Sherman JM, Tovar M, Gilman RH, Caviedes L, Soto G, Bernabe A, Zimic M, Cabrera L, Ortiz J, Trejo Maguiña NV, Rodríguez R, Evans CA.
El tratamiento de la tuberculosis monorresistente con isoniazida con regímenes estándar de primera línea produce altas tasas de fracaso del tratamiento, recurrencia de la tuberculosis y muerte relacionada con la tuberculosis.
Presentación oral 736, 21 de noviembre de 2009.

En las Actas de la 58ª Reunión Anual de la Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical (ASTMH): 18-22 de noviembre de 2009; Washington DC, Estados Unidos.

*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2009:81(5 Suppl 1);213.
doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2009.81.201>
Acceso abierto: <http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.2009.81.201>

Manejo óptimo de la tuberculosis resistente a isoniazida o la rifampicina que no es resistente a múltiples fármacos (MDR) está mal definida. En entornos de escasos recursos, los pacientes con tuberculosis monorresistente con isoniazida o rifampicina generalmente se tratan con regímenes estándar de tratamiento de tuberculosis de primera línea. Poco se sabe sobre la eficacia a largo plazo de dicho manejo. Se inscribieron 356 pacientes de un hospital comunitario en un barrio marginal periurbano de Lima, Perú, después del diagnóstico de enfermedad de tuberculosis pulmonar; 309 fueron nuevos casos de tuberculosis y 47 fueron casos de retratamiento. Los pacientes fueron evaluados para determinar la resistencia a la rifampicina y la isoniazida, y aquellos resistentes a ambos fármacos (MDR-TB, 21 pacientes) fueron excluidos. Todos los demás pacientes fueron seguidos prospectivamente durante todo el tratamiento y entrevistados una mediana de 5 años después de la finalización del tratamiento para determinar la relación entre la resistencia y el fracaso de la isoniazida y la rifampicina, la recurrencia después de la curación y la muerte a largo plazo relacionada con la tuberculosis. En general, 39 de 335 (12%) pacientes tenían tuberculosis monoresistente confirmada por laboratorio al momento del diagnóstico; 29 pacientes (8,7%) tenían tuberculosis monorresistente con isoniazida y 10 pacientes (3,0%) tenían tuberculosis monorresistente con rifampicina. Entre los pacientes con primeros episodios de enfermedad de tuberculosis, 28 (10%) y 5 (1,7%) tenían monorresistencia a isoniazida y rifampicina, respectivamente. Todos los nuevos pacientes con TB recibieron seis meses de quimioterapia estándar de corto plazo y todos los pacientes con TB recurrente recibieron nueve meses de medicamentos de primera línea bajo el esquema nacional estándar de retratamiento. En el seguimiento, solo el 55% de los pacientes con tuberculosis monorresistente con isoniazida y el 50% de los pacientes con tuberculosis monorresistente con rifampicina lograron una cura a largo plazo con los regímenes estándar. Además del peor resultado del tratamiento, los pacientes con tuberculosis monorresistente a isoniazida y tuberculosis monorresistente a rifampicina en el momento del diagnóstico sufrieron tasas de recurrencia significativamente más altas después de la curación y muerte a largo plazo relacionada con la tuberculosis en comparación con pacientes con cepas sensibles (p <0.01 en todos los casos). En conclusión, la monoresistencia a la rifampicina y particularmente a la isoniazida es relativamente común entre los pacientes con TB no MDR. La morbilidad y mortalidad a largo plazo es alta cuando los pacientes con tuberculosis monorresistente con isoniazida y rifampicina se tratan con regímenes estándar de primera línea contra la tuberculosis. La terapia antituberculosa debe aumentarse para los pacientes con tuberculosis monorresistente con isoniazida y rifampicina.