

COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

DR-TB drugs under the microscope. Sources and prices for drug – resistant tuberculosis medicines. 2nd Edition – November 2012, Paris: Medecins sans frontiers (MSF), Access Campaign (www.msfacecess.org), International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) (www.theunion.org)
 En: <http://msfacecess.org/content/dr-tb-drugs-under-microscope-2nd-edition>

En 1999, *Médicos sin fronteras* (MSF) lanzó el *Access Campaign* (Campaña de Acceso), con el propósito de promover el desarrollo y acceso a medicinas, medios diagnósticos y vacunas en zonas de bajos recursos. MSF ha trabajado en tuberculosis (TB) por 25 años, en colaboración con las autoridades sanitarias de los países más afectados, para tratar pacientes en centros urbanos y en áreas rurales, prisiones y campos de refugiados. En 2011, unos 26 600 pacientes de TB en 39 países recibieron tratamiento con el apoyo de MSF, 1300 de ellos con TB multirresistente (TB-MDR). Solo el 55% de ellos alcanzó la curación, y en los que padecían de TB con resistencia extendida (TB-XDR) el porcentaje de éxito fue de solo 13%.

Se define la TB-MDR como la que presenta resistencia simultánea, al menos a isoniazida y rifampicina, las dos drogas anti-TB de mayor eficacia. Cuando además existe resistencia a cualquier quinolona y al menos a una de las drogas de segunda línea inyectables (kanamicina, capreomicina y amikacina), se habla de resistencia extendida (TB-XDR). Todas las formas de resistencia a más de una droga de primera línea que no entran en la definición de TB-MDR o TB-XDR se denominan TB-polirresistente (TB-PDR).

La presente publicación, de acceso libre en Internet, ha sido editada en forma conjunta por MSF y la IUATLD, por ahora solo en inglés y ruso. Consta de 48 páginas, divididas en un capítulo de antecedentes e historia, y otros cuatro dedicados respectivamente a las drogas del grupo II, inyectables: amikacina, kanamicina y capreomicina; del grupo III, fluoroquinolonas: moxifloxacina, levofloxacina y ofloxacina; del grupo IV, agentes orales bacteriostáticos de segunda línea: etionamida, prothionamida, cicloserina, terizidona, PAS y PAS sódico; y del grupo V, agentes cuya eficacia no es aún muy clara: clofazimina y linezolid. Además, hay tres anexos, el primero contiene una tabla de precios provistos por las compañías farmacéuticas, el segundo las condiciones de oferta, tomadas de las mismas compañías, y el tercero, datos de contactos con los productores. Contiene además 72 referencias bibliográficas, un glosario y abreviaturas. Se aclara al final que las fuentes y precios de los medicamentos para TB-MDR aquí presentados no son los oficiales de las compañías ni representan una guía clínica. Resulta crucial que los posibles compradores verifiquen los precios y la

disponibilidad, además de la calidad, directamente con el proveedor antes de adquirirlos.

La TB continúa matando cerca de 1.4 millones de personas cada año en todo el mundo. Unos 400 000 pacientes tienen TB-MDR, y el 10% de ellos TB-XDR. Actualmente existe un mecanismo para que los países más necesitados puedan acceder a drogas para la TB-MDR. Es el *Global Drug Facility* (GDF), que agrupa las solicitudes generadas a través del Fondo Global de la ONU para lucha contra el sida, la TB y la malaria, que en 2010 usó para ello 40 millones de USD.

Excepto el linezolid y la moxifloxacina, las drogas empleadas para tratar la TB-MDR son bastante antiguas, y las patentes -que en general se usan para mantener precios elevados e impedir la competencia- ya han vencido. Eso podría facilitar la adquisición por parte de los países donde el problema de la MDR es mayor, que son además, los de mayor endemia TB y menores recursos. Sin embargo, el Fondo Global de ONU para atender estas necesidades, sufre actuales restricciones; por ejemplo, para los países *BRICS* (Brasil, Rusia, India, China y Sud-África), donde el problema de la TB-MDR es muy grave.

Simultáneamente se están realizando ensayos clínicos de tratamientos más cortos que el tratamiento estándar de la TB-MDR, que en la actualidad se prolonga 18-24 meses a partir de la negativización del cultivo. El ensayo de la IUATLD en Bangladesh muestra la complejidad del problema y también la posibilidad de cura: nueve meses con moxifloxacina, clofazimina, etambutol y pirazinamida, suplementadas con protionamida, kanamicina e isoniazida, en una fase intensiva de 4 meses (¡con más de 20 píldoras por día!), logra la curación en el 87% de los casos de TB-MDR.

La publicación se completa con detallada información sobre costos, origen, control y garantía de la calidad, así como sobre las fuentes donde consultar sobre cada ítem para las drogas amikacina, kanamicina, capreomicina, moxifloxacina, levofloxacina, ofloxacina, protionamida, PAS y PAS sódico, clofazimina y linezolid.

En fin, es una guía muy completa, de fácil acceso a través de Internet, y especialmente útil para los profesionales involucrados en el control de la TB en todo el mundo.

Isabel N. Kantor