horas) + leucovorina (10mg 1 vez al día) con o sin pirimetamina (25mg 1 vez al día). **Otras alternativas:** Pirimetamina + sulfadoxina (25mg/500mg 2 veces al día); pirimetamina (50mg 1 vez al día); pirimetamina (50mg 1 vez al día) + atovaquona (750mg cada 6 horas); claritromicina (1,000mg cada 12 horas); dapsona (100mg 2 veces a la semana); o azitromicina (de 600 a 1,800mg 1 vez al día).

### Suspensión de la terapia de mantenimiento

Según los resultados de un pequeño número de personas en algunos estudios, en la actualidad no se recomienda suspender la terapia.

## Tuberculosis (TB)

*La tuberculosis es una infección bacteriana que principalmente infecta los pulmones.*

### Síntomas

Sudores nocturnos, tos, fiebre, falta de aliento y pérdida de peso.

### Diagnóstico

Prueba cutánea de tuberculina, radiografía del tórax, CT (sigla en inglés para topografía de cromo), escán o prueba de bacilos acidorresistentes.

### Terapia preventiva (profilaxis)

Todas las personas VIH positivas están en mayor riesgo de contraer tuberculosis y debe hacerse la prueba para comprobar si han estado expuestas, por lo general mediante una prueba cutánea de tuberculina (TST por su sigla en inglés). Si la prueba resulta positiva (enrojecimiento y mucha inflamación) pero la enfermedad no está activa (no hay síntomas), debe iniciarse la terapia preventiva. Las mujeres embarazadas que no tengan la enfermedad activa pueden considerar retrasar el inicio de la terapia preventiva hasta después del primer trimestre. Si la prueba resulta positiva y la enfermedad está activa, debe iniciarse la terapia contra la tuberculosis.

**Para las personas sensibles al isoniazid (INH), el tratamiento preferido es:** Isoniazid (300mg 1 vez al día + piridoxina (50mg 1 vez al día) durante 9 meses; isoniazid (900mg 2 veces a la semana) + piridoxina (100mg 2 veces a la semana) durante 9 meses; o rifampina (600mg 1 vez al día) + pirazinamida (20mg/kg 1 vez al día) durante 2 meses. **Alternativas:** Rifabutina (300mg 1 vez al día) + pirazinamida (20mg/kg 1 vez al día) durante 2 meses; o rifampina (600mg 1 vez al día) durante 4 meses.

### Para las personas resistentes al isoniazid el tratamiento preferido es:

Rifampina (600mg 1 vez al día) + pirazinamida (20mg/kg una vez al día) durante 2 meses.

**Alternativas:** Rifabutina (300mg 1 vez al día) + pirazinamida (20mg/kg 1 vez al día) durante 2 meses; rifampina (600mg 1 vez al día) durante 4 meses; o rifabutina (300mg 1 vez al día) durante 4 meses.

### Para las personas resistentes al INH y al rifampin, el tratamiento preferido es:

Etambutol (15mg/kg 1 vez al día) + pirazinamida (20mg/kg 1 vez al día) durante 12 meses; levofloxacina (500mg 1 vez al día) + etambutol (15mg 1 vez al día) durante 12 meses; o ciprofloxacina (750mg 2 veces al día) + etambutol (15mg/kg 1 vez al día) durante 12 meses.

### Tratamiento

**Preferido:** Isoniazid (300mg 1 vez al día) + rifampina (600mg 1 vez al día) + pirazinamida (de 20 a 30mg/kg una vez al día) + piridoxina (50mg 1 vez al día) +/- etambutol (de 15 a 25mg 1 vez al día) todos durante 2 meses, lo cual debe ser seguido por isoniazid (300mg 1 vez al día) + rifampina (600mg 1 vez al día) + piridoxina (50mg 1 vez al día) durante 4 meses. **Alternativa:** Isoniazid (300mg 1 vez al día) + rifampina (600mg 1 vez al día) + piridoxina (50mg 1 vez al día) +/- etambutol (de 15 a 25mg/kg una vez al día).

### Terapia de mantenimiento

No se requiere terapia de mantenimiento para personas con resolución completa de los síntomas a consecuencia del tratamiento contra la tuberculosis.

► Para más información lea la publicación de Project Inform, Tuberculosis.