



Definición de Caso: Sospecha de TB:

Adolescentes y adultos: Tos y expectoración mayor a 15 días con o sin hemoptisis. Puede estar acompañado de síntomas generales: fiebre, pérdida de peso y apetito sudoración nocturna, entre otros.

En niños/as: 1) Tos, síndrome febril, falta de apetito o anorexia, pérdida o falta de progreso de peso, cansancio o falta de actividad (astenia). Suelen persistir durante más de 2 semanas sin mejoría con los tratamientos habituales para los diagnósticos diferenciales más comunes;

2) contacto de caso índice (enfermo) de TB

Solicitud de estudios diagnósticos*:

1) PPD (en caso de corresponder); 2) radiografía de tórax: en todos los pacientes; 3) esputo o lavados gástricos (lo que corresponda) para búsqueda de BAAR. Deben tomarse 2 muestras en días consecutivos y solicitar **directo**: en todos los pacientes; **cultivo**: en las siguientes situaciones: 3.a) pacientes con antecedentes de TB previa; 3.b) pacientes con sospecha clínica, epidemiológica o radiológica de TB con dos muestras negativas de baciloscopías 3.c) inmunocomprometidos, especialmente pacientes con VIH o diabéticos, 3.d) pacientes pediátricos/adolescentes; 3.e) pacientes con mayor riesgo de TB fármaco-resistente (ver anexo); y GenXpert en las siguientes situaciones:; **GenXpert (PCR)** en niños/adolescentes y en adultos con sospecha de TB resistente (ver anexo) *En caso de no contar con los estudios en su lugar de trabajo, coordinar con el referente de TB de su área operativa (AO) para la realización de los mismos.

Diagnóstico de TB clínico y/o bacteriológico

a) Confección de ficha de notificación y tratamiento b) Confección de ficha de contactos para el estudio correspondiente de los mismos. c) Comunicación con el referente de TB de su AO para envío de fichas al Programa de TB y estudio de contactos. d) Indicar tratamiento correspondiente a la forma de TB. (ver guía práctica 2019); e) Solicitar estudios de laboratorio: hemograma con plaquetas, hepatograma, glucemia, urea, creatinina, eritrosedimentación, serología para HIV, serología para VHB/VHC, VDRL, chagas.

Seguimiento del paciente en tratamiento con TB

Clínico control mensual; **Radiografías** al inicio, al finalizar la primera etapa y al completar el tratamiento

Caso nuevo	Pulmonar con baciloscopia (BK) +	BK al final del 2do y 4to mes. Si es (+) solicitar cultivo y prueba de sensibilidad (PS)
		BK al final del 6to mes o final del tratamiento, si es posible realizar cultivo.
Caso previa mente tratado	Recaida o abandono	BK al final del 2do mes, si es (+) solicitar cultivo y PS
		Si la BK de inicio y de control al final del 2º mes son (-) no es necesario realizar más controles.
Caso nuevo	Pulmonar con baciloscopia (BK) +	BK, cultivo y PS al inicio.
		BK al final del 2do y 4to mes. En cada caso si la BK es (+) solicitar cultivo y PS.
		BK y cultivo al final del 6to mes o final del tratamiento.

Regímenes sugeridos:

Adultos :

A) TB sensible tanto pulmonares como extrapulmonares (TB pleural, ganglionar, pericárdica) que no conllevan un riesgo grave de discapacidad ni mortalidad: **2mesesHRZE /4mesesHR ; B)** TB sensible con lesiones extensas, cavitarias y cultivo de control positivo a los dos meses, TB miliar, osteoarticular y la TB asociada a inmunodepresión (VIH/Sida, diabetes): **2HRZE/7HR; C)** TB con compromiso de SNC: **2HRZE/7-10HR**

Niños/adolescentes:

Mayores de 12 meses a 15 años: **A)** TB no grave: ganglionar periférica, ganglionar intratorácica sin compresión de la vía aérea, derrame pleural unilateral no complicado, pulmonar <1 lóbulo, sin cavernas ni patrón miliar, baciloscopia negativa) **2HRZ(E)/4HR o 2HRZ(E)/2HR (acortado); B)** TB grave: enfermedad pulmonar y ganglionar intratorácica complicada, opacificación alveolar >= 1 lóbulo, derrame pleural complicado con neumotórax o empiema o compromiso pleural bilateral, todo tipo de lesiones cavitarias, TB miliar, bronconeumonía TB o neumonía expansiva, baciloscopia +, extrapulmonares (excepto: las incluidas en no graves, SNC y osteoarticular): **2HRZE/4-7HR;**

Menores de 1 año y mayores de 15 años: **A)** TB no grave: **2HRZE/4HR; B)** TB grave **2HRZE/4-7HR;**

Todas las edades: **A)** TB del SNC y TB osteoarticular **2HRZE/10HR;**



Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención. 2019 (extracto)

Fármaco	Dosis Diaria mg/kg	Dosis Máx	Presentación
Isoniazida (H)	Adultos: 5/Niños: 10 (7-15)*	300 mg	Comp 100 y 300 mg
Rifampicina (R)	Adultos: 10/Niños: 15 (10-20)	600 mg	Caps 300 mg Jbe 100mg/5ml
Pirazinamida (Z)	Adultos: 25-30/Niños: 35 (30-40)	2000 mg	Comp 400 mg
Etambutol (E)	Adultos:15-20/Niños:20 (15-25)	Adultos 1600	Comp 400 mg y 100mg

Pediatría	Fase Intensiva* *(TAD)	Segunda Fase
Duración	2 meses (60 tomas)	2 m (60 tomas) a 10m (300 tomas)
4-7 kg	1	1
8- 11 kg	2	2
12-15 kg	3	3
16-24 kg	4	4
+ 25 kg	Se recomienda dosis de adultos	

Dispersables pediátricas:
Triple asociación dispersable(TAD): HRZ o H 50 / R 75 / Z 150 mg
Doble asociación dispersable(DAD) HR o H 50 / R 75 mg
 *Niños <2 años: 15mg/kg ** Agregar etambutol en la fase intensiva para niños con enfermedad extensa o que viven en entornos donde la prevalencia de la resistencia a Isoniazida es alta.

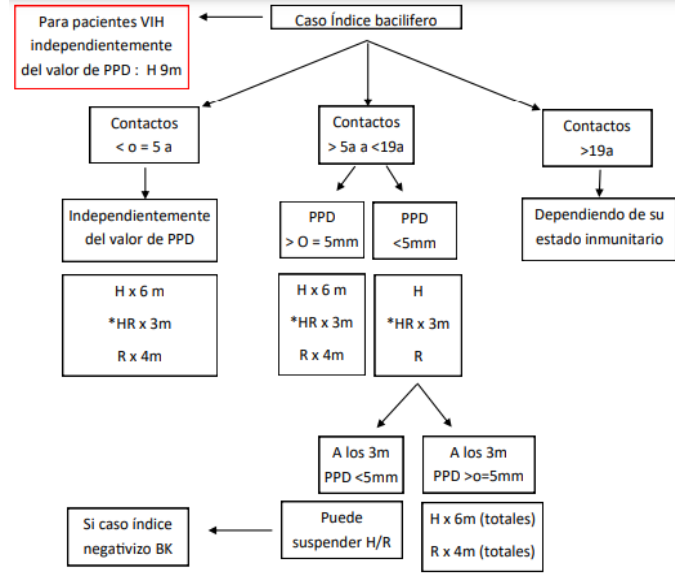
Adultos	Fase Intensiva (CAA)	Segunda Fase (DAA)
Duración	2 meses(60 tomas)	2 m (60 tomas) a 10m (300)
Peso	< 40 kg	2 comp CA
	40-55 kg	3 comp CA
	> 55 kg	4 comp CA

Cuádruple asociación adultos (CAA) HRZE o H 75 / R 150 / Z 400 / E 275 mg Doble asociación adultos (DAA) HR o H 150 / R 300 mg

Nota1: en todos los pacientes con Isoniazida es necesario suplementar con piridoxina 25 mg/día (vitamina B6) si presentan riesgo de polineuropatías (embarazo o lactancia, pacientes con VIH, diabéticos, consumo de alcohol, malnutrición e insuficiencia renal)

Nota2: El tratamiento directamente observado (TDO) es la forma más eficiente de garantizar un tratamiento adecuado

Manejo de estudios de contactos bacilíferos



Siempre descartar enfermedad (control clínico; radiografía de tórax; baciloscopia (si es sintomático respiratorio).
 *HR o DAD se sugiere en <25kg

Anexo 1. Riesgo de TB resistente: Pacientes con antecedentes de tratamiento antituberculosis (recaídas, fracasos, pérdida de seguimiento), pacientes que mantienen la baciloscopia positiva luego de 2 o 3 meses de tratamiento adecuado con drogas de primera línea, pacientes con antecedentes de exposición a bacilos con resistencia confirmada a fármacos, pacientes con exposición en instituciones de mayor prevalencia de TB resistente (privados de la libertad, instituciones de salud, comunidades cerradas), pacientes provenientes de áreas de alta prevalencia de TB resistente (Bolivia, Perú, Ecuador, África), pacientes con infección por VIH, pacientes con antecedentes de consumo problemático de sustancias (alcohol y otras drogas), pacientes en situación de calle.