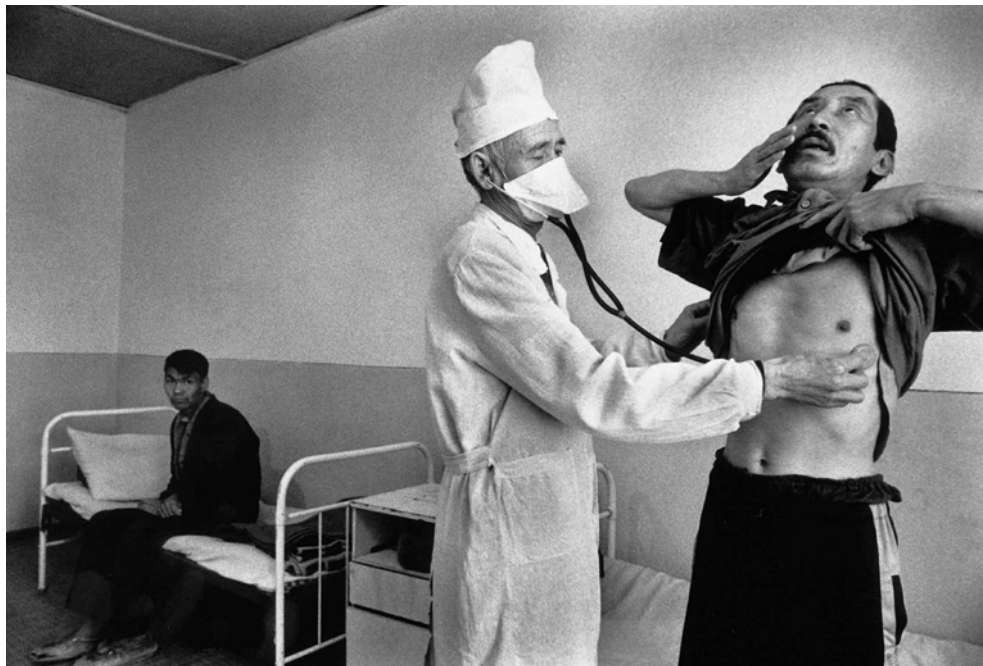


TUBERCULOSIS

Muchas personas en los países ricos piensan que la tuberculosis es una enfermedad del pasado. Y efectivamente hasta los años 80, muchos expertos creían que la erradicación de la TB era cuestión de décadas.

Pero con cerca de nueve millones de nuevos casos al año, la tuberculosis está muy lejos de haber pasado a la historia. La TB es una enfermedad mortal, responsable de acabar con la vida de casi dos millones de personas cada año, casi cuatro muertes por minuto¹. El 99% de estas muertes ocurre en el mundo en desarrollo. Hoy la TB constituye una emergencia global.



MSF Dossier Técnico

La TB es una enfermedad contagiosa que se propaga principalmente por el aire igual que un resfriado común. Únicamente una de cada diez personas infectadas por el germen desarrollará realmente la enfermedad, dado que en sistemas inmunológicos sanos la infección permanece latente durante años. Estas infecciones pueden reactivarse años e incluso décadas más tarde si el sistema inmunológico se debilita. Con la transmisión acelerada por condiciones de hacinamiento y la activación de la infección debido a una pobre nutrición y a una mala salud generalizada, la tuberculosis se convierte en una enfermedad que afecta sobre todo y de forma más cruenta a los más pobres.

La micobacteria tuberculosis suele afectar los pulmones. Con el nombre de tuberculosis pulmonar, esta forma de TB se caracteriza por una tos persistente, falta de aliento y dolor pectoral. Entre otros síntomas también pueden citarse pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Si no se tratan, las personas con TB pulmonar activa infectarán a una media de entre 10 y 15 personas al año. Las micobacterias también pueden infectar prácticamente cualquier parte del cuerpo, como por ejemplo los nódulos linfáticos, la espina dorsal o los huesos. Diagnosticar a tiempo este tipo de TB es también de vital importancia, dado que todas las formas de TB son igualmente mortales si no se tratan.

Diagnóstico

La técnica más utilizada para diagnosticar la tuberculosis consiste en algo tan poco sofisticado como examinar a través del microscopio una muestra de esputos de un paciente supuestamente infectado para evaluar si contiene la micobacteria TB. Aunque se trata de un método diagnóstico barato y posible incluso en zonas remotas siempre que se cuente con personal cualificado, hay serios agravantes asociados al mismo porque el esputo de muchas personas con TB activa presenta pocas o ninguna micobacteria TB. Esto ocurre precisamente con los pacientes que padecen TB extra pulmonar y aquellos co-infectados con el VIH. El microscopio sirve de muy poco a la hora de detectar la TB en niños, porque éstos no suelen producir la suficiente cantidad de esputos para que el análisis de la muestra recogida sea fiable. Incluso en las mejores manos, el microscopio sólo detectará cerca de la mitad de casos de TB.

Otra técnica, conocida como cultivo, consiste en incubar una muestra de esputos durante varias semanas para ver si contiene la presencia de micobacterias TB. Aunque este método es más sensible si se realiza correctamente, lamentablemente es muy lento pues la confirmación de la presencia de micobacterias suele tardar entre tres y ocho semanas. Asimismo, logísticamente es difícil pues requiere contar con incubadoras, corriente eléctrica continuada y personal cualificado.

Otros métodos más modernos, como los basados en pruebas del ADN, por ejemplo, son demasiado sofisticados para utilizarlos en contextos pobres, precisamente aquellos en los que la tuberculosis se cobra más víctimas. “Lo que necesitamos es una prueba sencilla que detecte la TB activa, con resultados casi inmediatos y que puedan realizar diplomados en enfermería y promotores de salud incluso cuando no se cuente con un laboratorio”, afirma el Dr. Francis Varaine de MSF. “Actualmente no existe nada parecido. Hasta que no dispongamos de una prueba sencilla y fiable, muchos pacientes con TB pasarán inadvertidos y morirán por no haber recibido un tratamiento adecuado.”

Tratamiento

La necesidad de una herramienta de diagnóstico adecuada resulta todavía más apremiante si consideramos que la TB es en la mayoría de los casos una enfermedad curable. Se trata con una combinación de antibióticos que se desarrollaron hace más de 35 años. Con un precio que oscila entre 15 y 20 dólares americanos por paciente, el tratamiento es barato. Para prevenir las resistencias, los medicamentos deben tomarse de forma combinada. Así, es recomendable que los medicamentos para tratar la TB se produzcan en forma de dosis fijas combinadas (diferentes medicamentos combinados en un solo comprimido).

El tratamiento debe tomarse de forma continua hasta que todas las micobacterias hayan sido eliminadas, lo que tarda como mínimo seis meses. Hay que animar al paciente a no interrumpir el tratamiento hasta haberlo completado y no abandonarlo en cuanto hayan desaparecido los síntomas, cosa que puede ocurrir a las dos semanas de haber iniciado el tratamiento. La actualmente recomendada “terapia de observación directa”, en la que un trabajador sanitario o promotor de salud supervisa al paciente mientras toma su medicación, supone un gran esfuerzo para el paciente que a veces debe recorrer varios kilómetros cada día durante varios meses para acudir al centro de salud donde se le administrará el tratamiento. Existen otros enfoques como animar al paciente a que asuma su responsabilidad y se implique en su propio tratamiento mediante formación y asesoramiento o crear un entorno terapéutico adecuado. Estos enfoques más flexibles han demostrado dar buenos resultados en el caso de otras enfermedades crónicas.

Los medicamentos también deben ser de calidad, lo que no siempre ocurre dada la presencia en el mercado de muchos países de fármacos de baja calidad. Actualmente, la OMS está valorando la calidad de fármacos de diferentes fabricantes, un valioso ejercicio que debería permitir a los países en desarrollo comprar medicamentos “pre-cualificados” de calidad garantizada. Hoy, sin embargo, no existen fuentes pre-cualificadas de formulaciones pediátricas de medicamentos contra la TB ni hay fuentes pre-cualificadas de estreptomina, uno de los fármacos utilizados para combatir esta enfermedad.

Tuberculosis y VIH: un dúo letal

La mayoría de personas infectadas por la micobacteria TB no desarrollarán la TB activa puesto que su respuesta inmunológica contribuye a que la enfermedad permanezca en estado latente. Pero si el sistema de dichas personas se debilita, la infección puede reactivarse: esto es precisamente lo que ocurre con el VIH. Se estima que un tercio de los 40 millones de personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo están co-infectados con TB. La tuberculosis es ahora la principal causa de muerte entre las personas VIH positivas: sin tratamiento, cerca del 90% de éstas morirán a los pocos meses de haber contraído la enfermedad. Debemos adaptar nuestras estrategias para hacer frente a esta combinación letal ofreciendo asesoramiento y análisis voluntarios del VIH a pacientes con TB, detectando de forma activa la TB en pacientes VIH positivos e integrando la atención a las dos enfermedades en los servicios de salud.

El diagnóstico de la TB no puede depender únicamente de análisis al microscopio – hace falta de forma apremiante una prueba más sensible para que los pacientes puedan someterse a tratamiento lo antes posible.



Tuberculosis resistente a los medicamentos

Cursos de tratamiento inadecuados o incompletos y medicamentos de baja calidad son los principales factores que favorecen la emergencia de la micobacteria resistente a los medicamentos para combatir la TB. La TB resistente a los medicamentos (o DR-TB por sus siglas en inglés) ha alcanzado niveles alarmantes en muchos países en el mundo entero y constituye un grave problema de salud global. La DR-TB es una emergencia particularmente apremiante en Europa del Este y en Asia Central, y está avanzando a grandes pasos en África, y debido a la globalización, constituye también una amenaza creciente en países ricos.

Para diagnosticar la DR-TB se requiere incluso una tecnología más sofisticada que para diagnosticar la TB ordinaria. Los plazos de espera necesarios para obtener los resultados de las pruebas diagnósticas constituyen una gran preocupación y tienen un impacto directo en la calidad del tratamiento que se ofrece.

Tratar la DR-TB es también de igual dificultad. No se han identificado fuentes alternativas para ninguno de los medicamentos de segunda línea utilizados para combatir la TB, medicamentos que además de resultar menos efectivos que los de primera línea, quienes padecen TB multirresistente (o MDR-TB por sus siglas en inglés) deben tomar durante por lo menos entre 18 y 24 meses a pesar de su elevada toxicidad y del gran espectro de graves efectos secundarios que provocan entre los que cabe destacar hepatitis, depresión, alucinaciones y vértigo. El paciente debe permanecer hospitalizado y aislado durante un largo periodo de tiempo. Asimismo, el precio de los medicamentos es

prohibitivo – dependiendo de los medicamentos que se utilicen, un curso de tratamiento para la MDR-TB puede costar unos 15.000 dólares americanos por paciente y en ocasiones llega a ser hasta 3.000 veces más caro que un curso de tratamiento para combatir la TB ordinaria³. Finalmente, debido a su producción limitada y a la ausencia de un stock de seguridad, debido a su corta caducidad y a las barreras aduaneras y de registro, el suministro de medicamentos de segunda línea resulta extremadamente complejo e irregular.

Todas estas dificultades hacen que la respuesta a la TB multiresistente se convierta en una carrera cuesta arriba. La Organización Mundial de la Salud estima que hay cerca de medio millón de nuevos casos de MDR-TB cada año⁴, pero sólo una pequeñísima fracción de éstos tendrán acceso a tratamiento adecuado. Para muchas personas en todo el mundo hoy, contraer o desarrollar TB multirresistente es como una sentencia de muerte.

MSF y TB

MSF se ha tenido que enfrentar a la tuberculosis desde el primer día de sus operaciones hace más de 30 años. En 2005, MSF trató a unos 15.100 pacientes en 27 países en todo el mundo.

Son muchos y muy variados los contextos en los que MSF proporciona atención a la TB, incluyendo zonas de conflicto crónico, como Sur de Sudán o Somalia; campos de refugiados en Chad; cárceles en el Cáucaso y Costa de Marfil o en centros de atención primaria de salud, por ejemplo en Congo y Angola. El foco de los proyectos también varía: algunos se centran en integrar el VIH y la TB en los mismos servicios, como ocurre en Sudáfrica y Kenia; otros ofrecen tratamiento a

pacientes que padecen tuberculosis multirresistente como es el caso de Uzbekistán y Georgia; otros llegan hasta poblaciones con poco acceso a la atención sanitaria como grupos nómadas en Etiopía. MSF lucha para mejorar el diagnóstico de todos los pacientes con TB introduciendo técnicas de cultivo y otras herramientas allí donde sea posible y valorando la viabilidad de métodos de diagnóstico más sofisticados.

En materia de tratamiento, MSF actualmente está explorando diferentes vías para asegurar la adherencia de los pacientes y se compromete a utilizar dosis fijas combinadas y medicamentos de calidad asegurada en sus programas. La organización también se ha marcado el objetivo de integrar servicios de atención a la TB y al VIH allí donde sea posible y tratar la tuberculosis multirresistente en entornos apropiados.

¹ Fuente: Control Global de la Tuberculosis: vigilancia, planificación, financiación; Organización Mundial de la Salud; Marzo de 2005

² Fuente: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/tb/hiv/faq/en/index.html>

³ Fuente: Borrador Plan Estratégico 2006-2015, Grupo de Trabajo Stop TB sobre la DOTS-Plus para la MDR-TB, en <http://www.stoptb.org/gpstb>

⁴ Fuente: Grupo de Trabajo Stop TB sobre la DOTS-Plus para la MDR-TB, op.cit., p1 y p5.

¿Qué hay que hacer?

Existe la acuciante necesidad de:

- nuevas herramientas de diagnóstico que sean sencillas, fiables y adaptadas al terreno para contextos con recursos limitados;
- medicamentos más potentes que reduzcan la duración del tratamiento y sirvan para combatir la TB multirresistente;
- y una vacuna efectiva.

Hasta entonces:

- Los gobiernos y compañías farmacéuticas deben comprometerse a financiar programas de investigación y desarrollo dirigidos a cubrir las necesidades existentes.
- Las compañías farmacéuticas deben participar activamente en el proceso de precalificación de OMS para asegurar que se identifican fuentes pre-cualificadas para formulaciones pediátricas, para la estreptomina, y para medicamentos de segunda línea.
- La OMS y la Asociación Stop TB deben continuar dando la voz de alerta: la tuberculosis no está controlada y se necesitan más recursos y un mayor compromiso.