Tovar MA, Kawai V, Soto G, Benavente J, Sheen P, Ticona E, Gilman RH, Evans CA.  
La adquisición de tuberculosis resistente a múltiples fármacos durante la terapia de observación directa basada en la clínica predispone a resultados adversos para el paciente  
Presentación de resumen PC-903-03, 3 de noviembre de 2013.

En Actas de la 44ª Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (La Unión): 30 de octubre a 3 de noviembre de 2013; París, Francia.  
*International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2013;17(12 Suppl 2):S486.  
Acceso abierto: <https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/ABSTRACT_BOOK_2013_Web.pdf>

**Antecedentes:** Tuberculosis multirresistente (MDR-TB) -está aumentando a nivel mundial, incluso en países, con programas nacionales de tuberculosis sólidos (PNT). La MDR-TB puede explicarse por (1) personas sanas que contraen TB por primera vez que es una cepa de MDR-TB, o que existe los pacientes sin MDRTB pueden adquirir MDR-TB porque (2) la terapia subóptima permite que su cepa mute o (3) la exposición a otros pacientes permite la sobreinfección con una cepa de MDR-TB. Estudiamos la adquisición de MDR-TB durante la terapia de observación directa (DOTS) y evaluamos su importancia clínica.

**Diseño / métodos**: Durante un período de 5 años, reclutamos a 600 pacientes que fueron diagnosticados con TB comprobada por el PNT peruano. Los pacientes fueron inscritos en clínicas ambulatorias en Lima, Perú. Todos los pacientes recibieron inicialmente una terapia antituberculosa de primera línea de acuerdo con las directrices nacionales en ese momento. Recolectamos muestras de esputo mensuales secuenciales que fueron analizadas para TB y MDR-TB. Las cepas de TB se compararon entre el diagnóstico y el seguimiento mediante spoligotyping. Los pacientes fueron seguidos durante un promedio de 5 años para evaluar las medidas de resultado de la recurrencia de la tuberculosis o la muerte. La información sobre la recurrencia de la enfermedad de TB se confirmó con el NTP. Definimos resultado adverso como fracaso del tratamiento de TB, recurrencia de TB o muerte causada por TB.

**Resultados:** En el momento de la inscripción en el estudio, 106 (18%) pacientes tenían MDR-TB y 65 (61%) de estos casos de MDR TB no habían recibido tratamiento para la TB anteriormente. 494 (82%) pacientes tenían TB que no era MDR-TB y, por lo tanto, estaban en riesgo de adquirir MDR-TB durante el tratamiento. 40 de 494 (8,1%) pacientes adquirieron MDR-TB durante el DOTS. La MDR adquirida fue 2,8 veces más probable en pacientes con VIH (p = 0,001) y 3,2 veces más probable en pacientes con monorresistencia a la rifampicina (p = 0,001). 37 de 40 (93%) pacientes que adquirieron MDR-TB tenían datos de spoligotyping y en 89% (33/37), la adquisición de MDR-TB se asoció con un cambio de espoligotipo. La MDR adquirida tenía 34 veces más probabilidades de ocurrir en clínicas con proporciones más altas de pacientes con sospecha de MDR-TB, lo que sugiere la transmisión de MDR-TB en estas clínicas. Los resultados adversos a largo plazo fueron dos veces más probables en los pacientes que adquirieron MDRTB (P = 0,02; Figura).

**Conclusión**: Agrupar a los pacientes ambulatorios que reciben DOTS hace que los pacientes con TB-MDR y TB susceptible a fármacos compartan el mismo espacio aéreo, con el riesgo de diseminación de la TB-MDR. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de pruebas rápidas de TB-MDR y un mejor control de infecciones en las instalaciones médicas.