

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume **17**

Número
Number **4**




Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:




Tratamiento de tuberculosis resistente

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

Tratamiento de tuberculosis resistente

Al Editor

302

Agradecemos los comentarios del Dr. Laniado Laborín¹ a nuestro artículo publicado en su prestigiada revista. Estos refuerzan, efectivamente, las conclusiones vertidas en la publicación². Sin embargo, es conveniente hacer algunas aclaraciones: después de haber revisado los expedientes de pacientes que acudieron al Instituto referidos por los estados y tratados por médicos del INER (no necesariamente en la Clínica de TB), encontramos datos que ya fueron comentados en el artículo: primero no todos los pacientes tenían multifármaco resistencia, es por esta razón que el artículo se intitula *Resultados de tratamiento en tuberculosis resistente*, no multifármaco resistente. Como es bien sabido, el INER ha atendido durante mucho tiempo a pacientes que requieren retratamiento, muchos de ellos, con diagnóstico de "tuberculosis multifármaco resistente". Sin embargo, al efectuárseles pruebas de susceptibilidad no lo son y por esta razón se curan con el esquema de retratamiento con fármacos de primera línea. Aquí, el Dr. Laniado Laborín subestima la eficacia del tratamiento, ya que, en los estudios de cohorte, se toman en cuenta también los abandonos y las muertes tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud³. En nuestra revisión se curaron 14 de los 15 pacientes (93%) con 7 abandonos de los cuales no se supo su fin. A esto se le llama "eficacia de tratamiento". Si el retratamiento con fármacos de primera línea es apropiado o no depende de la prevalencia de la farmacoresistencia en los casos de fracaso o recaída al tratamiento, no a los abandonos. Esto es a lo que se llama "defectos de programa" no bacteriológico⁴.

La mayoría de los estados, aunque cuentan con un Comité de Fármaco Resistencia, no cuen-

tan con fármacos de segunda línea. Es por esta razón que son enviados al INER, muchos de ellos ya con varios tratamientos previos, inclusive con quinolonas y aminoglucósidos, y por ello, al individualizarlos, se tuvieron que incluir fármacos de reserva del grupo 5, que refuerzan el tratamiento, pero no son pilares en el mismo. Esto ya ha sido reportado⁵ y era de esperarse que el número de fracasos y abandonos fuera mayor, agregado al mayor número de cepas resistentes ya seleccionadas.

En la discusión de nuestra revisión aseveramos que se requiere la estrategia TAES plus para tratar estos casos. Sin embargo, TAES-plus significa primero TAES, tal como lo establecen todos los expertos en la materia, si no se cuenta con una estrategia TAES sólida, es muy peligroso intentar tratar pacientes resistentes ya que se puede causar "superresistencia" (resistencia a fármacos de segunda línea). Sólo tres estados en México (Nayarit, Veracruz y Tamaulipas) tienen estrategia TAES-plus al haber sido aprobados por el Comité Luz Verde, el cual autoriza comprar fármacos de segunda línea a precios accesibles. Estos estados han alcanzado la estrategia TAES en más del 80% de sus casos, lo que abre una esperanza para que el resto de los estados sigan el ejemplo y puedan tener acceso a dichos fármacos de reserva.

Es tiempo de despertar; los presupuestos recortados nos obligan a tomar medidas acorde con nuestros recursos. Los pacientes deben de ser tratados en su lugar de origen bajo estricta supervisión. Resulta más sombrío el dejar que se desplacen de localidades remotas a buscar una esperanza de tratamiento, y aún resultaría más sombrío el no haber curado al menos a la mitad de los pacientes.

Atentamente

Dr. Miguel Ángel Salazar Lezama, Clínica de
Tuberculosis. Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias. Calzada de Tlalpan 4502,
Colonia Sección XVI. México, DF., 14080.
e-mail: masalazar@iner.gob.mx

REFERENCIAS

1. **Laniado LR.** *Carta al editor.* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004;17:242-243.
2. **Salazar-Lezama MA, Torres CA, Valdez VR, López SE, Villarreal VH, Quiñones FF, et al.** *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.
3. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes.* World Health Organization, 2003.
4. **Harries AD, Nyirenda, Kemp JR, Squire BS, Godfrey-Faussett P, Salaniponi FML.** *Management and outcome of tuberculosis patients who fail treatment under routine programme conditions in Malawi.* Int J Tuberc Lung Dis 2003;7:1040-1044.
5. *The PIH medical management of Multidrug-Resistant tuberculosis.* Partners in Health 2003.

