



Guías de Tratamiento Ambulatorio HPG 2023: Tuberculosis

Indice:	Página
Introducción	1
Diagnóstico	2
Tratamiento	3
Seguimiento	7
Efectos adversos	8
Abandono de tratamiento	10
TB drogo-resistente (TBDR)	11
Prevención	14
Información para la comunidad	16
Bibliografía	17
Bases de manejo del niño con TB en el HPG	19

Introducción

La tuberculosis (TB) se encuentra dentro de las causas más frecuentes de enfermedad y muerte en aquellos lugares donde la enfermedad es endémica. La población < 20 años representa el 16,7% del total de los casos, con más del 50% (9,6%) en el grupo comprendido entre los 15-19 años. Argentina reporta 10.268 casos/año 2020, con una tasa de incidencia de 22,6/ 100.000 habitantes (Boletín epidemiológico N5 TB y Lepra en Argentina. Marzo 2022).

Diagnóstico

Debido al bajo rédito del hallazgo microbiológico del *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en niños, el diagnóstico se basa en 5 pilares, que sumados nos orientan al diagnóstico y decisión terapéutica:

1. **Antecedentes epidemiológicos** de contacto con pacientes con sospecha o diagnóstico de TB.
2. **Clínica:** La forma de presentación puede dividirse en 2 grandes grupos en base a los signos y síntomas prevalentes: pulmonar y/o extrapulmonar.
3. **Imágenes:** Dependiendo de la sospecha clínica. Siempre solicitar Rx de Tórax independientemente de la forma de presentación.
4. **Laboratorio:** El laboratorio general sólo es un elemento orientador de enfermedad como el hemograma, la ERS, proteína C reactiva y el proteinograma. El Gold Standard para el diagnóstico es el **aislamiento microbiológico** del *Mycobacterium tuberculosis* en muestras biológicas. Para todo paciente pediátrico con sospecha de TB debe solicitarse el estudio microbiológico en función de la forma clínica. A las muestras se le realizará el estudio directo para la búsqueda de BAAR y cultivo por técnicas de inoculación en medios sólidos y líquidos.

Las técnicas moleculares están indicadas para mejorar el rédito diagnóstico en el caso de las TB extrapulmonares, y orientar la terapéutica en el caso de sospecha de TB resistente (TBDR) o multirresistente (TBMR).

5. **PPD (Prueba tuberculínica):** La PPD tiene falsos positivos y negativos por lo que debe considerarse dentro del contexto del paciente. Sólo debe solicitarse en el paciente con sospecha de enfermedad TB o dentro del estudio epidemiológico de un contacto con TB (catastro).

“Solicitar serología para VIH A todo niño/ adolescente con diagnóstico de TB debido al mayor riesgo de infección y enfermedad”

Tratamiento:

El tratamiento empírico inicial, el número de drogas y el tiempo de tratamiento dependen de:

1. Forma clínica: pulmonar o extrapulmonar
2. Inmunidad: normal o inmunocomprometido
3. Riesgo de resistencia a drogas: aquellos con antecedente de tratamiento para TB o contacto con TBDR)

Los tratamiento actuales requieren de 2 fases: la **intensiva** inicial con una duración de 2 meses donde deben usarse diariamente drogas bactericidas que incluyan H+R+ Z, y la segunda que es la **de consolidación**, con tiempos variables según la forma clínica, inmunidad, y susceptibilidad a los tuberculostáticos.

Abreviaturas: H= ISONIACIDA, R=RIFAMPICINA, Z=PIRAZINAMIDA, E=ETAMBUTOL

Por lo que el tratamiento empírico inicial recomendado para la tuberculosis es con **4 drogas** (H+R+Z+E) durante 2 meses, completando para el caso de la TB pulmonar no complicada y ganglionar en el huésped inmunocompetente y sin tratamiento previo los 6 meses con H +R diaria.

Se recomienda la extensión del tratamiento a 9-12 meses en el caso de:

- TB grave (miliar, SNC, ósea)
- TB sensible con lesiones extensas, cavitarias y cultivo de control positivo a los dos meses del tratamiento
- Inmunocomprometidos
- Aquellos que no incluyeron Z en la primera fase
- TB DR

El agregado de E en el tratamiento empírico está en relación al aumento de la resistencia primaria a la H y la presencia de *M. bovis* en los últimos años.

Para prevenir la neuropatía periférica inducida por la isoniacida, se recomienda el agregado de **VitB₆** (piridoxina: 25-50 mg/día) a los niños desnutridos, alimentados a pecho, VIH+, enfermedad hepática o renal crónica y aquellos que requieren INH en altas dosis (15-20 mg/k/día). En el caso de polineuritis se recomienda piridoxina 100 mg/día.

Para pacientes con **recaída** de la TB luego de haber completado un tratamiento previo, se evaluará en cada caso particular, pero debe comenzar con un mínimo de 2 drogas que no haya recibido previamente. En caso de **abandono** de tratamiento el reinicio dependerá de cada situación en particular (ver pág. 9).

Todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis o que reciban tuberculostáticos deben ser notificados al SNVS. Para ello, debe completarse la FICHA EPIDEMIOLOGICA correspondiente y remitir una copia a farmacia y una foto de la ficha para la secretaria de infectología.

La ficha epidemiológica junto con el **folleto** de información para la comunidad sobre TB se le entrega al paciente para la entrega y asesoramiento sobre la medicación en farmacia.

Esto permite la notificación del nuevo caso, la provisión de la medicación en forma gratuita por parte del programa de TB y el manejo epidemiológico de los contactos en función al domicilio del paciente.

Regreso a las actividades a partir del inicio del tratamiento:

Los pacientes con baciloscopía positiva pueden volver a sus actividades sociales si presentan buena evolución clínica con baciloscopía negativa realizada a partir de las 3-4 semanas de tratamiento.

En los pacientes con baciloscopía negativa al momento del diagnóstico, pueden concurrir en forma habitual a sus actividades siempre y cuando cumplan con el tratamiento adecuadamente

Dosis diarias pediátricas recomendadas

Los fármacos se dividen en drogas de primera y segunda línea. Las de primera línea son las de elección por ser los más eficaces y con menos efectos adversos.

Las de segunda línea se indican cuando no pueden utilizarse las de primera, o bien complementando tratamientos por distintos motivos como la toxicidad.

CORTICOIDES: Siempre recomendados en TB con compromiso de Sistema Nervioso Central (SNC). Para otras situaciones se evaluará en cada caso en particular.

Meprednisona 0,5 a 1 mg/kg/día (oral), o dexametasona (IM/EV) a 0,15mg/K/dosis cada 6 hs, con dosis máxima de 8 mg/día en < 15 años y 12 mg/ día en ≥ 15 años.

Tiempo: Durante 3 a 6 semanas con disminución gradual hasta la suspensión en 2 a 4 semanas (previa consulta con endocrinología).

FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA

Drogas	Acción	Dosis Diaria (Rango de dosis recomendado) (mg/kg/día)	Dosis máxima diaria (mg/día)	Frecuencia	Presentación
Isoniazida (H)	Bactericida	10 (10 a 15)	300	Cada 24 hs.	<u>Comp:</u> 100 mg y 300 mg
Rifampicina (R)	Bactericida	10 (10 a 20)	600	Cada 24 hs.	<u>Comp:</u> 300 mg <u>Jarabe:</u> 20 mg/mL
Pirazinamida (Z)	Bactericida	25 (25 a 40)	2000	Cada 24 hs.	<u>Comp:</u> 250 mg y 500 mg
Etambutol (E)	Bacteriostática	15 (15 a 25)	1200 1600 (>87 Kg)	Cada 24 hs.	<u>Comp:</u> 400 mg

FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA (DSL)

Drogas	Acción	Dosis Diaria (Rango de dosis recomendado) (mg/kg/día)	Dosis máxima diaria (mg/día)	Frecuencia	Presentación
Ác. P-aminosalicílico	Bacteriostática	200 a 300	12000	Cada 8 ó 12 hs.	<u>Comp</u> : 500 mg
Amicacina	Bactericida	15 a 20	1000	Cada 24 hs.	<u>Ampolla</u> : 500 mg
Bedaquilina	Bactericida	< 16 kg: 6 mg/kg/día por 2 semanas, luego 3-4 mg/kg/día trisemanal	400	Cada 24 hs (durante 6 meses)	<u>Comp</u> : 100 mg
		16-30 kg: 200 mg/día por 2 semanas, luego 100 mg trisemanal			
		> 30 kg: igual dosis que adultos: 400 mg/día por 2 semanas; luego, 200 mg trisemanal			
Cicloserina	Bacteriostática	15 a 20	1000	Cada 12 ó 24 hs.	<u>Cápsula</u> : 250 mg
Clofazimina	Bacteriostático	2-5	100	VER	<u>Comp</u> : 50 mg y 100 mg
Estreptomycinina	Bactericida	15 a 20	1000	Cada 24 hs.	<u>Ampolla</u> : 1000 mg
Etionamida	Bactericida	15 a 20	750	Cada 12 ó 24 hs.	<u>Cápsula</u> : 250 mg
Levofloxacinina	Bactericida	15 a 20	1000	Cada 24 hs.	<u>Comp</u> : 500 mg
Linezolid	Bactericida	< 15 Kg: 15	600	Cada 24 hs.	<u>Comp</u> : 600 mg
		≥ 15 Kg: 10 a 12			
Meropenem	Bactericida	20-40	3000	Cada 8 hs.	<u>Ampolla</u> : 500 mg
Moxifloxacinina	Bactericida	10 (10-15)	400	Cada 24 hs.	<u>Comp</u> : 400 mg
Rifabutina	Bactericida	5	300	Cada 24 hs.	<u>Comp</u> : 150 mg

Seguimiento

1) Clínico: a los 15 y 30 y 60 días en la fase intensiva, y mensual en la de consolidación. Se deberá evaluar la evolución clínica, microbiológica y la tolerancia a la medicación.

La situación ideal sería que todos los pacientes reciban tratamiento estrictamente supervisado (TAES/DOTS), en especial:

- Bacilíferos
- Adolescentes
- Retratamiento
- TB multirresistente
- **Antecedentes de abandono de tratamiento**
- Adictos a diferentes tipos de drogas
- VIH y muy alto riesgo social (migraciones frecuentes o situación de calle)

2) Imágenes: Inicial y al fin de tratamiento.

3) Laboratorio: Los efectos adversos son poco frecuentes en los niños, pero pueden manifestarse como: elevación asintomática de las transaminasas en 3-10% y hepatotoxicidad en 1%.

4) Baciloscopia de control al 2 mes en aquellos con baciloscopia +. También puede realizarse al mes para evaluar la vuelta al colegio.

Por lo que el hemograma y la función hepática deben solicitarse al inicio del tratamiento junto con la serología para VIH y luego según necesidad en función de la clínica y las comorbilidades.

Los controles oftalmológicos, audiológicos y de función renal dependerán de las drogas en uso y enfermedad de base.

MANEJO DE EFECTOS ADVERSOS A LA MEDICACION ANTITUBERCULOSA

**SIEMPRE CONTROLAR QUE LAS DOSIS SEAN ADECUADAS Y
DESCARTAR INTERCURRENCIAS INFECCIOSAS**

**Pautas de alarma: exantema, dolor abdominal, náuseas o
vómitos persistentes e ictericia.**

1) **Intolerancia digestiva:** solicitar valores de transaminasas. Si están < 3 veces del valor normal (VN), indicar la medicación con la comida + protección gástrica y control semanal de transaminasas.

2) Hepatotoxicidad:

En el caso de ictericia y/o sospecha de hepatitis el paciente requiere

A: interrogatorio y evaluación clínica

B: Descartar otras causas de hepatitis

C: Ecografía abdominal

D: Suspender el tratamiento en el caso de presentar hepatitis por drogas definida como aumento de las transaminasas ≥ 3 veces en un paciente sintomático o bien ≥ 5 veces en un paciente asintomático.

Hasta que el paciente mejore es conveniente administrar por lo menos tres fármacos no hepatotóxicos (E, fluoroquinolona, carbapenem, aminoglucósido). Cuando el hepatograma se normaliza, se administran nuevamente los fármacos en forma secuencial **comenzando con R**. Si no hay aumento de transaminasas, luego de una semana se continúa con **H** y luego de otra semana se agrega **Z** (la de mayor frecuencia de hepatotoxicidad). Si aparecen síntomas o aumentan las transaminasas, se debe suspender la última droga administrada. Si la tolerancia es buena, se continúa con el esquema estándar y se suspenden los fármacos alternativos.

3) Reacciones cutáneas o de hipersensibilidad:

TIPO	CONDUCTA INICIAL	CONDUCTA POSTERIOR
Exantema leve	Antihistamínico + Continuar tto.	
Exantema generalizado o mucosas	Suspender toda la medicación + Corticoides (IC DERMATO)	Reiniciar de a una con dosis crecientes cada 72 hs secuencial R→H→E→Z
Petequias	Solicitar rec. plaquetas	Si tuvo plaquetopenia no iniciar R
DRESS*	Suspender toda la medicación	NO REINTRODUCIR

* (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) fue descrito por primera vez por Bocquet y col. en 1996. Es una farmacodermia grave, potencialmente fatal caracterizada por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación visceral.

Nota: Se recomienda la consulta con dermatología en los casos de sospecha de toxicidad cutánea.

TUBERCULOSIS RESISTENTE A DROGAS (TB-DR)

En Argentina, en 2019 se registraron 2,8% del total de casos notificados como TB-DR lo que genera mayor complejidad y fracasos terapéuticos.

La TBDR puede ser:

- Monorresistente: resistente a una droga
- Polirresistente: resistente a 2 o más drogas, excluyendo H+R
- Multirresistente(TB-MDR): resistente a H+R simultáneamente
- Pre- extensamente resistente (TB-PreXDR): resistente a H+R y una quinolona (levo o moxifloxacina)
- Extensamente resistente (TB- XDR): resistente además a bedaquilina (Bdq) y/o linezolid

El esquema y el tiempo de tratamiento dependerán del tipo de resistencia, huésped y evolución clínico-microbiológica.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA TB-DR

- **TB mono y polirresistente:**

Resistencia a **R**: se trata como una TB-MDR con el agregado de H si es sensible.

Resistencia a **H**: se aconseja un esquema 6 RZELfx (diario durante los 6 meses).

Resistencia a **E**: se aconseja un esquema 2HRZ/4HR (puede agregarse Lfx en la primera fase en formas graves [cavitarias]).

Resistencia a **Z**: se aconseja un esquema 3HRE/6HR (puede agregarse Lfx en la primera fase en formas graves [cavitarias]).

Resistencia a **H+S**: la forma más común de polirresistencia, se trata como un resistente a H.

- **TB multirresistente: Puede realizarse todo con drogas de uso oral**

Los fármacos más eficaces (mayor éxito de tratamiento y menor mortalidad) fueron los del grupo A, seguidos por los del grupo B (mayor éxito de tratamiento), en tanto que se reúnen en el grupo C aquellos fármacos de menor utilidad y que pueden utilizarse en caso de no poder indicar por resistencias, reacciones adversas o faltantes de alguno de los de los grupos A y B.

El esquema sugerido de tratamiento totalmente oral combina los 3 fármacos del grupo A junto con 1 o 2 del grupo B (según la gravedad de la TB).

- Existen 2 esquemas: el acortado y el alargado

- Esquema alargado (4-5 drogas), individualizado según resistencias o reacciones adversas, con una duración de 18 a 20 meses o 15 a 17 meses luego de la conversión bacteriológica. La variación de la duración del tratamiento está relacionada con la gravedad de la enfermedad.

Este esquema incluye **3 drogas del grupo A** (Lfx/Mfx + Bdq* + Lzd) **asociadas a 1-2 del grupo B** (Cfz + Cs). Las drogas del grupo C se indican si hay resistencia o intolerancia a las anteriores (*VER TABLA FARMACOS RECOMENDADOS*).

- Esquema acortado estándar: 9 a 11 meses de duración (TB-RR o MDR sin resistencia o exposición > 1 mes a DSL):

Fase inicial (7 drogas): 6 Bdq* + 4-6 Lfx/Mfx + Cfz + Z + EMB + INH a.d.** + Eto

Fase de continuación (4 drogas) : 5 Lfx/Mfx + Cfz + Z + EMB

* Bedaquilina se indica en forma fija por 6 meses. **Isoniacida en alta dosis (15-20 mg/kg día en niños y 10 mg/kg/día en adultos) con una dosis máx. 300 mg/día.

Debe efectuarse monitoreo ECG inicial, semanal el primer mes y luego mensual cuando se indica Bdq sólo o asociada a otras drogas que prolongan el QTc (moxifloxacina, levofloxacina, clofazimina).

- **TB pre- XDR y XDR:**

El tratamiento es individualizado y debe ser diseñado por expertos según antecedentes de tratamiento del paciente y pruebas de sensibilidad (CONAER).

TABLA DE FÁRMACOS RECOMENDADOS PARA EL TRATAMIENTO DE TB RR Y MR

Grupo A	Levofloxacinina o moxifloxacinina Bedaquilina Linezolid	Lfx o Mfx Bdq Lzd
Grupo B	Clofazimina Cicloserina o terizidona	Cs Cfz
Grupo C	Etambutol Delamanid* Pirazinamida Carbapenemes/clavulato nato Amikacina (o estreptomicina) Etionamida o protionamida Ácido p-amino salicílico	E Dmn Z Cpn/clav Am (S) Eto o Pto PAS

*No disponible aún en Argentina

Prevención:

Se encuentran disponibles 2 herramientas para la prevención, la vacuna BCG al nacimiento y la quimioprofilaxis.

La **vacuna BCG** protege contra la tuberculosis, y es efectiva para prevenir especialmente las formas severas de la enfermedad. Está indicada al nacimiento en niños INMUNOCOMPETENTES, mayores de 2000 g de peso.

Todo niño que recibió la dosis de BCG aunque no tenga cicatriz si está documentada en el certificado de vacunación NO tiene indicación de revacunación.

Todos los contactos de pacientes con tuberculosis (bacilífero y no bacilífero) deben estudiarse para descartar infección o enfermedad tuberculosa con: Evaluación clínica, radiografía de tórax y PPD.

La **quimioprofilaxis** está indicada para prevenir la infección y enfermedad tuberculosa **SIEMPRE Y CUANDO ESTE DESCARTADA LA ENFERMEDAD.**

La indicación está en función de la baciloscopía del caso índice y el riesgo del contacto.

Se consideran “contactos de alto riesgo” a los convivientes que compartan al menos 4 horas diarias con el paciente, y aquellos que presentan más riesgo de presentar formas graves (menores de 5 años, inmunocomprometidos, y situaciones especiales como DBT1, embarazo), así como los que presentan PPD + (viraje tuberculínico).

Es por ello que la quimioprofilaxis está indicada en:

Contactos de caso índice bacilífero menores de 19 años: TODOS
Contactos de caso índice NO bacilífero (contactos de alto riesgo)

- < 5 años
- Inmunocomprometidos
- Situaciones especiales: DBT 1, hemodiálisis
- PPD+

La profilaxis consiste en la administración de isoniacida a 10 mg/Kg/día (máx. 300 mg) en una sola toma diaria durante 6 meses. En el caso del contacto con un caso índice bacilífero PPD negativo de inicio con persistencia de la negatividad a los 3 meses (PPD y RX tórax normal) podría suspenderse la quimioprofilaxis a los 3 meses, siempre que el foco inicial este controlado. En menores de 5 años algunos autores recomiendan completar 6 meses en todos los casos independientemente del resultado de la PPD.

TUBERCULOSIS: INFORMACIÓN PARA LA COMUNIDAD

1. ¿Qué es la tuberculosis?

La tuberculosis es una enfermedad producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente a los pulmones, pero que también puede afectar a otras partes del cuerpo como columna, cerebro, ganglios y contagiarse de persona a persona.

2. ¿Cómo se contagia?

La tuberculosis se contagia por vía respiratoria cuando una persona sana tiene contacto cercano diario con otra persona que tiene la enfermedad y no está en tratamiento. Si esa persona tiene una tuberculosis en sus pulmones, al toser, estornudar o hablar, elimina las bacterias de la tuberculosis, que quedan suspendidas en el aire y al ser inhaladas por otra persona, ésta puede contagiarse.

3. ¿Qué puedo hacer para prevenir la tuberculosis?

La mejor manera de prevenir la tuberculosis, es que todos aquellos que están enfermos tomen la medicación antituberculosa en forma adecuada y hasta completar la duración del tratamiento.

Una persona que presente tuberculosis y realiza el tratamiento deja de contagiar a partir de las dos semanas de empezado el mismo.

La vacuna BCG previene fundamentalmente la aparición de formas graves de tuberculosis, con una protección alrededor del 50% para las formas pulmonares.

Si Ud. o alguien en su familia está en contacto cercano con un paciente que tiene tuberculosis, consulte a un centro de salud, donde le informarán si es necesario que realicen algún tipo de control o tratamiento.

4. ¿Cómo puedo saber si tengo tuberculosis?

En el caso de adultos o niños mayores, si tiene tos o catarro que duran más de dos semanas, fiebre de muchos días de duración, sudoración nocturna, cansancio frecuente, pérdida de peso sin causa que lo justifique y/o falta de apetito debe consultar al centro de salud, para que se identifique la causa, sea o no tuberculosis y se indique el tratamiento que corresponda. Si es un niño, no es fácil darse cuenta, pero muchas veces tienen infecciones respiratorias frecuentes u otros síntomas.

¿Qué puede hacer si usted o alguien en su familia están enfermos de Tuberculosis o creen que pueden estarlo?

Consultar tan pronto como sea posible a un servicio de salud, cuando se

tengan signos sospechosos de la enfermedad: tos y catarro por más de dos semanas.

Si está en tratamiento, debe tomar la medicación de la manera, y durante todo el tiempo, que le han indicado en el centro de salud.

El tratamiento de la tuberculosis se realiza durante al menos seis meses, ya que las bacterias que causan la tuberculosis se mueren muy lentamente. Aunque el enfermo de tuberculosis comenzara probablemente a sentirse bien a las pocas semanas del tratamiento, si el tratamiento se interrumpe antes de terminarlo, las bacterias que quedaron todavía vivas pueden volver a enfermar y, además, pueden hacerse resistentes a los medicamentos que se tomaban, y estos ya no serán efectivos para curar al paciente.

5. ¿Qué puede hacer Ud.?

Asegúrese que los niños pequeños tengan aplicada la vacuna BCG antes de salir de la maternidad. Consulte inmediatamente al centro de salud si usted o alguien de su familia tiene tos y catarro por más de dos semanas o le diagnosticaron Tuberculosis. **Haga el tratamiento tal como se lo indican y continúelo hasta finalizar.**

6. ¿Hay algún tratamiento para la tuberculosis?

Sí. La tuberculosis se cura si el paciente se diagnostica oportunamente y toma los medicamentos regularmente durante todo el tiempo indicado, que generalmente es de 6 meses, aunque según el tipo de caso, puede requerirse un tratamiento más largo.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento son gratuitos en toda la República Argentina.

Difunda estas recomendaciones entre sus allegados y en la comunidad.

Recuerde que si Ud. cumple con el tratamiento en forma adecuada, no solo se cura, sino que también cuida de enfermar a TODOS LOS QUE ESTAN CERCA SUYO

Bibliografía:

- 1-Boletín N5. Tuberculosis y Lepra en Argentina. MSAL 2022
- 2-Jaganath D, et al. Tuberculosis in Children. Infect Dis Clin N Am 2022; 36:49-71
- 3-Guías de Diagnóstico, tratamiento y prevención. Hospital Muñiz 2011
- 4-Guía para el equipo de Salud. Ministerio de Salud Argentina. 2015
- 5-Guías IDSA de tratamiento de TB 2016
- 6-Guías IDSA de diagnóstico de TB 2017
- 7-Criterios de diagnóstico y tratamiento de la TB infantil. SAP 2017
- 8- Guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención. Secretaria de Salud de Argentina 2019
- 9-Tuberculosis en niños OMS 2022. Modulo 5
- 10-Tuberculosis MR OMS 2022. Modulo 4
- 11-Palmero D, et al. Tratamiento de la tuberculosis drogorresistente en adultos y niños. Revisión narrativa. Medicina (Buenos Aires) 2021; 1-13
- 12- Aspectos farmacológicos prácticos de las drogas para el tratamiento de la tuberculosis drogorresistente en adultos y pediatría. Palmero D, et al. Revista Americana de Medicina Respiratoria 2022;2:1-6
- 13-American Academic of Pediatrics, Redbook: Report of Committee on Infectious Diseases, 2021.
- 14- Sentinel 2022, Management of Multidrug-Resistant Tuberculosis in Children: A field Guide, 2022.

BASES DE MANEJO DEL PACIENTE QUE COMIENZA EL TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS EN EL HPG

1) INFECTOLOGÍA:

- Asesoramiento e Indicación del tratamiento según recomendaciones HPG. Dar pautas de alarma y recitar en 2 semanas.
- Entregar folleto informativo TB junto con la FICHA EPIDEMIOLOGICA para el SISA y entrega de medicación en la Farmacia.
- Sacar foto a la primera pág. de la ficha para la secretaria de infectología para que realice el registro epidemiológico.
- Realizar la receta electrónica (en la HC del paciente).
- Encaminar el Catastro familiar dentro de lo posible cerca de su domicilio.

2) FARMACIA AMBULATORIA:

- Asesoramiento sobre la adecuada administración de la medicación según las presentaciones disponibles.
- Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Entrega de la medicación indicada y citación mensual por agenda.

3) SERVICIO SOCIAL

- Encuesta social para TODOS LOS PACIENTES QUE COMIENZAN EL TRATAMIENTO que presenten riesgo social en especial aquellos con **ANTECEDENTE DE INTERNACIÓN**

SERVICIOS, PROFESIONALES E INTERNOS TELEFÓNICOS DE REFERENCIA:

EPIDEMIOLOGIA: Guadalupe Perez (Int 6227)

FARMACIA: Mariana Gatto, Cintia Kobashigawa (Int 6534)

INFECTOLOGÍA AMBULATORIA: Griselda Berberian, Solange Arazi Callaud, Fernando Gonzalez (Int 6227)

INFECTOLOGÍA INTERNACION: Andrea Mónaco (Int 6227)

MICROBIOLOGÍA: (Int. 7173)

SERVICIO SOCIAL: (Int 6320)