

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	GR
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		
Brucelosis o fiebre de Malta CIE-10: A23.9 CIAP-2: A78	asociar doxiciclina Dosis adulto: 100 mg/12 h/6 sem vo	A	Niños < 8 a	asociar trimetoprim-sulfametoxazol Dosis pediátrica: 10 mg/kg/12 h/6 sem	A	Se recomienda reposo e hidratación. Vigilar hemograma, función hepatorenal y ototoxicidad (estreptomina). La endocarditis requiere sustitución valvular y un curso prolongado de antibióticos. Control de la brucelosis animal.	
	+ rifampicina Dosis adulto: 15 mg/kg/d/8 sem vo (máx. 900 mg)	A		+ rifampicina Dosis pediátrica: 15 mg/kg/12 h (máx. 600 mg) vo durante 6 sem	A		
	o asociar doxiciclina + estreptomina Dosis adulto: 1 g/d/2 sem im	A		asociar doxiciclina Dosis pediátrica: 2-4 mg/kg/24 h vo (máx. 200 mg/d), en 2 dosis	A		
	Si hay resistencias y/o recaídas, asociar doxiciclina + estreptomina + rifampicina Dosis adulto: 15 mg/kg/d/6 sem vo (máx. 900 mg)	B		+ rifampicina Dosis pediátrica: 15 mg/kg/12 h/6 sem vo (máx. 600 mg)	A		
				asociar rifampicina Dosis adulto: 900 mg/d/6 sem vo	A		
		Embarazo		+ trimetoprim-sulfametoxazol Dosis adulto: 160 mg/12 h/6 sem vo	A		
Observaciones Es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada. Es difícil erradicar a nivel intracelular el microorganismo, por lo que se necesita terapia combinada para disminuir las recidivas y fallos. Las recaídas son muy frecuentes y suelen presentarse en los primeros meses que siguen al tratamiento, raramente tras 6 meses sin síntomas. Suelen tratarse repitiendo el tratamiento inicial. En las formas localizadas de brucelosis se recomienda prolongar el tratamiento con doxiciclina al menos durante 8 semanas. La espondilitis requiere doxiciclina durante 12 semanas y estreptomina de 14 a 21 días. La neurobrucelosis precisa dos o tres fármacos que atraviesen la barrera hematoencefálica (doxiciclina, rifampicina, TMP-SMZ) y la duración es individualizada. No se aconseja usar rifampicina si la situación local es de tuberculosis o brucelosis endémica, para así evitar resistencias. Los corticoides no han demostrado efectos beneficiosos en la neurobrucelosis. El uso de TMP-SMZ no se recomienda en el primer trimestre de embarazo por el aumento de riesgo de malformaciones congénitas y durante la última semana de embarazo por asociarse a kernicterus en el recién nacido.							
Chancroide CIE-10: A57 CIAP-2: X99, Y99	azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU Dosis pediátrica: 12-15 mg/kg vo DU (máx. 1 g)	A	Embarazo y lactancia VIH+	ceftriaxona Dosis adulto: 250 mg im DU Dosis pediátrica: 250 mg im DU	A	Información sobre conductas sexuales de riesgo, aconsejando sobre todo el uso del preservativo. Debería evitarse la actividad sexual hasta la resolución de todas las úlceras. Investigar, evaluar y tratar a las parejas sexuales (incluso en ausencia de síntomas) que el paciente ha tenido durante los 10-14 días previos al inicio de la úlcera. Los pacientes deben evaluarse a los 3-7 días	
				asociar ceftriaxona Dosis adulto: 250 mg im DU + azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU			

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		GR
Chancroide (Cont.)							del inicio del tratamiento (alivio del dolor y mejora de la úlcera). Si no existe mejoría, pensar en un diagnóstico incorrecto, coinfección por otra ITS, por VIH, falta de adherencia o germen resistente. Las adenopatías no fluctuantes, al contrario que las fluctuantes, responden bien a los antibióticos y no precisan drenaje o aspiración del contenido purulento. Las fluctuantes deben drenarse por aspiración.
Observaciones Con frecuencia, el tratamiento es empírico. Se aconseja estudiar la presencia de sífilis, herpes, hepatitis B o VIH+; de hecho, muchos autores aconsejan tratar también el herpes simple y la sífilis por la frecuencia de la coinfección. Se han descrito fracasos con dosis única de azitromicina en pacientes VIH+, por lo que deben ser estrechamente monitorizados, ya que en ocasiones es reflejo de una coinfección, sobre todo por el herpes simple. Se han propuesto cursos más largos de tratamiento en los pacientes VIH+.							
Fiebre botonosa mediterránea CIE-10: A77.1 CIAP-2: A77	doxiciclina (véase «Observaciones») Dosis adulto: 100 mg/12 h/5-7 d vo Dosis pediátrica: 2,2 mg/kg/12 h/5-7 d vo (en niños que pesan < 45 kg máx 200 mg)	A	Alternativa Alergia a tetraciclinas. Mujeres embarazadas. Niños < 8 a	azitromicina Dosis adulto: 500 mg/d/5 d vo josamicina Dosis adulto: 1 g/12 h/5 d vo	A A		Desparasitar los animales mediante repelentes. Prevención primaria: evitar la picadura de la garrapata y el contacto con perros, gatos y animales de caza, sobre todo en verano y otoño.
Observaciones Enfermedad de declaración obligatoria individualizada. El tratamiento se inicia de forma empírica sin esperar a la confirmación y debe mantenerse al menos hasta pasados 2 d de la desaparición de la fiebre. El uso de doxiciclina en niños que pesan > 45 kg conlleva un riesgo mínimo de tinción dental si la duración es corta. Si la enfermedad es severa (cefalea, disnea, manifestaciones neurológicas), está indicado el ingreso hospitalario y el tratamiento con cloranfenicol iv.							
Granuloma inguinal CIE-10: A58 CIAP-2: X99, Y99	azitromicina Dosis adulto: 1 g/sem/3 sem mínimo	A	Pauta alternativa Embarazo y lactancia materna	doxiciclina Dosis adulto: 100 mg/12 h/3 sem mínimo vo eritromicina Dosis adulto: 500 mg/ 6 h/21 d vo	A A		Información sobre conductas sexuales de riesgo. Es conveniente una evaluación clínica hasta que las lesiones se hayan curado. Deben examinarse y tratarse los contactos sexuales en los 60 días anteriores al inicio de los síntomas o si presentan signos o síntomas de la enfermedad.
Observaciones Enfermedad endémica en áreas tropicales. Deberá remitirse a servicio especializado. Pueden producirse recaídas 6-18 meses después del tratamiento. El tratamiento se ha de aplicar un mínimo de 3 semanas y hasta que todas las lesiones se hayan resuelto completamente (las recidivas son frecuentes). Si no hay mejoría clínica en los primeros días, debe añadirse gentamicina (1 mg/kg/8 h/2-3 d iv). Debe estudiarse la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en cuyo caso el tratamiento puede prolongarse al retrasarse la resolución clínica.							

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Hepatitis crónica por VHC CIE-10: B18.2 CIAP-2: D72	Véase «Observaciones»					Apoyo psicológico, consejos dietéticos, tratamiento sintomático, ajuste de las dosis de otras medicaciones y cribado de cirrosis y carcinoma hepatocelular. Informar sobre el bajo riesgo de transmisión a amigos y familiares, aunque estos y los convivientes deberán adoptar precauciones en el uso de utensilios de higiene personal que puedan contactar con sangre. No deben realizar donaciones de sangre. Recomendar el uso del preservativo excepto en el caso de pareja estable. Evitar el consumo de alcohol y prácticas de riesgo para contraer el VIH. No existe riesgo para la lactancia materna salvo si hay grietas o heridas. Estudiar asimismo la presencia del VIH y VHB. Los pacientes susceptibles de hepatitis A y B deberían vacunarse; en caso de cirrosis hepática deberían vacunarse frente al neumococo.
Observaciones El tratamiento antiviral, sobre todo en una etapa temprana de la infección, es la piedra angular de la hepatitis crónica C. El objetivo del tratamiento es eliminar el virus de la circulación: sinónimo de respuesta viral sostenida o viremia negativa 3 meses tras finalizar el tratamiento. A largo plazo, se busca prevenir la progresión a cirrosis, carcinoma hepático o disminuir la necesidad de trasplante hepático y mejorar la supervivencia. Hasta el año 2014, el tratamiento habitual de la hepatitis C se basaba en diferentes combinaciones de interferón pegilado, ribavirina e inhibidores de la proteasa. La aparición a partir de 2014 de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (simeprevir, sofosbuvir, daclatasvir, ledipasvir, dasavubir, ombitasvir, velpatasvir, paritaprevir, ritonavir, glecaprevir, pibrentasvir, elbasvir, grazoprevir) cambia las opciones drásticamente (se obtienen viremias negativas en más del 90% de los pacientes). Se pueden usar con o sin ribavirina. Ya no se recomienda el tratamiento con interferón aunque puede usarse en ámbitos con pocos recursos. La indicación del régimen terapéutico depende del genotipo viral (en España, el tipo 1 es el más frecuente, 70%), la presencia o ausencia de cirrosis y la ausencia de tratamiento previo (naive) o la respuesta a otros tratamientos. Deben vigilarse las interacciones con otros fármacos. La indicación prioritaria de tratamiento con antivirales de acción directa incluye pacientes con fibrosis hepática avanzada, en lista de espera de trasplante hepático, trasplantados hepáticos con recidiva de la infección, ausencia de respuesta a triple terapia con inhibidores de la proteasa de primera generación (boceprevir o telaprevir), trasplantados no hepáticos con hepatitis C, independiente del estadio de fibrosis hepática, hepatitis C con manifestaciones extrahepáticas clínicamente relevantes, riesgo elevado de transmisión y mujeres que deseen quedarse embarazadas.						
Infecciones de transmisión sexual (en agresiones sexuales) CIE-10: A64 CIAP-2: A78	asociar ceftriaxona Dosis adulto: 500 mg im DU + azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU + metronidazol Dosis adulto: 2 g vo DU	A A A	Alergia a cefalosporinas o tetraciclinas Embarazo	asociar azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU + metronidazol Dosis adulto: 2 g vo DU asociar ceftriaxona Dosis adulto: 500 mg im	A A A	Las agresiones sexuales recientes deben valorarse en el hospital. Hay que ser escrupulosamente respetuoso con la intimidad de la víctima y no someterla a exploraciones innecesarias o repetidas. El apoyo psicológico y emocional es tan importante para las víctimas de una agresión sexual como la prevención de daños.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		GR
Infecciones de transmisión sexual (en agresiones sexuales) <i>(Cont.)</i>				+ azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU + metronidazol Dosis adulto: 2 g vo DU	A A	Aunque el riesgo de contraer una ITS es difícil de estimar, a partir del séptimo día de la agresión se recomienda recoger cultivos vaginal, cervical y/o anal, realizar serologías de sífilis, hepatitis B y C, VIH (previo consentimiento), que se repetirán a los 3, 6 y 12 meses. También se solicitará prueba de embarazo, grupo sanguíneo y Rh. En los pacientes que reciben profilaxis post-exposición al VIH debe evaluarse la adherencia y tolerancia a la medicación 3 a 5 días después del inicio. Se aconseja realizar hemograma, pruebas de función hepática y renal, al inicio y durante la profilaxis.	
Observaciones Utilizar analgésicos y/o ansiolíticos si es necesario. Se recomienda tratamiento empírico porque algunas víctimas no acuden a realizar las visitas de seguimiento. El metronidazol no debe usarse en el 1.º trimestre de gestación, ni en hombres agredidos sexualmente. Si existe riesgo de contraer una hepatitis B, (por ejemplo, si se sabe que el agresor es HBsAg+), se aconseja poner Ig antihepatitis B (el CDC recomienda profilaxis postexposición con la vacunación de la hepatitis B sin inmunoglobulina hepatitis B [HBIG]). Se recomienda la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) en mujeres de 9 a 26 años y hombres de 9 a 21 años que no han iniciado o completado la vacunación; se llevará a cabo mediante dos dosis, la 2ª se aconseja a los 6-12 meses. El tratamiento inicial cubre la infección por gonococo y/o <i>Chlamydia</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , vaginosis bacteriana y <i>Treponema pallidum</i> . En función de los resultados de los cultivos y del seguimiento clínico, puede añadirse fluconazol y aciclovir a la propuesta inicial. Se recomienda profilaxis postexposición en las primeras 72 horas (4-6 si es posible) de haberse producido el contacto. No obstante, en casos concretos de personas que presenten un alto riesgo de transmisión, podría realizarse profilaxis después de pasadas las 72 h. El tratamiento antirretroviral consiste en la combinación de tres fármacos de dos clases diferentes. Remitir a un servicio de medicina interna o unidad de infecciones de referencia. Es obligatorio cumplimentar el parte de lesiones. Si no han transcurrido más de 72 h de la agresión sexual y si la paciente lo desea (una vez descartado embarazo previo con b-HCG en orina), hacer prevención poscoital con levonorgestrel (1,5 mg vo DU). Añadir antieméticos si la paciente presenta náuseas y/o vómitos. En caso de no disponer de ceftriaxona puede sustituirse por cefixima 400 mg/DU vo. La profilaxis de micosis puede realizarse con fluconazol y la de herpes virus con aciclovir o famciclovir durante 5 d.							
Linfo-granuloma venéreo CIE-10: A55 CIAP-2: X99, Y99	doxiciclina Dosis adulto: 100 mg/12 h/21 d vo o azitromicina Dosis adulto: 1 g/sem/3 sem vo	A A	Alergia a tetraciclinas, embarazo, lactancia Clínica de proctitis (se asocia a proctitis gonocócica)	eritromicina Dosis adulto: 500 mg/6 h/21 d vo asociar doxiciclina Dosis adulto: 500 mg/12 h/21 d vo	A C	Información sobre conductas sexuales de riesgo. La incisión y el drenaje o la excisión quirúrgica deben evitarse siempre que sea posible ya que pueden alterar el drenaje linfático, producir fistulas o disminuir la curación. Si la aspiración de pus es aconsejable debe realizarse siguiendo un abordaje lateral a través de piel sana y bajo cobertura antibiótica.	

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Linfo-granuloma venéreo (Cont.)				+ ceftriaxona Dosis adulto: 500 mg im DU	C	
Observaciones Realizar serología, lúes, VIH, hepatitis B y C e investigar presencia de herpes virus y/o gonorrea. Los pacientes con VIH+ deben recibir el mismo tratamiento. Enfermedad rara en nuestro medio, propia de países tropicales. Remitir a servicio especializado. Investigar (muestras de uretra o cérvix para detectar infección por <i>Chlamydia</i>), evaluar y tratar a las parejas sexuales que el paciente haya tenido durante los 60 d previos al inicio de los síntomas de úlcera. Si existe proctocolitis, estudiar gonococo y sífilis. La ineficacia del tratamiento suele deberse a la falta de adherencia o a reinfecciones antes que a la resistencia al antibiótico. Los pacientes deben ser seguidos hasta que los síntomas y signos remitan. Si la enfermedad no remite tres semanas después de tratamiento pensar en diagnósticos alternativos. El tratamiento empírico de las parejas sexuales asintomáticas es: azitromicina 1 g vo DU o doxiciclina 100 mg/12 h/7 d vo, aunque las guías Europeas no recomiendan cursos más cortos de 21 días.						
Profilaxis en pacientes con VIH/sida para neumonía por <i>P. jiroveci</i> (<i>carinii</i>) y toxoplasmosis CIE-10: Z29.2 CIAP-2: B90, D87, K70, K93, T91, W78, W79	Prevención primaria: trimetoprim-sulfametoxazol Dosis adulto: 80 mg + 400 mg/d vo Dosis pediátrica: 75 mg + 375 mg/12 h, 3 d consecutivos a la sem vo Prevención secundaria: trimetoprim-sulfametoxazol Dosis adulto: 160 mg + 800 mg/d vo	A	Toxoplasmosis	trimetoprim-sulfametoxazol Dosis adulto: 160 mg + 800 mg/24 h vo Dosis pediátrica: 75 mg + 375 mg/12 h vo	A	En pacientes seronegativos a toxoplasma, recomendar evitar comer carne cruda y sonrosada, lavar bien la verdura y la fruta. Evitar exposición a heces de gato. Revisar vacunaciones. Recomendar evitar prácticas que favorezcan la reinfección, consumo de drogas y, si no es posible, minimizar riesgos. Informarse sobre prácticas de sexo seguro. Informar al paciente y a la familia sobre medidas higiénicas (no compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar o utensilios punzantes de aseo personal). Evitar tatuajes y piercings.
Observaciones La mejor forma de prevenir la infección por <i>P. jiroveci</i> es la mejora del sistema inmune mediante terapia antirretroviral. La respuesta inmune reduce el riesgo de <i>P. jiroveci</i> y permite interrumpir la profilaxis. Las principales indicaciones para la quimioprofilaxis son: CD4 < 200 c/uL, CD4 < 14%, CD4 200-250 si la monitorización es infrecuente, enfermos con sida que no hayan iniciado el tratamiento antirretroviral o cuya carga viral persiste a pesar de haberlo iniciado. Las indicaciones de quimioprofilaxis de toxoplasmosis son CD4 < 100 con IgG + para <i>Toxoplasma gondii</i> . Se puede suspender la profilaxis pasados más de 6 meses de terapia antirretroviral, carga viral indetectable y si los CD4 se mantienen > 200 más de 3 meses; se reanuda si CD4 < 200 (< 100-200 para toxoplasmosis). En caso de hipersensibilidad al TMP/SMX, intentar primero una desensibilización en atención especializada con dosis progresivamente crecientes de TMP/SMX, antes de prescribir fármacos alternativos menos eficaces y de uso preferentemente hospitalario (pentamidina inhalada, atovacuona, dapsona). Ninguno de estos fármacos está indicado para profilaxis de toxoplasmosis.						

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	GR
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		
Toxoplasmosis en el embarazo (infección reciente) (Cont.)						<p>doméstico La medida más eficaz para prevenir la toxoplasmosis transmitida por la carne es su congelación antes del consumo. Evitar comer mariscos crudos.</p>	
<p>Observaciones</p> <p>El tratamiento de la toxoplasmosis aguda y congénita no se asienta en pruebas concluyentes. Los gatos que viven exclusivamente en pisos y que comen carne cocinada no presentan riesgo de adquirir toxoplasmosis.</p> <p>El tratamiento precoz parece que disminuye el número de fetos infectados de forma severa. Se estima que la espiramicina disminuye un 60% la tasa de transición vertical. La espiramicina no atraviesa la placenta y, por ello, no sirve para tratar al feto infectado.</p> <p>En infección fetal confirmada ≥ 18 semanas de gestación o si la madre adquiere la infección en el tercer trimestre, el tratamiento debe ser pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico.</p> <p>No obstante, si se decide continuar con la gestación, el tratamiento se ha de llevar a cabo en atención especializada.</p>							
<p>Tuberculosis. Enfermedad tuberculosa</p> <p>CIE-10: A15</p> <p>CIAP-2: A70</p>	<p>asociar isoniazida Dosis adulto: 300 mg/d/6 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/d/6 m vo (máx. 300 mg)</p> <p>+ rifampicina Dosis adulto: 600 mg/d/6 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/6 m vo (máx. 600 mg)</p> <p>+ pirazinamida Dosis adulto: 30 mg/kg/d/2 m (máx. 2,5 g) vo Dosis pediátrica: 30 mg/kg/d/2 m (máx. 2,5 g)</p> <p>+ etambutol (2HRZE + 4HR) Dosis adulto: 25 mg/kg/d/2 m (máx. 2 g) vo Dosis pediátrica: 15-20 mg/kg/d/2 m (máx. 2 g) vo</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>	<p>Etambutol contraindicado (2HRZS + 4HR)</p> <p>asociar isoniazida Dosis adulto: 300 mg/d/6 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/d/6 m (máx. 300 mg) vo</p> <p>+ rifampicina Dosis adulto: 600 mg/d/6 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/6 m (máx. 600 mg) vo</p> <p>+ pirazinamida Dosis adulto: 20-30 mg/kg/d/2 m (máx. 2,5 g) vo Dosis pediátrica: 30 mg/kg/d/2 m (máx. 2,5 g) vo</p> <p>+ estreptomina Dosis adulto: 750-1.000 mg/d/2 m vo Dosis pediátrica: 15 mg/kg/d/2 m vo</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>	<p>Si el estado general del paciente está afectado o en caso de hemoptisis importante, se aconseja reposo, aunque su valor terapéutico es bajo. Se considera conveniente el aislamiento respiratorio estricto del paciente durante las primeras 3 sem de tratamiento o hasta la obtención de 3 bacioscopias negativas. El aislamiento respiratorio se puede realizar en el domicilio siempre que sea posible, excepto en los casos de enfermedad grave o con complicaciones. Mantener normas básicas de higiene: taparse la boca al toser o estornudar, habitación bien ventilada, etc.</p>		

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<p>Observaciones</p> <p>El éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la adhesión a las pautas prescritas. El tratamiento debe ser individualizado y centrado en el paciente. Se debe vigilar la posible aparición de efectos secundarios de los fármacos.</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento está indicado un análisis de sangre (hemograma, VSG, función hepática, ác. úrico, creatinina, glucosa y serología VIH), valorar explorar agudeza visual si se va a utilizar etambutol y una audiometría si se usa estreptomina. Para evitar la neuropatía por isoniazida en aquellas situaciones propensas a la deficiencia de Vit B₆ (alcoholismo, desnutrición, embarazo, lactancia, diabetes, etc.) se aconseja agregar piridoxina (10-25 mg/d).</p> <p>Seguimiento: en la mayoría de los pacientes es suficiente la realización de una visita de control a los 15 días, al mes y a los 2, 4 y 6 meses. Se recomienda realizar un control analítico (hemograma y bioquímica) a los 15 días y, posteriormente, cada dos meses, hasta finalizar el tratamiento. Se recomienda optimizar los controles si se presentan alteraciones analíticas por toxicidad farmacológica. La elevación de los valores normales de transaminasas no justifica la retirada del tratamiento si no se supera 5 veces dicho valor. El seguimiento radiológico se realizará a los 2 meses de iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo, o en cualquier momento si se sospecha alguna complicación. El seguimiento bacteriológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar se realizará en el primer mes, el segundo, el cuarto y al final del tratamiento. Si el cultivo del segundo mes persiste positivo, el seguimiento debe ser mensual.</p> <p>Mala adherencia al tratamiento: en pacientes con riesgo de abandono del tratamiento o en aquellos casos con alta probabilidad de incumplimiento, se debe instaurar un sistema de tratamiento directamente observado, manteniendo la pauta de fármacos indicada para cada caso.</p> <p>Factores modificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Población general: 2 HRZE + 4 HR. Cuando el antibiograma demuestra sensibilidad a todos los fármacos, se podría retirar etambutol. Si en la Rx de tórax inicial existe cavitación o los cultivos de esputo son positivos a los 2 meses de tratamiento, este se debe prolongar hasta los 9 meses (2HRZE + 7HR). – Pacientes VIH+: 2HRZE + 4HR. En pacientes con CD4 < 100/μl, con problemas de adherencia, los que presentan una Rx de tórax inicial con cavitación y en los que los cultivos de esputo se mantengan positivos a los 2 meses de tratamiento, se recomienda una pauta de 9 meses (2HRZE + 7HR). Solo se puede considerar el uso de rifabutina si es imposible utilizar rifampicina. El manejo terapéutico de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH se debe llevar a cabo mediante atención especializada. – Otras patologías concomitantes: gota y hepatopatía crónica grave (2HRE + 7HR), meningitis y tuberculomas (2HRZE + 10HR), silicosis y espondilitis tuberculosa con afección neurológica (2HRZE + 7HR). – Embarazo y lactancia: se recomienda el mismo tratamiento. – Pautas alternativas: imposibilidad de uso de isoniazida (2EZR + 10ER); de rifampicina (2EZH + 16EH); de pirazinamida (2ERH + 7HR). 						
<p>Tuberculosis. Infección tuberculosa latente (quimio-profilaxis secundaria)</p> <p>CIE-10: A16.9</p> <p>CIAP-2: A70</p>	<p>isoniazida Dosis adulto: 300 mg/24 h/6 m vo (máx. 300 mg) Dosis pediátrica: 5 mg/24 h/6 m vo (máx. 300 mg)</p>	<p>A</p>	<p>Tratamiento alternativo</p> <p>Intolerancia o resistencia a isoniazida</p>	<p>asociar isoniazida Dosis adulto: 300 mg/24 h/3 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/24 h/3 m (máx. 300 mg) vo</p> <p>+ rifampicina Dosis adulto: 600 mg/d/3 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/3 m (máx. 600 mg) vo</p> <p>rifampicina Dosis adulto: 600 mg/d/4 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/6 m (máx. 600 mg/d) vo</p>	<p>C</p> <p>C</p> <p>C</p>	

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Tuberculosis. Infección tuberculosa latente (quimio-profilaxis secundaria) <i>(Cont.)</i>			Mala adherencia terapéutica	isoniazida (pauta intermitente solo si se realiza tto. directamente observado) Dosis adulto: 15 mg/kg/dosis 2 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo Dosis pediátrica: 15 mg/kg/3 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo	C	
			Mala adherencia e imposibilidad de uso de isoniazida	rifampicina Dosis adulto: 600 mg/3 veces sem/6 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/2 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo	C	
			Población indígena o probables contactos previos con isoniazida	asociar rifampicina Dosis adulto: 600 mg/d/2 m vo	C	
			VIH o pacientes con lesiones inactivas en Rx de tórax	+ pirazinamida Dosis adulto: 20 mg/kg/d/2 m (máx. 2 g) vo	C	
				isoniazida Dosis adulto: 300 mg/24 h/9 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/24 h/9 m (máx. 300 mg) vo	C	

Observaciones

Antes de iniciar el tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) debe excluirse una enfermedad tuberculosa, averiguar si se ha llevado previamente un TITL y valorar el riesgo de toxicidad por fármacos. El TITL se indica en personas infectadas que presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en función del tamaño de la induración tras la prueba de la tuberculina y de la situación clínica. Se consideran positivas las reacciones:

a) ≥ 5 mm: infectados por el VIH, contactos estrechos < 35 años con casos contagiosos, fibrosis en la radiografía de tórax.

b) ≥ 10 mm: inmigrantes < 35 años de países con alta prevalencia en sus primeros 5 años de residencia, infección reciente (convertores en los últimos 2 años), enfermedades hematológicas, neoplasias, diabetes mellitus, desnutrición, pérdida de peso, enolismo, UDVP, trabajadores sanitarios o de instituciones cerradas de < 35 años, niños (< 4 años, sobre todo), adolescentes y jóvenes expuestos a adultos con riesgo de tuberculosis.

Las recomendaciones en caso de mala adherencia son recomendaciones generales; dadas las diferentes situaciones con que nos podemos encontrar, se han de individualizar de manera específica y valorar el beneficio de la profilaxis con el riesgo del mal cumplimiento en cada caso. Las pautas intermitentes y en poblaciones sociales de riesgo deberán administrarse bajo un tratamiento directamente observado. En pacientes VIH+, silicóticos y pacientes con lesiones fibróticas pulmonares mayores de 2 cm, mantener durante 9 meses. En niños (incluidos niños con FR) y convertores, mantener también durante 9 meses. Tratar a la embarazada si hay riesgo importante de infección tuberculosa (contacto reciente con un paciente con enfermedad tuberculosa o infección concomitante por el VIH). La lactancia no contraindica el tratamiento. La asociación rifampicina + pirazinamida solo se utilizará en situaciones excepcionales si no hubiera ninguna otra opción, dado que esta combinación tiene un mayor riesgo de hepatotoxicidad.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	GR	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR			
Tuberculosis. Quimio-profilaxis primaria CIE-10: A16.9 CIAP-2: A70	isoniazida Dosis adulto: 300 mg/24 h/2 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/24 h/2 m vo (máx. 300 mg/d)	A	Mala adherencia terapéutica	isoniazida (pauta intermitente) Dosis adulto: 15 mg/kg/2 veces sem/2-3 m (máx. 900 mg por toma) Dosis pediátrica: 15 mg/kg/2 veces sem/2-3 m (máx. 900 mg por toma)	C	Desaconsejar la ingesta de alcohol.		
			Imposibilidad de uso de isoniazida	rifampicina Dosis adulto: 600 mg/24 h/2 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/2 m vo (máx. 600 mg)				C
			Mala adherencia terapéutica e imposibilidad de uso de isoniazida	rifampicina (pauta intermitente) Dosis adulto: 600 mg/24 h/2 veces sem/2 m Dosis pediátrica: 10 mg/kg/2 veces sem/2 m (máx. 600 mg por toma)				C
Observaciones No tratar si anteriormente ha recibido profilaxis o tratamiento correcto antituberculoso. Se precisa control clínico mensual. No son necesarios controles analíticos sistemáticos salvo en pacientes con riesgo hepático previo o sospecha de toxicidad hepática; suspender el tratamiento si las transaminasas se elevan más de 5 veces (o más de 3 veces, si hay toxicidad). Realizar siempre estudio de contactos y convivientes. Las pautas intermitentes deben ser supervisadas en régimen de observación directa (programa de TDO), están indicadas en previsión de incumplimiento (indigencia, prisión, alcoholismo, desestructuración sociofamiliar, etc.). Se realizará nuevo Mantoux a los 2 m y si es negativo (PPD < 5 mm), se suspenderá la quimioprofilaxis; si es positivo, una vez descartada la enfermedad activa tuberculosa (anamnesis, exploración física y radiografía de tórax), se tratará como una enfermedad tuberculosa latente (continuar el tratamiento hasta los 6 meses). La edad para instaurar quimioprofilaxis está en discusión; aun así, se considera la edad inferior a 35 años como la referencia para tratamiento quimioprofiláctico. No se recomienda quimioprofilaxis en mayores de 35 años, excepto si se asocian factores que aumentan el riesgo de reactivación: VIH+, grupo de riesgo para ser VIH+, contactos íntimos y frecuentes pertenecientes a un grupo con microepidemia (más de un caso). Si el contacto es VIH+ o inmunodeprimido, solicitar radiografía de tórax. La quimioprofilaxis en embarazadas se pospondrá hasta después del parto. Asociar Vit B ₆ en los tratamientos con isoniazida.								
Uretritis. Cervicitis CIE-10: N34.2 CIAP-2: U72	asociar ceftriaxona Dosis adulto: 500 mg im DU + azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU	A	Uretritis no gonocócica	doxicilina Dosis adulto: 100 mg/12 h/14 d vo	A			
		A	Dificultad para obtener ceftriaxona	asociar cefixima Dosis adulto: 400 mg vo DU + azitromicina Dosis adulto: 2 g vo DU	A			

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Uretritis. Cervicitis <i>(Cont.)</i>			Alergia a la penicilina	asociar gentamicina Dosis adulto: 240 mg im DU	A	
				+ azitromicina Dosis adulto: 1 g vo DU	C	
Observaciones						
En la uretritis aguda el tratamiento debe cubrir <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> . En caso de alergia a la penicilina, el ciproflaxacino no se recomienda por el aumento de resistencia. En las embarazadas está contraindicada la utilización de quinolonas y de tetraciclinas. La pareja siempre deberá recibir tratamiento, aunque no presente sintomatología y será con la misma pauta de elección. En caso de no haber mejoría clínica en 1 semana, si se confirma mal cumplimiento del tratamiento o reexposición, se repetirá el mismo tratamiento. Evaluar posible infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> . El tratamiento de ceftriaxona + doxiciclina también sirve para erradicar el <i>Treponema pallidum</i> .						