

6. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y TUBERCULOSIS

Dado que en muchos de los países de la región existe una alta prevalencia de TB, que la Rifampicina presenta interacciones importantes con los ARV (en especial con los I.P) y que el tratamiento para la TB tiene preferencia sobre el manejo ARV, se pueden establecer tres opciones posibles para el manejo del paciente VIH (+) con TB activa, **que siempre deben ser dirigidas por un médico o grupo con amplia experiencia en el manejo de ambas enfermedades.**

Se aconseja que los países promuevan reuniones internas de los expertos en el manejo de la TB con los grupos que tienen experiencia en la atención de pacientes con VIH, con el fin de que acuerden cuáles serían las guías de tratamiento locales en estos casos.

Los dos aspectos más importantes al tratar pacientes con tuberculosis e infección por VIH son cuándo comenzar la terapia antirretroviral y qué drogas utilizar.

Con frecuencia los pacientes son diagnosticados de infección VIH como consecuencia del diagnóstico de Tuberculosis. En esta situación la prioridad debe ser tratar la TB e iniciar profilaxis frente a otras I.O. (si la situación inmunológica así lo aconseja). Por razones prácticas (demoras inevitables en la determinación del estado de seropositividad al VIH, determinación de los niveles de CD4, eventuales efectos adversos de la medicación tuberculostática, etc.) no conviene – ni tampoco suele ser posible – que el paciente afronte de forma casi simultánea el tratamiento tuberculostático en su fase inicial, junto con los ARV. Resulta más razonable esperar a que el paciente finalice la fase inicial del tratamiento tuberculostático (habitualmente dos meses), abordando el inicio del tratamiento ARV al principio de la fase de consolidación del tratamiento tuberculostático (que puede durar desde 4 hasta más de 20 meses en función de la pauta de tuberculostáticos empleada).

Las opciones a considerar son:

OPCIÓN I: Si el cuadro clínico y/o inmunológico del paciente lo permite, de acuerdo a la valoración médica especializada, diferir el inicio de ARV en aquellos pacientes que no lo han iniciado o suspender los medicamentos en aquellos pacientes que estén bajo tratamiento ARV y llevar a cabo el tratamiento estándar de I y II fase para TB incluyendo rifampicina. Iniciar el tratamiento ARV elegido una vez termine el tratamiento antiTB.

OPCIÓN II: Si el cuadro clínico derivado de la infección por VIH lo permite, diferir el inicio de los ARV o suspenderlos durante la primera fase (Fase I) es decir las 8 primeras semanas de tratamiento antiTB, el cual debe ser hecho con el tratamiento convencional, (incluyendo la rifampicina).

Para la segunda fase (Fase II) del tratamiento tuberculostático se puede:

- Administrar el tratamiento de segunda fase (Fase II) convencional para TB e iniciar o continuar un esquema ARV con dos ITRN asociados a EFV o ABC o SQV/rtv de acuerdo a las precauciones del cuadro adjunto.
- Escoger una alternativa de manejo para TB sin rifampicina, como INH, pirazinamida y etambutol, 3 veces por semana durante 10 meses.
- Prescindir de rifampicina en un régimen tuberculostático implica una prolongación en el tiempo del mismo y del número de tomas. Por otra parte aumentan en gran medida el número de comprimidos que el paciente debe tomar en cada dosis. Por estas razones, antes de optar por regímenes sin rifampicina, el médico debe asegurarse de que el paciente será capaz de seguirlos correctamente. Las pautas consistentes en dosis tres veces por semana siempre deben hacerse con DOTS/TAES (observación directa de la toma del tratamiento)

OPCIÓN III: Cuando definitivamente no es posible, por las condiciones clínicas o inmunológica del paciente, suspender el tratamiento ARV en ninguna fase del tratamiento de la tuberculosis se aconseja:

- Utilizar un esquema ARV con dos ITRN asociados a EFV, ABC o SQV/rtv de acuerdo a las precauciones descritas en la tabla siguiente, o
- Utilizar esquemas alternos de tratamiento para TB sin rifampicina, si están disponibles en los países y utilizar la pauta de tratamiento antirretroviral de elección. Cuando se utilizan esquemas sin rifampicina hay que hacer una vigilancia estrecha de la respuesta al tratamiento.

Recomendaciones para coadministrar diferentes ARV con rifampicina

ARV	Uso en combinación con Rifampicina	Comentarios
Ritonavir 100mg (con Saquinavir)	Aceptable, usar con precaución	La coadministración del RTV asociado a SQV con la dosis usual de rifampicina (600 mg / día o 2-3 veces por semana) es una posibilidad. Sin embargo los datos farmacocinéticos o la experiencia clínica son limitados.
Indinavir	Contraindicado	La coadministración de IDV con rifampicina no está recomendada porque la rifampicina disminuye marcadamente la concentración del IDV.
Nelfinavir	Contraindicado	La coadministración de NFV con rifampicina no está recomendada porque la rifampicina disminuye marcadamente la concentración del NFV.
Nevirapina	Posible, con mucha precaución	Los datos son insuficientes para evaluar qué ajuste sería necesario en la dosis de NVP. Sin embargo la rifampicina y la NVP podrían ser utilizados si claramente está indicado y con un cuidadoso monitoreo.
Efavirenz	Aceptable, usar con precaución	La coadministración del EFV con la rifampicina a dosis usuales (600 mg / día) es una posibilidad aunque no hay publicada experiencia clínica.

NOTA : Siempre que sea posible, sustituir la rifampicina por rifabutina. En aquellos países donde sea posible conseguirla, esta será la droga que se debe incluir en el esquema de tratamiento para la tuberculosis en sustitución de rifampicina, manteniendo o iniciando el esquema antirretroviral que esté indicado. La dosis de rifabutina deberá ajustarse a 150 mg por día o 300 mg 2 - 3 veces por semana siempre que se utilice concomitantemente con inhibidores de la proteasa. Cuando se utiliza con efavirenz su dosis deben aumentarse a 400 – 650 mg por día o 600 mg 2 – 3 veces por semana sin variar la del efavirenz. Con nevirapina, aunque teóricamente no hay interacción tampoco hay experiencia.

