

# Biomédica Instituto Nacional de Salud

Volumen 27, No. 4, Bogotá, D.C., Colombia - Diciembre, 2007

---

## Editorial

### **XDR-TB, *extensively drug-resistant tuberculosis***

*“Macondo era entonces una aldea de veinte casas de barro y cañabrava construidas a la orilla de un río de aguas diáfanas que se precipitaban por un lecho de piedras pulidas, blancas y enormes como huevos prehistóricos. El mundo era tan reciente, que muchas cosas carecían de nombre, y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo”.*

Gabriel García Márquez, *Cien años de soledad*

Parafraseando a García Márquez, dentro de 100 años algún historiador podría escribir que “en aquellos tiempos, la salud pública global era como una pequeña aldea, con unos pocos programas globales. El control de la tuberculosis era tan reciente, que muchas cosas carecían de nombre, y para poder referirse a ellas se inventaron palabras nuevas como DOTS, MDR-TB y XDR-TB”.

En realidad, la tuberculosis ampliamente resistente (definida como resistencia a los medicamentos de primera y segunda línea, es decir, rifampicina, isoniacida, cualquier fluoroquinolona y a alguno de los siguientes tres fármacos inyectables: kanamicina, amikacina o capreomicina), y documentada ya en más de 40 países, no es un fenómeno nuevo de resistencia microbiana. Pero el impacto devastador que puede tener en poblaciones infectadas con el VIH, con una mortalidad de 98%, ha sido documentado por primera vez hace apenas unos meses (1).

La XDR-TB (*extensively drug-resistant tuberculosis*) es la amenaza más seria que existe actualmente para el progreso alcanzado en el control de la tuberculosis, especialmente en aquellas regiones más afectadas por la epidemia de VIH. La presencia de XDR-TB en un país indica claramente la existencia de serios problemas en los aspectos básicos del control de la tuberculosis, especialmente en la gestión de medicamentos antituberculosos de segunda línea, los cuales son la última línea de defensa contra la tuberculosis multirresistente (MDR-TB, *multidrug-resistant tuberculosis*) (definida como resistencia, por lo menos a, rifampicina e isoniacida). Efectivamente, no existe en la actualidad ningún tratamiento que le pueda ofrecer a una persona con XDR-TB la misma probabilidad de curación que pueden alcanzar las personas con tuberculosis susceptible a fármacos de primera línea o aun a las personas con MDR-TB.

El panorama es más preocupante si se tiene en cuenta que es poco probable que haya nuevos medicamentos en el mercado antes del año 2019 (2). La ausencia de una respuesta efectiva por parte de los países y de las agencias internacionales, que se refleja en la ausencia de un porcentaje elevado de curación de MDR-TB, podría llevar a reemplazar la actual epidemia de MDR-TB por una en la que predomine la XDR-TB, con las obvias consecuencias en términos de mortalidad y transmisión de la infección (3).

Con el fin de enfrentar esta amenaza real, y no teórica, la Organización Mundial de la Salud y los socios de la Alianza Alto a la Tuberculosis han lanzado un plan de respuesta global (*Global MDR-TB and XDR-TB Response Plan 2007-2008*) ([http://www.who.int/tb/challenges/xdr/global\\_response\\_plan/en/index.html](http://www.who.int/tb/challenges/xdr/global_response_plan/en/index.html) [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_HTM\\_TB\\_2007.387\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_TB_2007.387_eng.pdf)), el cual estima en US\$ 2.015 millones el costo de la implementación de dicha respuesta, sólo para el año 2007 y 2008, el cual está articulado al Plan Global Alto a la Tuberculosis 2006-2015 ([http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GPII\\_SPversion%20finale.pdf](http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GPII_SPversion%20finale.pdf)).

Los objetivos del componente relacionado con la tuberculosis resistente a los medicamentos en dicho plan son el fortalecimiento del control básico de la tuberculosis y el VIH; el fortalecimiento del manejo de MDR-TB y XDR-TB, que incluye la introducción de métodos rápidos de tamización; el impulso del fortalecimiento de la capacidad diagnóstica; el fortalecimiento de las acciones dirigidas al control de la infección, y la protección de los trabajadores del sector salud; la vigilancia y el seguimiento de la MDR-TB y la XDR-TB; cabildeo, comunicaciones y movilización social; apoyo a la investigación, desarrollo de nuevas herramientas y la movilización urgente de recursos.

Si este plan global se implementa de acuerdo con los objetivos y metas, se estima que en el año 2015 habrá acceso universal al diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis multirresistente en los 25 países más seriamente afectados por la epidemia de MDR-TB, salvando la vida de 1,2 millones de personas.

La implementación del mismo no es tarea fácil, existen varios desafíos en la implementación del plan, incluidos la formación de recursos humanos entrenados y suficientes, y la creación de redes de laboratorio con calidad certificada y capacidad para hacer el diagnóstico de la enfermedad y el seguimiento de la respuesta al tratamiento. La respuesta de los Estados, los servicios de salud y la sociedad civil debe ser masiva, bien planeada y rápida. Es, quizá, la mejor manera de evitar que los historiadores de la salud pública no tengan que describir, dentro de cien años, la tragedia de millones de seres humanos que murieron por la incompetencia de sus líderes de salud pública.

Ernesto Jaramillo  
Medical Officer  
Stop TB Department  
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

#### Referencias

1. **Gandhi NR, Moll A, Sturm AW, Pawinski R, Govender T, Lalloo U, Zeller K, Andrews J, Friedland G.** Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet*. 2006;368:1575-80.
2. **Glickman SW, Rasiel EB, Hamilton CD, Kubataev A, Schulman KA.** A portfolio model of drug development for tuberculosis. *Science*. 2006;311:1246-7.
3. **Blower S, Supervie V.** Predicting the future of XDR tuberculosis. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:443.