

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **18**
Volume

Número **4**
Number




Octubre-Diciembre **2005**
October-December

Artículo:




Tratamiento de la tuberculosis multifarmacorresistente

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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 la tuberculosis multifarmacorresistente

MIGUEL ÁNGEL SALAZAR LEZAMA*

* Coordinador de la Clínica de Tuberculosis y Jefe del Servicio Clínico de Tuberculosis Pulmonar, INER.

Trabajo recibido: 03-X-2005; aceptado: 10-X-2005

El artículo de opinión publicado por el Dr. Rafael Laniado-Laborín: *Tratamiento de la tuberculosis multifarmacorresistente, ¿esquema estandarizado o individualizado?*¹, amerita algunas consideraciones.

Apparently el Dr. Laniado-Laborín confunde la estrategia TAES-plus con tratamientos estandarizados. Esto evidentemente no es así. Esta estrategia lanzada por la OMS en 1998² ha ido evolucionando y tiene los siguientes componentes: 1) compromiso político sostenido, 2) diagnóstico de farmacorresistencia a través de pruebas de susceptibilidad seguras y de alta calidad, 3) estrategias apropiadas de tratamiento que utilicen fármacos de segunda línea bajo condiciones adecuadas de manejo, 4) suministro ininterrumpido de fármacos antituberculosis de alta calidad de segunda línea, y 5) un sistema de registro y reporte diseñado para los programas TAES-plus.

El tratamiento debe ser cuando menos con cuatro fármacos efectivos, una duración adecuada no menor de 18 meses y con cuatro estrategias: 1) estandarizado (sin pruebas de susceptibilidad o únicamente para confirmar multifarmacorresistencia -MFR-); todos los pacientes entran al mismo tratamiento, 2) empírico, sin pruebas de susceptibilidad o únicamente para MFR; cada régimen está individualmente diseñado en la historia del paciente, 3) estandarizado, seguido de individualizado; inicialmente todos en el mismo régimen y después ajustado a pruebas de susceptibilidad, y 4) empírico seguido de individualizado; cada régimen es individualizado y diseñado con base en la historia, y después ajustado a pruebas de susceptibilidad³. Además, la estrategia se basa en forma importante en la petición al Comité *Luz Verde*, conformado por diferentes organizaciones internacionales que

apoyan a países de medianos o escasos recursos económicos para conseguir fármacos de segunda línea a precios accesibles.

Sin embargo, la premisa para iniciar la estrategia TAES-plus es "primero TAES". Si no existe fuerte estrategia para curar a los sensibles, lo único que se generaría es un dispendio de recursos que ningún país podría solventar.

En el nuestro, durante muchos años el tratamiento de los pacientes con tuberculosis resistente a medicamentos había recaído en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que contaba con algunos medicamentos débiles de segunda línea con resultados no satisfactorios; de tal suerte, muchos pacientes no recibían tratamiento de segunda línea.

En 2001, el Programa Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis hizo la solicitud al Comité *Luz Verde* para conseguir medicamentos de segunda línea para los estados de Nayarit, Tamaulipas y Veracruz, que demostraron tener un TAES sólido. Todo fue hecho con base en los requerimientos internacionales. El esquema propuesto ha sido exitoso hasta el momento, pero falta examinar los casos hasta el final.

La guía para la atención de pacientes con tuberculosis farmacorresistente es un esfuerzo de las diferentes instituciones en donde se atienden pacientes con esta enfermedad fue elaborada con bases internacionales y en un intento de solucionar el problema de los estados del país que todavía no ingresan a la estrategia TAES-plus (con tratamientos estandarizados o individualizados)⁴.

Como grupo asesor nacional tenemos la esperanza de que todo el país pueda hacerlo. Se requiere fortalecer la estrategia TAES, como es el caso de Baja California, en donde todos los pa-

cientes ingresan a tratamiento, pero únicamente el 60% de los pacientes se curan (Fuente: INEGI, casos notificados/SUIVE, EPI-MORBI). Es impensable iniciar cualquier estrategia si no se curan primero los casos sensibles, y es impensable iniciar una estrategia con tratamientos individualizados o estandarizados si no se otorga este tratamiento estrictamente supervisado⁵.

La estrategia TAES por sí misma puede controlar la aparición de casos resistentes, tal como ha sido demostrado en regiones de nuestro país y recientemente publicados⁶.

Estandarizado o individualizado, por razones humanitarias, debemos tratar bien a todos los pacientes con tuberculosis.

REFERENCIAS

1. Laniado-Laborín R. *Tratamiento de la tuberculosis multifarmacorresistente, ¿esquema estandarizado o individualizado?* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2005;18: 206-210.
2. Farmer P, Kim JY. *Community based approaches to the control of multidrug resistant tuberculosis: introducing "DOTS-plus"*. BMJ 1998;317:671-674.
3. *Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis*. In accordance with the WHO Green Light Committee for Access to Second-Line Anti-Tuberculosis Drugs. World Health Organization 2005 (en prensa).
4. *Guía para la atención de pacientes con tuberculosis multifarmacorresistente. TAES-plus*. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Diciembre, 2004.
5. Park SK, Lee WC, Lee DH, Mitnick CD, Han L, Seung KJ. *Self-administered, standardized regimens for multidrug-resistant tuberculosis in South Korea*. Int J Tuberc Lung Dis 2004;8:361-368.
6. DeRiemer K, Garcia-Garcia L, Bobadilla del Valle M, et al. *Does DOTS work in populations with drug-resistant tuberculosis?* Lancet 2005;365:1239-1245.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Salazar Lezama,
Coordinador de la Clínica de
Tuberculosis y Jefe del Servicio
Clínico de Tuberculosis Pulmonar.
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias. Calzada de Tlalpan
4502, colonia Sección XVI. México,
DF., 14080. Teléfono 56653958.
e-mail: masalazar@iner.gob.mx