

Congreso SMNyCT 2026 Tratamiento integral de la tuberculosis resistente

2026 SMNyCT Congress Comprehensive Treatment Of Dr-Tb

Alberto Piubello¹, MD, MPH, MSc.

¹Asesor médico en la Fundación Damien. Experto en TB-MDR del Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Proporciona asistencia técnica a los Programas Nacionales de Tuberculosis y realiza cursos internacionales y nacionales de TBC y TB-MDR.

La situación de la tuberculosis (TBC) resistente es dramática. En el mundo, solo se diagnostican dos de cada cinco casos con resistencia y, además, la cobertura mundial de pruebas moleculares para el diagnóstico de resistencia es reducida (54%). El manejo operacional debe considerar un monitoreo frecuente de los fármacos. El inicio de la acción bactericida de los fármacos es variable (la bedaquilina demora cerca de una semana en ejercer acción bactericida, mientras que el linezolid tiene un inicio de acción rápido), las vidas medias, además, son diferentes. Algunos, como la bedaquilina, pueden permanecer muchos meses en el organismo (5-6 meses); si las personas abandonan la terapia, se corre el riesgo de resistencia a este fármaco. Los eventos adversos también pueden ser de una proporción diferente según la población. En Níger, se reportó casi el 30 % de mielotoxicidad grave, que obligó a cambiar la terapia. La experiencia de quince años de control de la tuberculosis resistente a la rifampicina en Níger es una adaptación local que ha mostrado una alta adherencia y éxito del tratamiento en dicho país. En Níger, el programa de control de TB-RR comenzó a operar en 2008, en colaboración con la Fundación Damien y las directrices nacionales, con evidencia local y enfoque estandarizado para

la TBC con resistencia a la rifampicina (TB-RR). En 2014, se implementaron las primeras máquinas Xpert para diagnosticar TB-RR y, desde el 2019, hay 71 máquinas operativas en todo el país y cuatro unidades de tratamiento de TB-RR. Las terapias utilizadas han variado en el tiempo, pero se acompañan de suplementos nutricionales y visitas domiciliarias frecuentes de los profesionales de la salud a cargo. El esquema BDQ/FQ-STR completamente oral ha reemplazado a los esquemas con inyectables desde 2021 (incluye Bedaquilina (BDQ), levofloxacina (Lfx) en dosis altas, linezolid (Lzd), clofazimina (Cfz), isoniazida (Hh) en dosis altas, protionamida (Pto) y pirazinamida (Z). Para la TB Pre-XDR incluye delamanid (Dlm), BDQ, Lzd, Cfz, Hh y Z. Se utilizó Dlm, ya que el pretomanid (Pa) no estaba disponible en Níger hasta abril de 2025. Se evaluó a todos los pacientes con TB-RR de Níger diagnosticados entre 2008 y 2022 (quince años). En ese período se diagnosticaron 872 pacientes con TB-RR, 725 (83,1%) iniciaron tratamiento, y 32 requirieron retratamiento. El diagnóstico se realizó a través de diferentes pruebas: entre 2008 y 2013 (pruebas fenotípicas), entre 2014 y 2018 (pruebas moleculares regionales) y entre 2019 y 2022 (pruebas moleculares descentralizadas). El promedio anual de

Rev Am Med Resp 2026;26:40-41. <https://doi.org/10.56538/ramr.KEIE8782>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

casos que inician tratamiento de TB-RR aumentó de 22 a 50 y 85 en dichos períodos, y el tiempo medio hasta el primer tratamiento de TB-RR se redujo de 260 a 17 y 11 días, respectivamente, en los períodos señalados. La pérdida de casos que no inician tratamiento se redujo de 34,1% a 12,8% y 12,6%. La deserción durante el tratamiento aumentó de 8,8% a 13,5% y 19,8%. En general, el 81,7% experimentó éxito definitivo del tratamiento (725 casos). La deserción durante el tratamiento fue del 18,3% y se relacionó con edad avanzada, género femenino, IMC bajo, coinfección RR-TB/VIH, alta carga bacilar basal e inicio del tratamiento entre 2019 y 2022. Este modelo de estrategia de manejo de la TB-RR en Níger a lo largo de quince años (2008-2022) ha mostrado que la proporción de

casos que no ingresan a tratamiento disminuyó con el tiempo, lo que refleja un mejor acceso a la atención. La implementación de Xpert MTB/RIF redujo drásticamente los retrasos en el diagnóstico y la pérdida de pacientes en espera de tratamiento. La cobertura de ingresos a tratamiento para TB-RR es muy destacable (83,1%), así como el desenlace de éxito (81,7%), que contrasta con los promedios globales mundiales (50%-65% en el mismo período). La experiencia mostrada puede ser un modelo que seguir para otros países por el alto éxito del tratamiento. Sin embargo, se deben considerar estrategias de mejora en la adherencia de casos del género femenino, edad avanzada, desnutrición, alta carga bacilar inicial y coinfección VIH.