



MDR-TB



CENAVECE/OPS-OMS/CONAVE/INER/InDRE

Generalidades sobre la tuberculosis con resistencia a fármacos

La aparición de la resistencia a los medicamentos antituberculosis y en particular la tuberculosis multifármacorresistente (MDR-TB) se ha convertido en un problema importante de salud pública y se estima que cada año los casos en esta condición representan el 2.5 %, motivo por el cual se incluyen en el Programa nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis (PNT), estrategias específicas orientadas al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

Es importante detectar oportunamente a los enfermos infectocontagiosos (Bk+), para ofrecer un esquema quimioterapéutico estrictamente supervisado (TAES), evitar el abandono y asegurar la curación, a fin de cortar la cadena de transmisión.

Este boletín tiene la finalidad de difundir entre la comunidad científica y población en general, las directrices actuales de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de los enfermos con tuberculosis y avanzar así hacia un "México libre de tuberculosis".

Definiciones de resistencia

Se establece que un enfermo tiene tuberculosis farmacorresistente solo mediante la confirmación de la resistencia en cultivo y pruebas de farmacosenibilidad (PFS) *in Vitro*, a uno o más medicamentos antituberculosis de primera línea. La farmacorresistencia de la tuberculosis se clasifica según las siguientes cuatro definiciones;

Monorresistencia. La tuberculosis en aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de *M. tuberculosis* son resistentes *in vitro* a un medicamento antituberculosis de primera línea.

Polirresistencia. La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de *M. tuberculosis* son resistentes *in vitro* a más de un medicamento antituberculosis de primera línea, distinto de la isoniacida y de la rifampicina, puede incluir a solo uno de los dos antes mencionados, pero nunca los dos simultáneamente.

MDR-TB. La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de *M. tuberculosis* son resistentes *in vitro*, como mínimo, a la isoniacida y a la rifampicina simultáneamente.

TB-con resistencia extendida (XDR-TB). La tuberculosis de aquellos enfermos en los que se confirma que las cepas infectantes de *M. tuberculosis* son resistentes *in vitro*, como mínimo, a la isoniacida, rifampicina, una quinolona (ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino o moxifloxacino), más un aminoglucósido (kanamicina, amikacina).

Pautas de tratamiento MDR-TB según la localización:

En general las pautas de tratamiento recomendadas para las formas farmacorresistentes de tuberculosis son similares, independientemente de la localización (pulmonar o extrapulmonar).

Lineamientos para la realización de pruebas de segunda línea

Todo paciente con MDR-TB que amerite pruebas de segunda línea deberá enviar oficialmente al PNT la justificación de estas por parte del Comité Estatal de Farmacorresistencia (COEFAR) para poder ser procesadas por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

Prevención de MDR-TB

Son indicativos de cultivo y pruebas de PFS las siguientes situaciones:

- Todo paciente en tratamiento antituberculosis primario que persista con baciloscopia positiva al segundo mes de tratamiento.
- Todo paciente en retratamiento con baciloscopia positiva al tercer mes de tratamiento.
- Fracaso a un tratamiento primario
- Casos crónicos con más de 2 tratamientos previos
- Casos con historia de abandonos del tratamiento
- Contactos de un caso MDR-TB
- Casos especiales: VIH/SIDA, farmacodependencia o privados de libertad.

Diagnóstico, tratamiento y vigilancia de MDR-TB

Todo caso confirmado MDR-TB deberá ser evaluado por el COEFAR, quien dictamina y propone el esquema de tratamiento para cada caso en particular, a su vez este organismo turnará el caso al Grupo Nacional de Farmacorresistencia (GANAFAR).

Deben tomarse en consideración los siguientes aspectos antes de iniciar el tratamiento:

- Contar con el abasto necesario y suficiente de medicamentos para el tratamiento completo.
- La ingesta de los medicamentos debe ser estrictamente supervisada por personal de salud, si esto no es posible, por personas debidamente capacitadas.
- Considerar las presentaciones en cuanto a dosis de medicamentos disponibles y la habilidad del paciente para ingerirlos.
- Cuando el paciente suspenda el tratamiento por menos de dos meses deberá de continuar el mismo esquema, si es mayor a dos meses reportarlo al COEFAR para la toma de decisiones.

Es importante enviar la información completa del caso MDR-TB que incluya (1) Historia Clínica completa, (2) Historial farmacológico, (3) copia de

cultivo y resultados de PFS, (4) escala de riesgo de abandono y (5) valoración por el COEFAR o por el equipo clínico de cada institución. al PNT, para asegurar su seguimiento y vigilancia a la siguiente dirección: tb_mdr_cenavece@hotmail.com tel y fax (55) 2614-6436 y 2614-6433 de la Cd. de México.

El seguimiento de los pacientes tiene como principal objetivo supervisar el apego, la evolución, manejo y vigilancia de efectos adversos a los medicamentos:

Revisión clínica por el líder estatal de MDR-TB	Mensualmente
Baciloscopia	Mensualmente
Química sanguínea	Mensualmente durante el inyectable
Electrolitos séricos	Mensualmente durante el inyectable
Cultivo	Cada dos meses
Biometría hemática y pruebas de función hepática	Cada tres meses
Rx y pruebas de función tiroidea	Cada 6 meses

Criterios de curación

Todo paciente que ingrese a tratamiento para MDR-TB, deberá contar con una de las siguientes clasificaciones al término del esquema usado:

- Curado:** Paciente que completó el tratamiento y tiene por lo menos 5 cultivos consecutivos negativos de muestras recogidas por lo menos de 30 días de intervalo durante los últimos 12 meses de tratamiento.
- Tratamiento terminado:** Paciente que finalizó el tratamiento pero se hicieron menos de cinco cultivos durante los últimos 12 meses de tratamiento.
- Defunción:** Paciente que fallece por cualquier causa durante el tratamiento de MDR-TB.
- Fracaso.** Dos o más de los cinco cultivos en los últimos 12 meses son positivos, o alguno de los últimos tres cultivos son positivos o si se toma una decisión clínica de terminar el tratamiento tempranamente por falta de respuesta o reacciones adversas a los medicamentos.
- Abandono.** Paciente que no recibió tratamiento durante dos o más meses consecutivos.
- Transferido.** Paciente que se transfiere a otra unidad de salud para continuar su tratamiento pero se ignora su evolución.

En el siguiente número: "La estrategia TAES para garantizar la curación".