

La tuberculosis extremadamente drogorresistente

Preguntas más frecuentes

1. ¿Qué es la tuberculosis extremadamente drogorresistente (TB-XDR)?

Una de cada tres personas en el mundo está infectada con bacterias latentes de la tuberculosis, pero la enfermedad se presenta sólo cuando las bacterias están en división activa. Las bacterias pueden activarse como consecuencia de cualquier factor que reduzca la inmunidad, como la infección por el VIH, el envejecimiento o determinadas afecciones. En general, la tuberculosis puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos de uso corriente (de primera línea). Si estos medicamentos se utilizan o administran mal, puede presentarse la tuberculosis multirresistente (TB-MDR). El tratamiento de la TB-MDR con medicamentos de segunda línea, que son más costosos y tienen más efectos colaterales, es más prolongado. Asimismo, se puede presentar tuberculosis extremadamente drogorresistente (TB-XDR) si dichos medicamentos se utilizan o administran mal, volviéndose, por consiguiente, ineficaces. Dado que la TB-XDR es resistente a los medicamentos de primera y segunda línea, las opciones de tratamiento son muy limitadas. Así pues, es crucial que el control de la tuberculosis se maneje como es debido.

2. ¿Cuál es la definición médica de la tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y de la tuberculosis extremadamente drogorresistente (TB-XDR)?

La TB-MDR es una forma específica de tuberculosis drogorresistente. Se manifiesta cuando las bacterias causantes de la tuberculosis son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos más potentes. La TB-XDR presenta resistencia a dichos medicamentos, mas a todos los tipos de fluoroquinolonas y a por lo menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina). Esta definición de TB-XDR fue acordada por el Grupo Mundial de Trabajo de la OMS sobre TB-XDR en octubre de 2006.

3. ¿Cómo se contrae la TB-XDR?

Las personas que padecen tuberculosis pulmonar (los pulmones son los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados) pueden transmitir la enfermedad al toser, estornudar o sencillamente conversar, ya que al hacerlo expulsan al aire las bacterias causantes de la tuberculosis. Basta respirar unas cuantas bacterias para infectarse (sin embargo, solo una proporción pequeña de las personas infectadas contraerán la enfermedad). A veces, las bacterias ya son drogorresistentes si proceden de una persona que padece TB-MDR. Otra forma de contraer la TB-MDR o la TB-XDR es cuando las propias bacterias causantes de la tuberculosis en un paciente presentan resistencia. Esto puede ocurrir cuando los medicamentos antituberculosos se emplean o administran inadecuadamente, lo que acontece cuando los programas de control de la tuberculosis tienen pobre desempeño, por ejemplo, cuando no se proporciona el apoyo debido a los pacientes para que finalicen el tratamiento completo; cuando los proveedores de asistencia sanitaria prescriben el tratamiento o la dosis equivocados, o bien, por un período demasiado corto; cuando el suministro de los medicamentos a los consultorios que dispensan los medicamentos es irregular; o cuando los medicamentos son de mala calidad.

4. ¿Con qué facilidad se transmite la TB-XDR?

Probablemente no haya ninguna diferencia entre la rapidez con que la TB-XDR y las otras formas de tuberculosis se transmiten. La propagación de las bacterias causantes de la tuberculosis depende de factores como el número y la concentración de personas infectadas en cualquier lugar, junto con la presencia de personas con un riesgo mayor de contagiarse (por ejemplo, aquellas con infección por el VIH/sida). El riesgo de contagio aumenta con el tiempo que una persona, que antes no estaba infectada, pasa en la misma habitación que la persona enferma. El riesgo de propagación aumenta donde hay una concentración elevada de bacterias causantes de la tuberculosis, como puede ser el caso en los ambientes cerrados, por ejemplo, las casas abarrotadas de gente, los hospitales o las prisiones. El riesgo aumenta aún más si la ventilación es inadecuada. El riesgo de propagación se reduce y con el tiempo desaparece si los pacientes que pueden contagiar la enfermedad reciben un tratamiento adecuado.

5. ¿Se puede tratar o curar la TB-XDR?

Sí, en algunos casos. Varios países con buenos programas de control de la tuberculosis han indicado que la curación es posible para 30% de las personas afectadas. Sin embargo, el éxito de los resultados también dependerá enormemente del grado de drogoresistencia, de la gravedad de la enfermedad y de si el paciente está inmunodeprimido. Es crucial que los médicos que prestan atención a los pacientes con tuberculosis estén conscientes de la posibilidad de que se presente drogoresistencia y tengan acceso a los laboratorios que pueden proporcionar un diagnóstico temprano y certero para que se administre un tratamiento eficaz cuanto antes. El tratamiento eficaz requiere que las seis clases de medicamentos de segunda línea estén a la disposición de los médicos que tengan pericia especial para tratar tales casos.

6. ¿Es común la TB-XDR?

Por el momento no se sabe, pero la TB-XDR es rara. Sin embargo, la OMS calcula que en 2004 hubo casi medio millón de casos de TB-MDR en todo el mundo, y que generalmente esta se presenta antes que la TB-XDR. También se sabe que los resultados del único estudio mundial llevado a cabo hasta la fecha indicaron que en algunos lugares es posible que hasta 19% de los casos de TB-MDR sean en realidad de TB-XDR, aunque es probable que esto sea poco común. En todos los casos en que se utilicen mal los medicamentos de segunda línea para tratar la TB-MDR existe la posibilidad de que se presente la TB-XDR. Actualmente se realizan con urgencia investigaciones para averiguar más al respecto.

7. ¿Cómo se puede contraer la TB-XDR?

Es posible que la mayoría de las personas que gozan de buena salud y de una inmunidad normal nunca contraigan la tuberculosis, a menos que tengan un contacto considerable con las personas que pueden contagiar la enfermedad y que no han recibido tratamiento o este ha durado menos de una semana. Aun en estos casos, 90% de las personas infectadas con las bacterias causantes de la tuberculosis nunca contraerán la enfermedad. Esto es pertinente tanto para la TB-XDR como para la tuberculosis "ordinaria". Sin embargo, las personas infectadas con el VIH que están en estrecho contacto con una persona que padece tuberculosis tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad y, por lo tanto, enfermarse. Los enfermos con tuberculosis con quienes se encuentran deben observar normas de higiene al toser, por ejemplo, cubrirse la boca con un pañuelo, o incluso con una mascarilla quirúrgica en las primeras etapas del tratamiento, sobre todo en los ambientes cerrados y mal ventilados. El riesgo de contraer la tuberculosis es muy bajo al aire libre. En

términos generales, la probabilidad de contraer la TB-XDR es aun menor que la de contraer la tuberculosis ordinaria porque los casos de TB-XDR son todavía muy raros.

8. ¿Cómo puede evitar contraer la TB-XDR una persona que padece la tuberculosis ordinaria, es decir, la forma que es sensible a los medicamentos?

Lo más importante es que el paciente se tome todos los medicamentos tal como se los recetaron. No debe olvidar tomar ninguna dosis; esto es especialmente importante si el tratamiento consiste en tomar el medicamento cada dos días (“tratamiento intermitente”). Ante todo, el tratamiento debe observarse hasta el final. Si los efectos colaterales le causan algún problema al paciente, por ejemplo, si los comprimidos le causan molestias, deberá comunicárselo al médico o a la enfermera porque esto suele tener una solución sencilla. Si el paciente tiene que viajar por algún motivo, debe asegurarse de que lleva suficientes comprimidos para el viaje.

9. ¿Por qué nunca antes habíamos oído hablar de la TB-XDR?

Desde hace algunos años hemos detectado casos aislados de tuberculosis muy resistente en todo el mundo, lo que hoy llamaríamos TB-XDR. Todos los medicamentos antituberculosos se han utilizado durante mucho tiempo. Si no se usan con precaución, puede presentarse la resistencia. Sólo en fecha reciente, desde que se llevan a cabo encuestas regulares sobre la drogorresistencia en un número cada vez mayor de países y con mejoras en la capacidad de los laboratorios, el número de casos notificados ha aumentado. Esto ha llevado a que se examine con mayor atención el problema y a darle un nombre.

10. ¿Cómo previenen los países la TB-XDR?

Los países pueden prevenir la TB-XDR al procurar que sus programas nacionales de control de la tuberculosis y todos los profesionales que trabajan con tuberculosis, cumplan con las [Normas Internacionales para el Tratamiento de la Tuberculosis](#). Estas recalcan varios aspectos, a saber: el diagnóstico y el tratamiento adecuados para todos los enfermos con tuberculosis, incluidos los aquejados de tuberculosis drogorresistente; garantizar suministros periódicos y oportunos de todos los medicamentos antituberculosos; lograr la administración adecuada de los medicamentos antituberculosos y el apoyo a los pacientes para maximizar la adherencia al tratamiento prescrito; prestar atención a los pacientes con TB-XDR en centros ventilados adecuadamente, y reducir al mínimo el contacto con otros pacientes, en particular los infectados con el VIH, sobre todo al comienzo del tratamiento, antes de que este haya tenido oportunidad de reducir la infecciosidad.

11. ¿Se puede prevenir la TB-XDR con la vacuna antituberculosa conocida como BCG?

La vacuna BCG previene las formas graves de tuberculosis infantil, como la meningitis tuberculosa. Cabría esperar que la BCG tuviera el mismo efecto en la prevención de las formas graves de tuberculosis en los niños, aunque estos hayan estado expuestos a la TB-XDR, pero puede ser menos eficaz para prevenir la tuberculosis pulmonar en los adultos, la forma más común y contagiosa de tuberculosis. El efecto de la BCG contra la TB-XDR sería probablemente muy limitado. Se necesitan vacunas nuevas con urgencia, y la OMS y los miembros de la Alianza Alto a la Tuberculosis trabajan activamente en la obtención de vacunas nuevas.

12. ¿Qué relación hay entre la TB-XDR y el VIH/sida? ¿Por qué en algunos lugares la TB-XDR se vincula o asocia tan estrechamente con el VIH? ¿La mayoría de las personas portadoras del VIH y que padecen la tuberculosis presentan TB-MDR y TB-XDR?

La tuberculosis es una de las infecciones más comunes entre las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida porque hay muchas personas infectadas con bacterias de la tuberculosis (véase la primera pregunta). En los lugares donde la TB-XDR es muy común, las personas infectadas por el VIH tienen un riesgo mayor de contraer la TB-XDR, en comparación con las personas que no están infectadas por este virus, debido a que su sistema inmunitario está debilitado. Si hay muchas personas infectadas por el VIH en estos lugares, entonces habrá una relación importante entre la TB-XDR y la infección por el VIH. Afortunadamente, en la mayoría de los lugares con tasas elevadas de infección por el VIH la TB-XDR no está difundida. Por este motivo, la mayoría de las personas infectadas por el VIH que contraen la tuberculosis tendrán tuberculosis sensible a los medicamentos u ordinaria, que puede tratarse con medicamentos antituberculosos de primera línea y de uso corriente (véase la primera pregunta). En el caso de las personas infectadas por el VIH, el tratamiento con medicamentos antirretrovíricos reducirá el riesgo de que contraigan la TB-XDR, como acontece con la tuberculosis ordinaria.

13. ¿Cómo sé si tengo tuberculosis o TB-XDR?

Los síntomas de la TB-XDR no difieren de los de la tuberculosis ordinaria o sensible a los medicamentos: tos con moco (o esputo) espeso y oscuro, a veces con sangre, durante más de 2 semanas; fiebre, escalofríos y sudores nocturnos; fatiga y debilidad muscular; pérdida de peso; y en algunos casos sensación de falta de aire y dolor torácico. Si usted tiene estos síntomas, no significa que padezca TB-XDR; sin embargo, debe acudir al médico para que le haga un examen. Si usted padece tuberculosis y después de unas cuantas semanas de tratamiento correcto algunos de los síntomas no mejoran, debe decírselo al médico o a la enfermera.

14. ¿Es seguro viajar a los lugares donde se ha detectado la TB-XDR?

La TB-XDR se ha detectado en todas las regiones del mundo, aunque todavía es muy rara. Las personas que están en mayor riesgo, si es que tienen contacto con alguien que padece la TB-XDR, son quienes tienen una inmunidad reducida contra las enfermedades infecciosas, por ejemplo, las personas infectadas por el VIH o que padecen otros trastornos médicos que pueden debilitar el sistema inmunitario. Se recomienda que tales personas eviten las zonas de alto riesgo, donde no hay ninguna medida de control de las infecciones implantada. Los viajes por avión suponen un riesgo mínimo de contagiarse con cualquier tipo de tuberculosis. Las personas que tengan inquietudes en cuanto a viajar a países donde hay TB-XDR u otros riesgos para la salud, deben pedir consejo a su médico, a las autoridades nacionales, o bien, consultar sitios web fiables como este:
<http://www.who.int/topics/travel/es/index.html>

15. ¿Qué debe hacerse si se confirma o sospecha que una persona tiene TB-XDR y alguien tiene contacto con ella?

Toda persona que haya estado en contacto con una persona aquejada de TB-XDR o que se cree que puede padecerla debe consultar al médico o acudir a la clínica de tuberculosis local para someterse a un examen de detección. Esto es muy importante si la persona tiene síntomas de tuberculosis (véase la pregunta 13). Si tiene tos, se le pedirá que proporcione una muestra de esputo, que se examinará para detectar la tuberculosis. En el consultorio se

realizarán otras pruebas, incluida una prueba cutánea y una radiografía del tórax. Si se detecta tuberculosis, se comenzará el tratamiento con los medicamentos que ofrecen grandes probabilidades de respuesta favorable. Si hay datos de infección por la bacteria de la tuberculosis sin que la enfermedad se manifieste, puede administrarse un tratamiento preventivo (los medicamentos dependerán del perfil de drogorresistencia conocido) o simplemente se puede pedir a la persona que se presente en la clínica periódicamente para someterse a una revisión.

16. ¿Qué riesgos relacionados con la TB-XDR afrontan los trabajadores de salud, en particular aquellos que pueden ser positivos al VIH?

Para proteger a los trabajadores de salud que pudieran tener contacto con pacientes con tuberculosis infecciosa, en los establecimientos de atención de salud deben implantarse en todo momento medidas adecuadas y estrictas para el control de las infecciones. También se debe alentar a los trabajadores de salud a que estén al tanto de su estado serológico con respecto al VIH para que eviten el riesgo de exposición.

17. ¿Con qué rapidez puede diagnosticarse la TB-XDR?

Dependerá del acceso del paciente a los servicios de atención de salud. Si se encuentran bacterias causantes de la tuberculosis en el esputo, el diagnóstico de la tuberculosis puede hacerse en un día o dos, pero este resultado no permitirá distinguir entre la tuberculosis sensible a los medicamentos y la drogorresistente. Para evaluar la sensibilidad a los medicamentos, habrá que cultivar las bacterias y someterlas a pruebas en un laboratorio con capacidad para ello. De este modo, el diagnóstico definitivo de tuberculosis, particularmente de TB-XDR, puede confirmarse en el plazo de 6 a 16 semanas. Para reducir el tiempo que se requiere para obtener el diagnóstico, se necesitan con urgencia herramientas nuevas que permitan establecerlo con rapidez.

18. ¿Qué hace la OMS para combatir la TB-XDR?

En primer lugar, la OMS vela por que las autoridades sanitarias responsables del control de la tuberculosis reciban información correcta sobre la TB-XDR. En segundo lugar, hace énfasis en que un buen control de la tuberculosis previene, antes que nada, la aparición de drogorresistencia, y que el tratamiento adecuado de la TB-MDR evita la aparición de la TB-XDR. Esto concuerda cabalmente con la nueva estrategia [Alto a la Tuberculosis](#), lanzada en marzo de 2006. En tercer lugar, la OMS distribuye a los directores de los programas nacionales de control de la tuberculosis las directrices sobre la TB-MDR, publicadas en mayo de 2006, para ayudar a los países a que establezcan programas eficaces para combatir esta enfermedad. En cuarto lugar, los Departamentos Alto a la Tuberculosis y VIH/SIDA de la OMS están coordinando una respuesta internacional a través del Grupo de Estudio Mundial sobre la TB-XDR, el cual se reunió por primera vez en octubre de 2006. La información más reciente y las actualizaciones periódicas sobre la TB-XDR, así como los temas conexos, se publicarán en los sitios web del Departamento de Alto a la Tuberculosis de la OMS (www.who.int/tb) y de la Alianza Alto a la Tuberculosis (www.stoptb.org/int/tb)