

# Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen  
Volume **17**

Número  
Number **3**

Julio-Septiembre  
July-September **2004**

*Artículo:*

## Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## Al Editor:

He leído con gran interés el artículo titulado **Resultados de tratamiento de tuberculosis resistente en 91 pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias: 2001-2003** de Salazar-Lezama y colaboradores<sup>1</sup>, ya que en nuestra entidad, como ha sido reportado con anterioridad<sup>2,3</sup>, la tuberculosis multifarmacorresistente (TBMFR) es un problema endémico de difícil manejo.

Los autores incluyeron 79 pacientes referidos al INER entre 2001 y 2003 (cabe mencionar que existe una discrepancia entre el título, que indica el periodo 2001-2003 como periodo de estudio, y la sección de Material y Métodos que señala como intervalo de análisis el periodo 2000-2003) con diagnóstico de TB farmacorresistente.

El texto no aclara, desafortunadamente, algunos puntos fundamentales para el análisis de la información:

¿Cuántos pacientes habían sido previamente tratados en su lugar de origen? Debemos suponer que todos habían sido previamente tratados, pero esto no pasa de ser una suposición.

¿En promedio cuántos esquemas habían recibido y con qué fármacos?

Al ser referidos ya con diagnóstico de TBMFR ¿todos fueron referidos de su localidad con un cultivo y pruebas de sensibilidad a los antituberculosos primarios? Al parecer sólo a 49 de los 79 casos (el texto erróneamente dice 49 de los 80) se les hicieron cultivos en el INER.

Si la definición de MFR es la resistencia al menos a rifampicina-isoniacida, de acuerdo a la Tabla I, 13/49 pacientes realmente no tenían TBMFR. Al no contar la mayoría de las entidades con laboratorios capaces de realizar pruebas de sensibilidad ¿debemos suponer que los cultivos locales no concordantes con

los del INER habían sido realizados en INDRE a través de los laboratorios estatales? ¿Cuál sería la explicación?

¿Qué tan regularmente fue llevado el tratamiento? Con el esquema autoadministrado con que se trajeron estos pacientes, es imposible determinarlo y de esta forma evaluar su impacto sobre las tasas de éxito y fracaso.

¿Cuál fue en promedio el periodo de seguimiento de los casos considerados como curados? En general, se acepta que el tratamiento en la TBMFR debe extenderse al menos por 24 meses, sin embargo, en este estudio se incluyen pacientes referidos en 2003, con seguimiento máximo posible apenas por encima de un año (trabajo enviado a la revista en marzo de 2004).

En el año 2000 Espinal y colaboradores<sup>4</sup>, reportan en 390 pacientes con historia de tratamiento previo y resistencia al menos a uno de los fármacos primarios, una tasa de éxito con el esquema de retratamiento estandarizado de primera línea (el mismo utilizado por Salazar-Lezama y colaboradores en el primer grupo) de 44%, con mortalidad de 8% y 23% de fracasos, resultados obviamente decepcionantes. ¿Por qué los autores deciden utilizar el esquema de retratamiento estandarizado primario reportado ya como ineficaz por investigadores de la propia Organización Mundial de la Salud, si contaban con un cultivo (con el que fue referido el paciente) para guiarse en la selección de un esquema? Realmente fueron muy afortunados, pues su tasa de éxito en este grupo fue de 63%, que si bien es cierto, es muy pobre, es incuestionablemente mejor que la reportada por Espinal y colaboradores.

Se podría argumentar que los resultados de este esquema fueron superiores a los obtenidos con el esquema de tratamiento individualizado (grupo 3; éxito 42%), sin embargo, la compara-

**Tabla I.** Patrones de resistencia en 49 aislados.

Fármaco(s)	Número	Porcentaje
Isoniacida	3	6.1
Rifampicina	3	6.1
Isoniacida + rifampicina	16	32.6
Isoniacida + rifampicina + etambutol	4	8.1
Isoniacida + rifampicina + estreptomicina	6	12.2
Isoniacida + etambutol + estreptomicina	1	2
Isoniacida + estreptomicina	4	8.1
Rifampicina + estreptomicina	1	2
Rifampicina + etambutol + estreptomicina	1	2
Isoniacida + rifampicina + etambutol + estreptomicina	10	20.4

ción estaría sesgada pues en el esquema individualizado se incluyeron fármacos totalmente ineficaces para el tratamiento de la tuberculosis tales como la roxitromicina y la diaminodifenilsulfona. ¿Por qué si los mismos autores reconocen que estos fármacos no son útiles, los recomendaron para su inclusión en los esquemas de tratamiento, condenando al paciente al fracaso? De acuerdo a la Tabla I, varios de los pacientes podrían haber sido tratados con fármacos accesibles en todo el país, por ejemplo, los 16 pacientes con resistencia al isoniacida-rifampicina tendrían una excelente oportunidad de curarse con un esquema basado en etambutol-estreptomicina-pirazinamida y ciprofloxacino.

Por último, de acuerdo a la normatividad de los Comités Estatales de Farmacorresistencia (COEFAR) los pacientes con TBMFR deben de ser tratados con un régimen estrictamente supervisado. ¿Por qué no fueron contrarreferidos al COEFAR correspondiente? Todos estos pacientes recibieron tratamiento autoadministrado; no es de extrañar que 20 de los 79 (25%) pacientes hayan abandonado el tratamiento. Quizás también algunos de los fracasos hayan sido secundarios a ingestión irregular de los fármacos al no existir supervisión del tratamiento.

Resulta sombrío pensar que los pacientes que fracasaron con estos esquemas (más de la mitad de los incluidos en el estudio) y que seguramente desarrollaron mayor resistencia al hacerlo, se hayan convertido en una eficiente fuente de transmisión hacia la comunidad de un padecimiento incurable.

## REFERENCIAS

1. Salazar-Lezama MA, Torres-Cruz A, Valdez-Vázquez RR, López-Segundo E, Villarreal-Velarde H, Quiñónez-Falcón F, y cols. *Resultados de tratamiento de tuberculosis resistente en 91 pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias: 2001-2003*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004;17:15-21.
2. Laniado-Laborín R, Cabrales-Vargas N. *Tratamiento acortado estrictamente supervisado: Estrategia necesaria pero no suficiente para controlar la tuberculosis en Baja California, México. Elevadas tasas de multidrogrorresistencia en el estado*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex, 2000;13:23-27.
3. Laniado-Laborín R, Cabrales-Vargas N. *Evolución clínica de la tuberculosis multifarmacorresistente en Tijuana, Baja California*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2003;16:74-78.
4. Espinal MA, Kim SJ, Suarez PG, Kam KM, Khomenko AG, Migliori GB, et al. *Standard short-course chemotherapy for drug resistant tuberculosis. Treatment outcomes in 6 countries*. JAMA 2000;283:2537-2545.

243

Atentamente:

MSP. Rafael Laniado-Laborín, FCCP.

Facultad de Medicina Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.  
Emiliano Zapata No. 1423, Zona Centro,  
Tijuana, Baja California, CP 22000.  
Teléfono/fax 01-664-686-5626  
E-mail: rafaellaniado@hotmail.com  
laniado@teleserviz.com