

PRÁCTICAS ÓPTIMAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Una guía destinada a
los países de bajos ingresos

2007

Unión Internacional Contra la Tuberculosis
y Enfermedades Respiratorias

ISBN: 978-2-914365-37-6

PRÁCTICAS ÓPTIMAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Una guía destinada a
los países de bajos ingresos

2007

Gini Williams, Edith Alarcón, Sirinapha Jittimanee,
Mariam Walusimbi, Maruschka Sebek, Evita Berga,
Tereza Scatena Villa

Unión Internacional Contra la Tuberculosis
y Enfermedades Respiratorias
68 boulevard Saint-Michel, 75006 París, Francia

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de los
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Editor:

Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión)
68 boulevard Saint-Michel, 75006 París, Francia

Título original: *Best Practice for the Care of Patients with Tuberculosis: A Guide for Low-Income Countries*

Autores:

Comité de redacción

Gini Williams, La Unión

Edith Alarcón, La Unión

Sirinapha Jittimane, Ministerio de Salud Pública, Tailandia

Mariam Walusimbi, Ministerio de Salud, Uganda

Maruschka Sebek, KNCV, Países Bajos

Evita Berga, Agencia Estatal para la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares, Latvia

Tereza Scatena Villa, Universidad de Sao Paulo, Brasil.

Contribuciones

En la elaboración de la presente guía se recibió la invaluable colaboración de:

- El grupo de trabajo sobre el manejo de casos de la sección de enfermería y profesionales aliados, de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión).
- El personal de enfermería encargado del cuidado de pacientes con tuberculosis en Kampala, Uganda.
- El personal de enfermería encargado del cuidado de pacientes con tuberculosis en Laos, Nigeria.
- La unidad de atención primaria y de salud pública de la escuela de enfermería y partería de la City University de Londres, Reino Unido.
- El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).
- Personas como Liz Rose, Sheldon Allen y Chantelle Allen.

© Unión Internacional contra la Tuberculosis
y Enfermedades Respiratorias (La Unión)

Versión original: Febrero de 2007

Traducción en español: Enero de 2008

Impresión: Diciembre de 2008

Traductor: Dra Gloria López Ramírez, revisado por Edith Alarcón

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación se puede reproducir sin la autorización de los autores y de los editores.

ISBN: 978-2-914365-37-6

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. INTRODUCCIÓN DE LAS PRÁCTICAS ÓPTIMAS: CÓMO USAR ESTA GUÍA	5
1. Establecimiento de estándares	5
2. Auditoría clínica	8
3. Evaluación de la atención prestada a las personas afectadas por la tuberculosis	10
III. IDENTIFICACIÓN DE UN CASO DE TUBERCULOSIS ACTIVA	13
1. Estándar: Evaluación de un paciente sospechoso de tener tuberculosis	13
2. Estándar: Recolección de muestra de esputo para diagnóstico	17
IV. INICIO DEL TRATAMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE, A SUS FAMILIARES Y A SUS CONTACTOS CERCANOS	23
1. Estándar: Registro y atención a los pacientes con diagnóstico reciente de tuberculosis	24
2. Estándar: Inicio del tratamiento: organización del tratamiento directamente observado durante la fase intensiva	33
3. Estándar: Investigación y seguimiento de los contactos	38
V. ATENCIÓN DURANTE LA FASE INTENSIVA: PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	43
1. Estándar: Atención y seguimiento del paciente	43
2. Estándar: Seguimiento de los pacientes que no acuden a las citas (inasistentes)	51
VI. ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE CONTINUACIÓN	59
1. Estándar: Evaluación del paciente durante la transición entre la fase intensiva y la fase de continuación	59
2. Estándar: Manejo de casos durante la fase de continuación	62
3. Estándar: Manejo de la transferencia	66
VII. PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH Y ATENCIÓN AL PACIENTE COINFECTADO POR LA TUBERCULOSIS Y EL VIH	69
1. Estándar: Prueba diagnóstica del VIH	69
2. Estándar: Atención al paciente coinfectado por la tuberculosis y el VIH	76
REFERENCIAS	83
LECTURAS COMPLEMENTARIAS	84

ANEXOS

Anexo 1: Herramienta para la implementación	86
Anexo 2: Características clínicas que indican la coinfección con el VIH en pacientes con tuberculosis	88
Anexo 3: Transcripción modelo de la orientación previa y posterior a la prueba	89

Abreviaturas

CDC	– Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
DOTS	– Estrategia de tratamiento de la tuberculosis recomendada por la Organización Mundial de la Salud
IMAI	– Atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y los adultos (siglas de su equivalente en inglés)
KNCV	– Fundación Real de lucha contra la Tuberculosis de los Países Bajos
La Unión	– Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias
OMS	– Organización Mundial de la Salud
PBE	– Prácticas Basadas en Evidencias
PNS	– Programa Nacional de Sida
PNT	– Programa Nacional de Tuberculosis
SIDA	– Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TDO	– Tratamiento directamente observado (por sus siglas en español)
VIH	– Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. INTRODUCCIÓN

La presente guía está dirigida a los trabajadores implicados en la detección y el cuidado de pacientes con tuberculosis, en entornos de atención de salud primaria, comunitaria y de atención en hospitales de países de bajos ingresos. Su objetivo es mejorar la calidad de la atención a los pacientes y a su vez perfeccionar los resultados de los programas de control de la tuberculosis. Se ofrecen recomendaciones detalladas con respecto a las prácticas óptimas en el manejo de las personas que acuden a los servicios de salud con síntomas indicativos de tuberculosis y en el tratamiento corriente de los pacientes con tuberculosis activa.

Las recomendaciones se basan en las prácticas óptimas existentes y se han elaborado en colaboración con personal de enfermería que ejerce en una amplia variedad de entornos. Esta guía traduce el punto de vista del personal técnico de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión) y la red de personal de enfermería y profesionales aliados entre los miembros de La Unión. Las prácticas óptimas se presentan como una serie de estándares adaptables a los servicios locales en países de bajos ingresos, las cuales estimulan la evaluación mediante el uso de resultados medibles. Cada estándar corresponde a un aspecto importante en el diagnóstico o el tratamiento del paciente, con base en la estrategia de tratamiento de la tuberculosis recomendada por La Unión¹ y las pautas terapéuticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).^{2,3} A lo largo de esta guía se referirán los lectores a la información pertinente publicada en la “*Orange Guide*” de La Unión titulada *Manejo de la Tuberculosis: Guía para los Países con Escasos Recursos Economicos*¹ y a otros materiales de referencia clave.

La estrategia de manejo de la tuberculosis elaborada por La Unión y adoptada oficialmente por la OMS como la estrategia DOTS (Tabla I.1), ofrece una forma eficaz de ejecutar y evaluar una serie de intervenciones clínicas y organizativas destinadas a la lucha contra la tuberculosis. Los recursos durante el planeamiento, la ejecución y la revisión tienden a centrarse en estas intervenciones sin abordar explícitamente los componentes clave del cuidado del paciente. La razón para ello puede ser el hecho que la atención al paciente es un concepto difícil de describir en términos específicos o prácticos. En consecuencia, la calidad de la atención prestada a los pacientes varía entre los diferentes países y dentro de cada uno, pues depende

Tabla I.1 Estrategia DOTS

La estrategia DOTS se basa en cinco elementos claves:

1. **Compromiso político sostenido** a fin de aumentar los recursos humanos y económicos y hacer del control de la tuberculosis una prioridad nacional, integrada al sistema nacional de salud.
2. **Acceso a la baciloscopia del esputo de buena calidad** para la detección de casos en las personas que acuden o que se descubren en la detección sistemática con síntomas de tuberculosis (en particular, tos prolongada).
3. **Tratamiento corto estandarizado** para todos los casos de tuberculosis en condiciones adecuadas de manejo de los casos, incluida la **supervisión directa del tratamiento**.
4. **Suministro ininterrumpido de medicamentos de calidad garantizada**.
5. **Un sistema de registro y notificación que permita la evaluación hasta el término de tratamiento** de todos los pacientes y la valoración del desempeño global del programa.

de las actitudes, habilidades y competencias de cada personal de salud. Este aspecto recibirá una mayor atención, ahora que la OMS recomienda la ampliación de la estrategia a fin de tomar en consideración las dificultades que encuentran muchos pacientes, en particular pacientes pobres, en la obtención de un tratamiento antituberculoso de buena calidad.⁴

La presente guía tiene como objetivo aplicar un sistema reconocido de control de la calidad, es decir, el establecimiento de estándares con base en los datos científicos disponibles y en las prácticas óptimas existentes, a fin de ofrecer una orientación más definida con respecto a la atención del paciente en el contexto de la estrategia DOTS en países de bajos ingresos. **La guía se basa en gran parte en evidencias recogidas por expertos sobre el terreno y se ha elaborado en colaboración con la categoría de proveedores de atención de salud que la utilizarán en la práctica.** Aquellos que trabajan en zonas con mejores recursos pueden concebir estándares adicionales que cubran las más amplias capacidades de diagnóstico y tratamiento que tienen a su alcance.

El mecanismo de perfeccionamiento de la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares y la auditoria clínica se describe en el capítulo II, en el cual se ofrecen además recomendaciones sobre la ejecución

de las prácticas óptimas sobre el terreno. La etapa siguiente es valorar los estándares practicados mediante mediciones integradas de evaluación. El propósito esencial de esta guía es contribuir a la instauración de prácticas basadas en evidencias, destinadas al cuidado de quienes sufren de tuberculosis.

Nota importante referente a la terminología:

Dada la variedad de términos utilizados en la descripción de los servicios de atención de salud en diferentes partes del mundo, se usarán en esta guía los términos acordados internacionalmente, publicados por la OMS⁵ y expuestos en la Tabla I.2.

Tabla I.2 Definiciones para el diagnóstico, tratamiento y gestión de las unidades de tuberculosis⁵

Los siguientes términos se emplean a lo largo del presente documento con el fin de referirse a los centros de diagnóstico, tratamiento y gestión de la tuberculosis. Los centros de tratamiento de la tuberculosis y las unidades de microscopía existen dentro de los establecimientos de atención de salud general integrada y estructuras de gestión de salud, en el caso de la unidad básica de gestión. Estas estructuras no constituyen instalaciones independientes o verticales de manejo de la tuberculosis, pero se les ha atribuido un nombre específico, a fin de facilitar la descripción de su carácter y función en términos de los programas de control de la tuberculosis.

Unidad básica de gestión*

Una unidad básica de gestión se define en términos de responsabilidad de gestión, supervisión y vigilancia. Una unidad de control de la tuberculosis puede contar con varios establecimientos de tratamiento, uno o varios laboratorios y uno o varios hospitales. El elemento que la define es la presencia de un administrador o coordinador (en el presente documento, la persona se denomina coordinador de unidad) que supervisa las actividades de control de la tuberculosis en la unidad y mantiene un registro original de todos los pacientes en tratamiento, el cual sirve para la vigilancia del programa y para el informe sobre indicadores a los niveles superiores. En forma característica, las unidades corresponden a la segunda subdivisión

* Referido como “*unit of management*” (unidad de gestión) en la *Orange Guide*.¹

Tabla I.2 (cont.)

administrativa del gobierno que se podría denominar “distrito”, “condado” o “jurisdicción”. El programa de control de la tuberculosis puede escoger reunir o separar estas divisiones a fin de conformar unidades operativas manejables (en términos de población atendida, zona geográfica cubierta y servicios de laboratorio existentes). A escala internacional se recomienda que la unidad básica de gestión de cobertura a una población entre 50 000 y 150 000 habitantes o hasta 300 000 en las grandes ciudades.

Una unidad básica de gestión aplica la estrategia DOTS cuando todos los componentes del enfoque del control de la tuberculosis, internacionalmente recomendados, se encuentran operativos. Estos comprenden el compromiso político; el suministro ininterrumpido de medicamentos; el uso de la baciloscopia del esputo en el diagnóstico de casos de tuberculosis; las pautas estandarizadas de tratamiento acordado y la observación directa del tratamiento, como mínimo durante la fase inicial del tratamiento y durante toda fase que comprenda rifampicina en la pauta terapéutica; y la supervisión del término de tratamiento del 100% de los pacientes con tuberculosis.

Centro de tratamiento de la tuberculosis

Un centro de tratamiento de la tuberculosis se define como un establecimiento que ofrece pautas estandarizadas de tratamiento acordado a los pacientes con tuberculosis. Un centro de tratamiento DOTS comprende todos los componentes del enfoque del control de la tuberculosis, internacionalmente recomendados. Estos incluyen las pautas terapéuticas acordadas estandarizadas; la observación directa del tratamiento, como mínimo durante la fase inicial del tratamiento y durante toda fase que comprenda rifampicina en la pauta terapéutica; y la supervisión del término de tratamiento del 100% de los pacientes con tuberculosis.

Unidad de microscopia de tuberculosis

Una unidad de microscopia de tuberculosis se define como una unidad donde se practica la baciloscopia del esputo. Esta unidad debe contar con suministros adecuados y personal capacitado a la ejecución de las funciones propias al diagnóstico. Internacionalmente se recomienda que una unidad de microscopia de tuberculosis de cobertura a una población entre 50 000 y 150 000 habitantes. En la mayoría de los laboratorios corresponde a una carga de trabajo dentro de los límites recomendados entre 2 y 20 baciloscopias por día.

II. INTRODUCCIÓN DE LAS PRÁCTICAS ÓPTIMAS: CÓMO USAR ESTA GUÍA

El propósito de esta guía es que sirva como instrumento de elaboración, educación e investigación de las prácticas de atención, las cuales llevarán a su vez a la concepción de prácticas basadas en datos probatorios, con respecto al cuidado de pacientes con tuberculosis. Su objetivo es mejorar la calidad de la atención mediante un sistema de establecimiento de estándares y auditoría clínica.

1. Establecimiento de estándares

En un contexto de profesionales de enfermería, es útil establecer estándares referentes a las prácticas óptimas, a fin de aclarar las metas que se deben alcanzar en relación con la atención suministrada a los pacientes y a sus contactos cercanos. El establecimiento de estándares ofrece la oportunidad de planear la atención al paciente con base en la información existente (incluida la investigación y las guías), el ambiente local y los recursos al alcance. También aporta un medio objetivo para verificar si se han conseguido los objetivos propuestos, mediante la definición de resultados medibles.

Es primordial definir los “niveles de excelencia” y se espera que estos estándares se puedan usar como guía y adaptar a las condiciones locales. Es importante fomentar el sentido de pertenencia y promover la credibilidad profesional.⁶ Los estándares descritos en esta guía deben ser adaptables a los países de bajos ingresos, pero los mismos principios se pueden aplicar con el fin de establecer estándares adicionales que respondan a los servicios más amplios, ofrecidos en lugares que cuentan con recursos necesarios para ofrecer mayores opciones de diagnóstico y tratamiento.

El enfoque de Marsden sobre establecimiento de estándares,⁶ aplicado en la presente guía, ofrece un marco teórico que consiste en el enunciado del estándar, su fundamento, los recursos, la práctica profesional y los resultados (Tabla II.1). Este marco hace posible que los estándares se basen en la experiencia acumulada y se adecuen al ambiente local.

Tabla II.1 Marco teórico para el establecimiento de estándares⁶

Componente	Definición
Enunciado del estándar	Una declaración clara y concisa que resuma el nivel de la atención que se debe ofrecer a los pacientes con una necesidad o un problema definido
Fundamento	Respaldo necesario, basado en los datos probatorios existentes, con respecto al problema en cuestión y al nivel de atención que se quiere alcanzar
Recursos	<p>Aquello que se necesita con el fin de alcanzar el nivel definido de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal <ul style="list-style-type: none"> – conocimientos y aptitudes exigidas a los profesionales de la salud; – acceso a capacitación y educación pertinentes; – miembros requeridos en el equipo multidisciplinario; y – papel y función de la gestión en relación con el cumplimiento de los requisitos. • Equipo <ul style="list-style-type: none"> – acceso a los elementos requeridos: especializados y no especializados; – acceso a material impreso destinado a los pacientes; y – políticas y procedimientos al alcance del personal. • Ambiente <ul style="list-style-type: none"> – entorno de los pacientes (por ejemplo, privacidad, posibilidad de aislamiento, etc.) y – entorno del personal (por ejemplo, espacio de trabajo clínico y administrativo, almacenamiento, etc.)
Práctica profesional	<p>Elementos críticos de valoración, planeamiento, ejecución y evaluación</p> <p>Puesta en valor de aspectos específicos de la práctica profesional importantes en los problemas y necesidades del paciente</p>

Tabla II.1 (cont.)

Componente	Definición
Práctica profesional (cont.)	Sugerencias referentes a la designación de los proveedores de atención apropiados y a la remisión hacia ellos Documentación exigida en términos de registros de pacientes y con fines de evaluación
Resultado	Resultados previstos de la intervención planeada, que se pueden evaluar mediante <ul style="list-style-type: none">• la satisfacción del paciente,• la satisfacción del personal y• pruebas documentales

1.1 Elaboración de los estándares de prácticas óptimas en el campo del tratamiento de la tuberculosis

Los estándares descritos en el presente documento se basan en las prácticas óptimas vigentes en zonas con alta prevalencia de tuberculosis. Se elaboraron en colaboración con personal de enfermería experimentado, implicado en el cuidado de pacientes con tuberculosis y en coordinación con las medidas de control de la tuberculosis en el terreno. El objetivo de los estándares es aportar una orientación realista a las personas involucradas en la atención a los pacientes con tuberculosis en países de bajos ingresos y otros entornos con escasos recursos.

El personal de enfermería es con frecuencia el punto de enlace o el coordinador designado de la unidad para los programas de control de la tuberculosis y como tal, está implicado en otras actividades como la gestión de suministros, la preparación de los informes trimestrales y la promoción de la salud. Si bien existen recomendaciones sobre estos temas en otros documentos, no se ha definido claramente la atención centrada en el paciente en el contexto de la estrategia DOTS. Se confiere una atención especial a la necesidad de una documentación exacta, la cual es primordial en la buena atención al paciente y también en la gestión del desempeño mediante los informes trimestrales. Cada estándar reporta un resultado medible, el cual debe ser específico al entorno local y evaluado en forma periódica con fines de garantía de la calidad.

2. Auditoría clínica

La primera etapa en el mejoramiento de la calidad global de la atención al paciente es buscar los puntos fuertes y los puntos débiles del servicio existente. La auditoría clínica ofrece un enfoque sistemático de valoración de la práctica vigente con respecto a estándares acordados y de introducción de modificaciones con un procedimiento integrado de evaluación. Los profesionales de la salud que usen esta guía descubrirán que mucha parte de su práctica refleja cuanto se describe los estándares. La idea es reconocer las áreas que se pueden perfeccionar y preguntarse:

- ¿Cuáles son las prioridades a mejorarse?
- ¿Qué prioridades ofrecen la mejor posibilidad de mejoramiento de las prácticas en las circunstancias actuales?, por ejemplo, ¿qué capacidad de cambio existe?
- ¿Qué motivación existe para introducir cambios?

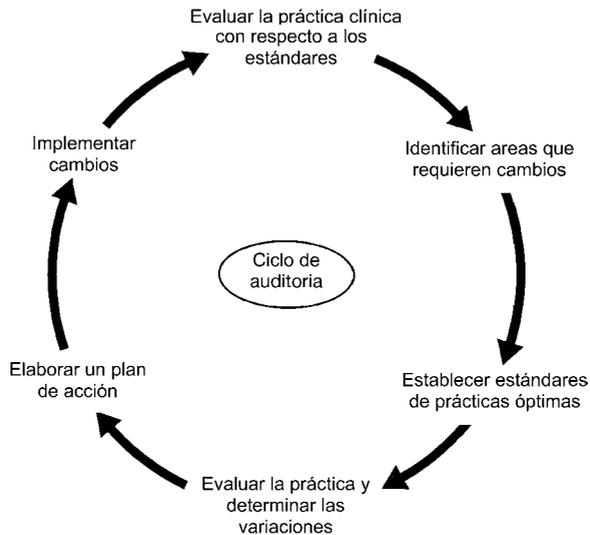
2.1 Componentes primordiales del procedimiento de auditoría clínica

Los componentes primordiales de la auditoría clínica son: el establecimiento de estándares basadas en datos probatorios, la evaluación de la práctica vigente con respecto a estos estándares, la detección de las insuficiencias, la promoción de la práctica para responder a las insuficiencias y la evaluación de las modificaciones aportadas con respecto a los estándares establecidos (Figura II.1). Se concibe como un procedimiento cíclico con el fin de destacar el hecho que la promoción de la práctica es un mecanismo dinámico y que el progreso precisa una reevaluación constante.

Es importante evaluar los puntos fuertes de un servicio y consolidarlos con el fin motivar al personal y respaldar las pequeñas modificaciones que puedan aportar mejorías en un corto período. Esta es la mejor forma de lograr con éxito las modificaciones en primera instancia y además de aportar confianza y entusiasmo al personal a fin de analizar otras áreas que precisan perfeccionamiento. El fracaso es más probable cuando las expectativas no son realistas o el desafío demasiado grande; el fracaso puede conducir a desmotivación y desmoralización del personal.

La envergadura de la tarea dependerá de un liderazgo fuerte, del apoyo local y de la capacidad y motivación del personal. Los estándares descritos en esta guía ofrecen las bases para el establecimiento de estándares locales para el cuidado de los pacientes con tuberculosis. Antes de comenzar a aplicar cualquiera de los estándares, es necesario identificar los elementos

Figura II.1 Ciclo de auditoría⁷



que precisan adaptación, de manera que el estándar en cuestión sea pertinente y comprensible dentro del contexto local (por ejemplo, verificar que la terminología corresponde al uso corriente). En el anexo 1: Herramienta de implementación, se presenta en forma esquemática, un instrumento de introducción basado en el ciclo de auditoría clínica.

2.2 Capacitación y establecimiento de las prácticas

La capacitación constituirá necesariamente una parte importante de este sistema, en caso de detectar vacíos en los conocimientos y las aptitudes esenciales. Sin embargo, en este enfoque holístico del establecimiento de prácticas se considera el medio en que se ejercen las prácticas, los recursos existentes y también las necesidades de capacitación. Con frecuencia se asume que un programa de formación modificará las prácticas, sin considerar realmente la situación de quienes lo reciben o los obstáculos que deberán afrontar cuando traten de instaurar las conductas recomendadas.

La educación participativa, incluido el trabajo y la discusión en grupos con seguimiento periódico puede ser más eficaz que el método tradicional de las aulas, donde el centro de atención es simplemente la difusión de la información.⁷ Los profesionales sanitarios que se ocupan de pacientes con tuberculosis saben que decirle a un paciente cómo tomar los medicamentos, sin tener en cuenta las dificultades que este puede encontrar al

hacerlo y sin ofrecerle apoyo alguno, suele conducir al incumplimiento terapéutico. Es igual de difícil para los trabajadores de la salud, modificar sus prácticas cuando no se tienen en cuenta las condiciones en las cuales tienen que laborar.

2.3 Prácticas basadas en evidencias

El procedimiento de emprender una valoración inicial, planear los cambios, ejecutarlos y realizar una evaluación se puede abordar como un proyecto preliminar y redactarlo en forma de artículo de investigación. Este artículo servirá como documentación a las prácticas basadas en evidencias (PBE) e incitará a otros a adoptar mecanismos similares.

3. Evaluación de la atención prestada a las personas afectadas por la tuberculosis

Con frecuencia, la evaluación puede plantear desafíos, en particular cuando el resultado difiere de lo esperado, pero es vital llevarla a cabo, a fin de determinar los aspectos que funcionan bien y aquellos deficientes y definir los posibles problemas que precisen respuesta. En ocasiones, un resultado no esperado puede llevar a una intervención o a un servicio más fuerte de lo previsto inicialmente. Podría ser atractivo ejecutar una intervención particular sin planearla, a fin de evaluarla, pues existen buenos indicios de que ha sido eficaz en otro lugar. El problema con ello es que la promoción de las prácticas óptimas mediante el establecimiento de estándares es específica del contexto y puede ser necesario modificar la intervención para que sea eficaz en un entorno diferente.⁸

En el control de la tuberculosis, el personal de enfermería recopila, en forma sistemática, datos referentes a la búsqueda de casos y a los resultados del tratamiento que podrían ser útiles en la evaluación de diferentes prácticas, por ejemplo:

- El análisis trimestral de cohortes aporta una retroalimentación periódica sobre el desempeño global del programa y puede destacar problemas con respecto a las tasas de conversión del esputo, los abandonos, etc. El coordinador de la unidad, encargado de realizar el análisis puede analizar los datos de resultados del tratamiento con los profesionales de la salud involucrados, a fin de aportar una visión más clara sobre lo que ocurre localmente, incluidas las fortalezas y debilidades del servicio.

- La comparación de los registros de laboratorio con los registros de tuberculosis puede evaluar la proporción de casos con baciloscopia positiva que comenzaron realmente el tratamiento y en qué tiempo.
- Los datos de resultados de tratamiento pueden destacar las tasas de abandonos, fracasos o fallecimientos.
- Las tarjetas de tratamiento de los pacientes pueden ilustrar la adherencia al tratamiento.

Básicamente, cuando se descubre un problema, se puede introducir una modificación de las prácticas y evaluar su repercusión usando los mismos datos y también considerando otros medios de evaluación, como la experiencia del paciente, la reacción del personal sanitario, etc., en función de quienes estén involucrados en el cambio.

III. IDENTIFICACIÓN DE UN CASO DE TUBERCULOSIS ACTIVA*

La fase de diagnóstico es crucial en la búsqueda eficaz de casos. En el momento en que una persona con síntomas acude a un establecimiento de salud, ya se ha percatado que tiene un problema y ha decidido buscar ayuda. Si esta persona recibe indicaciones confusas o un trato inadecuado, es posible que nunca regrese o que no siga ninguna de las instrucciones impartidas. Los dos estándares en esta sección están dirigidos a obtener un diagnóstico exacto, conservando al mismo tiempo la cooperación del paciente.

1. Estándar: Evaluación de un paciente sospechoso de tener tuberculosis

1.1 Enunciado del estándar

Se establece una buena relación con el paciente y se evalúan e investigan en forma apropiada los síntomas, signos y factores de riesgo asociados con la tuberculosis.

1.2 Fundamento

1.2.1 *Importancia del diagnóstico temprano*

Uno de los principales medios para luchar contra la tuberculosis es reconocer y tratar la enfermedad en sus etapas iniciales. Esto previene la diseminación de la tuberculosis, pues entre más pronto se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento de un paciente, más corto es el período en que permanece contagioso. Asimismo, el diagnóstico temprano ofrece ventajas físicas al paciente, pues el deterioro de los órganos aumenta cuando la enfermedad permanece más tiempo sin tratamiento.

1.2.2 *Detección de un caso sospechoso para investigación*[†]

Se recomienda que todos los pacientes con tos de 2 ó 3 semanas de evolución y más, realicen baciloscopias de esputo, ya que la tos crónica es el síntoma más frecuente de tuberculosis.⁹ Otros síntomas incluyen disnea, dolor torácico, pérdida de apetito, pérdida de peso, malestar, fatiga, sudores

* *Orange Guide* capítulos II y VI, anexo 1.

† *Orange Guide* capítulos II.B1 y 2.

nocturnos y fiebre. Estos síntomas son aún más indicativos de tuberculosis cuando el paciente ha tenido contacto con alguien, quien se sabe padece la enfermedad. Procurar que los profesionales de la salud posean un nivel adecuado de conocimiento sobre los síntomas de la tuberculosis evitará que pasen casos desapercibidos. Se debe tener especial cuidado cuando se valora a los niños, pues los síntomas pueden variar y es raro que tengan expectoración productiva, lo cual hace que en ellos el diagnóstico sea más difícil.‡

Nota: La aparición de farmacorresistencia de trascendencia clínica suele depender de un mal manejo de la tuberculosis por parte de los profesionales sanitarios y comporta consecuencias graves tanto para el paciente como para su comunidad. La prevención de la farmacorresistencia debe ocupar la prioridad más alta en el manejo de todo paciente con tuberculosis. El paso inicial más importante en la prevención de la resistencia es el tratamiento correcto del paciente que acude por primera vez al servicio de salud. Los pacientes con mayor riesgo, son aquellos que han recibido previamente tratamiento antituberculoso. Es primordial reconocer estos pacientes en forma correcta antes de administrarles un tratamiento y cerciorarse de que reciben una pauta de retratamiento.

1.2.3 Solicitud de los exámenes adecuados

Es importante solicitar las pruebas adecuadas a fin de ahorrar tiempo y dinero. El examen más eficaz en la detección de un caso contagioso de tuberculosis es el examen microscópico del esputo en busca de bacilos ácidoalcohol resistentes. La radiografía de tórax puede ser útil en el diagnóstico de pacientes con baciloscopia negativa, pero su interpretación puede ser poco fiable en el diagnóstico de tuberculosis activa.§

1.2.4 Evaluación de las actitudes y sentimientos del paciente con respecto a la tuberculosis

La tuberculosis puede ser una enfermedad que estigmatiza y es importante evaluar las actitudes y los sentimientos del paciente frente al hecho que pueda padecer esta afección, a fin de responder en forma adecuada. La respuesta del paciente ante la eventualidad de padecer la tuberculosis puede variar en función de:

- sus conocimientos o comprensión de la enfermedad, y
- toda experiencia personal, familiar o a través de amistades que hayan sufrido la enfermedad.

‡ *Orange Guide* capítulo II.B3.4 p 9–10.

§ *Orange Guide* capítulo II.B3.

1.2.5 Construcción de la confianza

Es necesario promover una buena relación desde el primer contacto con el paciente, de manera que tenga confianza en el servicio y confíe en la información recibida. Este aspecto es siempre primordial. El paciente que no cree que la tuberculosis se pueda tratar, puede no encontrar razones de volver a las citas posteriores. En zonas donde el paciente debe pagar por los exámenes, es muy importante que él comprenda la utilidad de las pruebas, especialmente la necesidad de más de un análisis del esputo.

1.3 Recursos

- El personal de los establecimientos sanitarios a donde acuden con frecuencia pacientes con síntomas de tuberculosis está vigilante a la tuberculosis y conoce la frecuencia de la enfermedad en la comunidad local.
- El personal de salud que evalúa al sintomático respiratorio:
 - ha sido encargado y capacitado para cumplir esta tarea;
 - conoce los signos y síntomas de la tuberculosis;
 - conoce el tratamiento antituberculoso disponible;
 - puede evaluar la respuesta de cada paciente a la posibilidad de padecer la tuberculosis y debe reaccionar apropiadamente; y
 - puede solicitar los exámenes correctos o remitir el paciente al establecimiento adecuado.
- El paciente que está muy enfermo se puede remitir a un médico apropiado.
- Existe la privacidad suficiente durante las consultas de valoración y seguimiento con el fin de mantener la confidencialidad del paciente.
- El paciente que precisa examen del esputo debe recibir instrucciones precisas y claras sobre el método de obtener muestras adecuadas y se debe hacer sentir cómodo y confiado en los servicios que se le proponen.
- El paciente debe recibir instrucciones precisas y claras sobre la forma y el sitio donde debe recuperar los resultados de sus exámenes.
- El tratamiento antituberculoso está accesible sin costo alguno y se debe insistir al paciente sobre este aspecto.

1.4 Práctica profesional

El personal de salud:

- Comenzará a establecer la relación con el paciente escuchando sus preocupaciones y evitando toda crítica.

- Dará confianza al paciente sobre la confidencialidad de toda su información personal.
- Recogerá los datos personales como el nombre, la dirección del domicilio y del trabajo, los números telefónicos de contacto, etc.
- Realizará una historia clínica completa, incluida la duración de los síntomas y la presencia de otras enfermedades.
- Evaluará la posibilidad de que el paciente padezca la tuberculosis.
- Explicará al paciente los exámenes que se llevarán a cabo y las razones para hacerlos.
- Informará al paciente cuándo puede obtener los resultados y la forma como se le comunicarán (en una cita posterior en el establecimiento de salud, una llamada telefónica por parte de un personal de salud, etc.).
- Verificará si cada paciente regresó a recoger sus resultados.
- Verificará semanalmente el registro de laboratorio y el registro de pacientes con tuberculosis, a fin de velar por que todos los pacientes con baciloscopia positiva inicien tratamiento.[†]
- Ofrecerá educación en salud pertinente:
 - Individual: Será sensible a la respuesta del paciente al hecho de estar en exámenes por tuberculosis, responderá a las preguntas en la forma más clara posible e insistirá sobre hecho de la existencia de un tratamiento eficaz sin costo alguno.
 - En grupo: Organizará sesiones de educación en salud a los pacientes en espera, con una sesión de preguntas y respuestas.

1.5 Resultado

Los pacientes recibirán sin tardar un diagnóstico y contarán ya en este momento con algún conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Los pacientes se sentirán en confianza en el servicio y lo demostrará el hecho que acudan a las citas de entrega de resultados y de seguimiento. El resultado se medirá mediante la correspondencia entre el registro del laboratorio y el registro de pacientes con tuberculosis.

“Toda persona con presunción clínica de tuberculosis debe tener un examen microscópico del esputo a fin de determinar si padece o no tuberculosis contagiosa.”[#]

[†] *Orange Guide* capítulo IV.A1 p 25.

[#] *Orange Guide* capítulo II.B3.

2. Estándar: Recolección de muestras de esputo para diagnóstico

2.1 Enunciado del estándar

El paciente recoge muestras de esputo de buena calidad, las deposita en el lugar apropiado oportunamente y regresa a recuperar los resultados.

2.2 Justificación

2.2.1 Muestras de buena calidad

Se precisan muestras de buena calidad, es decir muestras en cantidad suficiente (3 a 5 ml) que contengan material sólido o purulento,** con el fin de dar al técnico de laboratorio la máxima probabilidad de descubrir en el microscopio bacilos acido-alcohol resistentes y al servicio la posibilidad de detectar la mayor cantidad de pacientes contagiosos. Cuando la muestra es inadecuada (por ejemplo solo saliva), puede no ser posible detectar los bacilos, incluso cuando el paciente es contagioso.

2.2.2 Rotulación correcta de la muestra y diligenciamiento completo de los formularios de solicitud de baciloscopia

Una documentación exacta es primordial a fin de ahorrar tiempo y evitar los errores. Es esencial que se escriba la información correcta en el formulario de solicitud de la baciloscopia†† y que se rotule claramente el recipiente de la muestra, de manera que se evite toda confusión a la llegada de la muestra al laboratorio y en la recuperación de los resultados. Cuando ocurre un error durante este procedimiento, el paciente puede recibir resultados equivocados y un tratamiento inadecuado.

2.2.3 Reducción al mínimo de las demoras

Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios a fin de que las muestras lleguen al laboratorio y se examinen sin tardar. Este aspecto es esencial en la prevención de la diseminación de la tuberculosis. Una colaboración estrecha con el laboratorio tiene como efecto la rápida obtención de resultados y el comienzo más temprano posible del tratamiento correcto del paciente con baciloscopia positiva. Por ejemplo, cuando se espera que los pacientes recojan ellos mismos los resultados del laboratorio pueden ocurrir retrasos

** *Orange Guide* p 64.

†† *Orange Guide* anexo 2, formulario 1.

o se puede perder de vista a los pacientes. También es importante que el personal de salud encargado de la atención al paciente le comunique los resultados, en lugar del técnico de laboratorio. Así se procura al paciente una información exacta sobre el tratamiento y el cuidado proporcionado.

2.2.4 Establecer una buena relación con el paciente

En este momento, el paciente se puede sentir muy nervioso y bombardeado por la información. Es importante verificar que el paciente comprende el procedimiento y que puede plantear cualquier problema que pueda prever. Cuando el paciente se siente mal recibido o confuso existe un riesgo real de que no aporte las demás muestras. Comenzar a construir una buena relación con el paciente en esta etapa ayudará a obtener su cooperación en el futuro.

2.2.5 Seguridad del paciente y del personal

Tener en cuenta la seguridad de los pacientes y del personal sanitario es primordial en la reducción del riesgo de transmisión de la tuberculosis.^{††}

2.3 Recursos

- En un laboratorio operativo, con buenos suministros se pueden llevar a cabo diariamente exámenes microscópicos del esputo^{§§} con un sistema vigente de control de la calidad.
- El personal de salud encargado de solicitar los exámenes posee el conocimiento y cuenta con las aptitudes necesarias a fin de explicar al paciente cómo obtener buenas muestras de esputo, cuándo obtenerlas y dónde entregarlas.
- Se cuenta con recipientes apropiados a la recolección del esputo, de boca ancha, desechables y con tapa de rosca.
- Se cuenta con formularios de solicitud y registros de laboratorio que son diligenciados oportunamente por miembros del personal competentes.
- Existe un lugar de almacenamiento seguro de las muestras, cuando permanecen en el entorno clínico antes de remitirlas al laboratorio.
- Cuando el laboratorio no se encuentra en el mismo lugar, se debe contar con el transporte que entregue las muestras en forma segura y tan

^{††} *Orange Guide* capítulo VI anexo 1.

^{§§} *Orange Guide* capítulo IV.C.

rápido como sea posible. Cuando no se cuenta con transporte, se indica claramente al paciente dónde debe entregar las muestras.^{¶¶}

- Existe un sistema de recuperación rápida de los resultados, de preferencia una persona de la unidad de gestión que recoge los resultados en forma sistemática.
- Se designa a un miembro del personal que se encargue de coordinar el procedimiento y a un suplente que lo reemplace en su ausencia.
- Se mantiene una buena comunicación entre el laboratorio y la unidad de gestión.

2.4 Práctica profesional

Los profesionales de salud responsables de la recolección de las muestras de esputo deben convenir con los siguientes principios:

- Una muestra recolectada bajo la supervisión de una persona competente es probablemente de mejor calidad que una muestra recolectada sin supervisión.
- La recolección de la muestra de esputo se debe hacer al aire libre. De lo contrario, en una pieza bien ventilada, utilizada exclusivamente con este propósito; la muestra en horas tempranas de la mañana, la recoge el paciente en su domicilio y la entrega en el lugar apropiado.
- Es posible que el paciente prefiera no estar a la vista de otras personas cuando recolecta la muestra de esputo.
- Se deben enviar tres muestras de esputo (la primera en el momento de la consulta, la segunda muestra deberá ser recolectada por el paciente en su casa al despertarse por la mañana y la tercera, al entregar la segunda muestra instantánea; cuando el paciente está hospitalizado se deben tomar las tres muestras temprano en la mañana), acompañadas de los formularios de solicitud de baciloscopia. En algunos países, las guías nacionales exigen solo dos muestras.
- Se recomienda que la primera muestra sea “instantánea” y recogida bajo supervisión antes de que el paciente abandone el centro de salud.^{###} En la Tabla III.1 se presenta una guía paso a paso sobre los aspectos prácticos de este procedimiento. Los mismos principios se deben aplicar cuando se dan instrucciones al paciente a fin de que recolecten muestras

^{¶¶} *Orange Guide* capítulo VI.

^{###} *Orange Guide* capítulo II.B.3.1.

Tabla III.1 Prácticas óptimas en la recolección de muestras de esputo⁶

Rotulado

- Se rotula claramente en el cuerpo del recipiente antes de usarlo.
- Los datos deben comprender el nombre y código del establecimiento de atención, el nombre del paciente, la fecha de recepción de la muestra y el orden de la muestra: 1^{ra}, 2^{da} ó 3^{ra} (esta información puede variar pero debe ser homogénea).

Recolección de muestras de esputo

- Se explica al paciente la razón de recoger la muestra.
- Se explica al paciente cada etapa lenta e integralmente, en un lenguaje que él pueda comprender.
- Se invita al paciente a enjuagarse la boca con agua antes de expectorar la muestra en el recipiente, sobre todo si ha estado comiendo.
- Se entrega el recipiente rotulado al paciente.
- Se solicita al paciente que tenga cuidado de dirigir el esputo dentro del recipiente, a fin de evitar la contaminación del exterior y poder manipularlo en forma higiénica y segura.
- El personal de salud hace una demostración de una tos profunda, del fondo del pecho, comenzando con una inspiración profunda.
- El personal de salud supervisa la recolección, pero sin permanecer al frente de la persona que trata de recolectar el esputo.
- Se cierra con cuidado y firmemente la tapa del recipiente.
- El profesional de salud verifica la muestra delante del paciente y cuando es inadecuada (solo saliva), le solicita que tosa de nuevo y recoja más material.

Prevención de la transmisión

- El personal de salud supervisa la recolección, pero sin permanecer frente a la persona que trata de recolectar el esputo.
- El paciente y el profesional se lavan las manos con agua y jabón después de recolectar la muestra.

Tabla III.1 (cont.)

- La muestra se debe manipular con cuidado, habiendo cerrado firmemente la tapa.
- En condiciones ideales debe existir un espacio aislado, bien ventilado para la recolección de muestras de esputo, de preferencia por fuera del edificio y evitar el uso de los baños.
- Se debe tener cuidado durante el procesamiento y la eliminación de la muestra de esputo.***

Almacenamiento de la muestra de esputo

- La muestra se envía al laboratorio tan pronto como sea posible después de recogerla.
- Se consignan las fechas de recolección de la muestra y de envío de la misma al laboratorio.
- En caso de necesidad, se aconseja al paciente cómo almacenar la muestra de esputo en forma segura en el domicilio, a fin de evitar la contaminación, es decir cerrar firmemente la tapa y conservar el frasco fuera del alcance de los niños.

Documentación

- Se clasifica la muestra como de diagnóstico o seguimiento.
- Se completa el formulario de solicitud de baciloscopia en forma exacta y se anota claramente la razón de la solicitud, es decir si es de diagnóstico o de seguimiento y se indica el mes de tratamiento (usualmente segundo o quinto mes).†††
- Se completa en forma clara y exacta el registro de laboratorio.‡‡
- Se anota la fecha de toma de la muestra en el registro de laboratorio, el registro de tuberculosis y la tarjeta de tratamiento del paciente según sea conveniente.
- Se consignan las fechas de los resultados y los resultados mismos en forma oportuna y exacta en el registro de laboratorio, el registro de tuberculosis y la tarjeta de tratamiento del paciente según sea conveniente.

*** *Orange Guide* capítulo VI. anexo 1.

††† *Orange Guide* anexo 2, formulario 1.

‡‡ *Orange Guide* anexo 2, formulario 2.

en su domicilio, además de la información sobre la entrega de las muestras en el lugar adecuado, y en forma oportuna.

- Las muestras de esputo tomadas temprano en la mañana ofrecen la mejor oportunidad de llegar a un diagnóstico acertado.
- Cuando el paciente se encuentra muy enfermo, se debe remitir a un médico para valoración complementaria.
- Se asigna a una persona la gestión del mecanismo instituido de retroalimentación de los resultados y esta debe mantener una buena comunicación con el laboratorio a fin de reducir los retrasos. Los retrasos se reducen en forma considerable cuando el laboratorio informa los resultados directamente a alguien en la unidad de gestión y esta persona transmite la información.
- Cuando una o varias de las muestras de esputo resultan positivas, se registra la persona como un paciente con tuberculosis y se comienza el tratamiento (capítulo IV).
- Cuando todas las muestras son negativas para bacilos ácido-alcohol resistentes, pero persisten los síntomas, se debe remitir al paciente a un médico competente para valoración complementaria. Si entonces se establece el diagnóstico de tuberculosis, se registra el paciente como un caso con baciloscopia negativa y se comienza el tratamiento.

2.5 Resultado

Al laboratorio llegará la cantidad apropiada de muestras de esputo de buena calidad para investigación. Se contará con un sistema (que comprende un tiempo acordado entre la recepción de la muestra y el informe de los resultados) que garantice el informe exacto y sin retraso de los resultados. A partir del registro de laboratorio se podrá ver la cantidad de muestras examinadas por paciente y el porcentaje de resultados positivos de los pacientes que esperan el diagnóstico o el seguimiento. Existirá una correlación entre el registro de laboratorio, el registro de tuberculosis y la tarjeta de tratamiento del paciente.

IV. INICIO DEL TRATAMIENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE, A SUS FAMILIARES Y A SUS CONTACTOS CERCANOS*

El tratamiento debe comenzar lo más pronto posible después de establecer el diagnóstico, esto es, cuando uno o varios de los informes de laboratorio comunican baciloscopias positivas O cuando la presunción de tuberculosis es muy alta, el paciente está muy enfermo y ya ha sido valorado por un médico.† La atención descrita en los siguientes estándares se refiere al paciente que recibe tratamiento según una pauta recomendada por la OMS.^{2,3}

La investigación ha demostrado que la toma de medicamentos durante largos períodos siguiendo las instrucciones no corresponde a un comportamiento humano normal y que el paciente precisa apoyo a fin de completar con éxito el ciclo de tratamiento necesario de 6 a 8 meses.¹¹ Los estándares presentados en esta sección se centran en la prestación de apoyo físico, social y psicológico al paciente en el momento cuando se le comunica el diagnóstico y comienza el tratamiento. Su objetivo es utilizar al máximo las capacidades del paciente de cumplir con el tratamiento.

Es esencial que todos los pacientes en quienes se establece el diagnóstico de tuberculosis se registren en una unidad de gestión adecuada (véase la Tabla I.2), de manera que se pueda supervisar su progreso en forma sistemática y evaluar el desempeño del programa. Ciertos centros de tratamiento de tuberculosis pueden estar vinculados a una unidad de gestión o los pacientes pueden acudir directamente a la unidad de gestión con el fin de recibir la atención y el tratamiento continuos. Cualquiera que sea la organización de los servicios, todos los pacientes deben estar registrados en la unidad de gestión que cubre la zona donde se encuentra su centro de tratamiento. El coordinador de la unidad tiene a su cargo:

- Definir la unidad de gestión apropiada, donde se registrará al paciente (suele ser aquella donde se establece el diagnóstico, pero no siempre, especialmente en los grandes centros de tuberculosis de grandes ciudades)

* *Orange Guide* capítulo III.

† *Orange Guide* capítulo III.A1 p 12.

o en hospitales universitarios donde no existen unidades de gestión de tuberculosis).

- El registro del paciente en el registro de tuberculosis de la unidad de gestión.
- Mantener al día el registro de tuberculosis.
- Procurar que la ficha del paciente (cuando se usa) o la tarjeta de tratamiento[‡] se completen en forma correcta.
- Cerciorarse que se administren las pautas y las dosis correctas.
- Definir el centro de tratamiento donde se llevará a cabo la TDO correctamente.
- Velar por que todos los pacientes con baciloscopia positiva comiencen el tratamiento.
- Vigilar los abandonos y los sistemas de rastreo de pacientes inasistentes, incluido un sistema para aquellos pacientes con baciloscopia positiva que no se presentan (inasistentes o irregulares).
- Reportar los resultados de todos los pacientes cubiertos por la unidad de gestión.[§]

1. Estándar: Registro y atención a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis nuevos

1.1 Enunciado del estándar

Se registra cada paciente en forma adecuada, se comienza un regimen de tratamiento aprobado y se ofrecen consejos, apoyo e información prácticos en función de las necesidades y las preocupaciones individuales.

1.2 Justificación

1.2.1 Determinación de la unidad de gestión adecuada

En algunas grandes instituciones no existe una unidad de gestión de tuberculosis, pues no pueden ofrecer un buen seguimiento del tratamiento. Al establecer el diagnóstico en tales establecimientos, se debe definir inmediatamente la unidad de gestión a la cual se remitirá el paciente una vez dado de alta. De igual manera, en las grandes ciudades, algunos grandes centros de tuberculosis se pueden encontrar sobrecargados por la gran cantidad de

[‡] *Orange Guide* capítulo VII anexo 2 formulario 3.

[§] *Orange Guide* p 29.

pacientes. Este hecho plantea dificultades a la unidad que lucha por atender este número de pacientes y a los pacientes, que con frecuencia deben realizar desplazamientos importantes a fin de recibir atención. Los costos en términos de tiempo y dinero se pueden hacer prohibitivos para los pacientes, quienes encuentran difícil acudir al tratamiento y para la unidad, que carece de la capacidad de rastreo de los pacientes cuando no se presentan. Una vez que se establece el diagnóstico, se debe proponer a los pacientes la opción de remitirlos a una unidad de gestión que sea más conveniente para ellos y a su vez se disminuye la carga del gran centro. Este procedimiento se debe llevar a cabo sin demora.

Es primordial conservar en el centro de diagnóstico la información sobre los pacientes remitidos a una unidad de gestión (ya sea porque no se contaba con el tratamiento o por conveniencia para el paciente), a fin de contar con los medios para verificar que los pacientes están registrados y comenzaron tratamiento en la unidad de gestión adecuada. En condiciones ideales, esta información se debe conservar en el registro de laboratorio.

1.2.2 Documentación clara, exacta y oportuna

Toda la documentación, incluida en el registro de tuberculosis, la tarjeta de tratamiento y la ficha que lleva el paciente, se deben completar en forma clara y exacta. Entre más pronto se consigne la información, es más probable que sea exacta y se corre menos riesgo de omitir resultados u otros datos importantes.

Es importante obtener datos sobre la dirección del paciente y de un amigo cercano o un familiar, por conducto del cual se pueda entrar en contacto con el paciente. Entre más pronto se consigne esta información es mejor, en caso por ejemplo que el paciente no acuda y se precise encontrarlo (véase estándar V.2). Como algunos pacientes se pueden mostrar renuentes a dar una información exacta en un principio, pero pueden hacerlo cuando han adquirido confianza en el servicio, puede ser útil verificar periódicamente si alguno de los datos ha cambiado o debe cambiar en el futuro.

1.2.3 Definir y registrar la categoría adecuada de tratamiento y la dosis de los medicamentos

Cuando el tratamiento antituberculoso es inadecuado puede aparecer farmacoresistencia. Es primordial investigar si el paciente ha recibido tratamiento antituberculoso previo, pues esto determinará el tipo de

tratamiento que necesita. Los pacientes se clasifican en función de la pauta terapéutica que requieran^{2,3} y su categoría se debe consignar claramente en la tarjeta de tratamiento y en el registro de tuberculosis. Esta clasificación no solo garantiza que el paciente recibe el tratamiento correcto, sino que es también importante para el informe trimestral sobre la evolución de los pacientes y el desempeño del programa.[†]

1.2.4 Ofrecimiento de la prueba del virus de inmunodeficiencia humana

Dada la asociación estrecha que existe entre la tuberculosis y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se recomienda ofrecer a todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis la prueba diagnóstica del VIH, a fin de que reciban tratamiento por ambas enfermedades, según sus necesidades. Este aspecto se comenta más detalladamente en el capítulo VII.

1.2.5 Valoración de las necesidades sociales y psicológicas del paciente

Los pacientes recién diagnosticados con tuberculosis pueden estar muy ansiosos con el diagnóstico. La tuberculosis es con frecuencia una enfermedad que estigmatiza y lleva a los pacientes a sentirse rechazados y aislados. Es primordial que los pacientes comiencen a comprender su enfermedad y su tratamiento, a fin de evitar los riesgos señalados en la Tabla IV.1. Es fundamental evaluar integralmente cada paciente con el objeto de demostrarle interés como persona y por el hecho de padecer la tuberculosis, de manera que se pueda planear una atención adecuada para él.

1.2.6 Valoración de los conocimientos y la comprensión que el paciente tiene de la tuberculosis

Cada paciente posee un nivel diferente de conocimientos y comprensión de la tuberculosis, según lo que ya ha escuchado o si ha conocido a alguien que ha padecido la enfermedad. Es importante averiguar cuánto sabe con el fin de aportar la información que necesita, corregir las ideas equivocadas y concentrarse en los aspectos que más lo preocupan. Un personal de salud motivado que comparte y explica claramente la información sobre temas que ayuden al paciente a mejorar la adherencia al tratamiento. El empleo de materiales visuales apropiados puede ser útil, pero nunca debe reemplazar la entrevista directa; el volumen de información cubierto cada vez será en función de las necesidades y las preocupaciones del paciente.

[†] *Orange Guide* capítulo V.C.1.

Tabla IV.1 Reacciones emocionales posibles a la comunicación del diagnóstico de tuberculosis y respuestas útiles

Reacciones emocionales posibles	Respuestas útiles
Los pacientes se sienten intimidados	<p>Crear un ambiente acogedor</p> <p>Demostrar interés por las preocupaciones del paciente</p>
<p>Temor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tomar los medicamentos • morir • las reacciones adversas a los medicamentos • la experiencia de la tuberculosis • contagiar a otros • rechazo y discriminación • pérdida del empleo • pérdida del alojamiento • ser infectado por el VIH 	<p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> • al paciente • a la familia • en el puesto de trabajo • a las comunidades • investigación de contactos
Negación y rechazo	<p>Información y apoyo (identificar otras personas importantes, por ejemplo miembros de la familia, que puedan también dar apoyo)</p>
Otras prioridades diferentes a la enfermedad	<p>Ofrecer apoyo tangible, dar respuesta a los problemas identificados por el paciente</p>
<p>Trastorno emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • culpa • rabia 	<p>Abordar los sentimientos</p> <p>Verificar la comprensión y la respuesta a los mensajes impartidos (al paciente y a la familia)</p>
<p>Comorbilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección por el VIH y SIDA 	<p>Trabajar con otros servicios, cuando estos existen</p> <p>Informar al paciente sobre los servicios locales que pueden prestarle ayuda</p> <p>Proponer la prueba y orientación sobre el VIH, y apoyo y atención continuos</p>
<p>Falta de apoyo social</p> <ul style="list-style-type: none"> • por ejemplo los pacientes que viven solos 	<p>Buscar apoyos posibles en amistades, familia, grupos comunitarios, etc.</p>

1.2.7 Continuar construyendo una buena relación

Recibir el diagnóstico de tuberculosis puede constituir un hecho muy traumático en la vida de una persona y plantear muchos desafíos que se deben superar. Una buena relación se puede construir **escuchando atentamente** al paciente. Al inicio del tratamiento, es importante adjudicar un tiempo destinado a ofrecer a los pacientes orientación sobre su enfermedad, el tratamiento administrado y sobre la forma como el diagnóstico y el tratamiento pueden afectar su estilo de vida. Esto estimulará la asistencia a las citas de tratamiento y de seguimiento. Cuando los pacientes perciben al personal como poco amable o demasiado ocupado para prestarles atención, es poco probable que deseen volver. Dedicarle tiempo a los pacientes al comienzo, puede ahorrar tiempo a largo plazo, al evitar la asistencia irregular a las citas, los abandonos, los fracasos terapéuticos y los tratamientos prolongados.

1.3 Recursos

- En los lugares donde la mayor parte de pacientes tienden a acudir a un gran centro de tuberculosis de renombre, se debe establecer un sistema que ofrezca a los pacientes diagnóstico de tuberculosis y la opción de manejo en una unidad de gestión, donde acudirían para continuar el tratamiento. Luego, estos pacientes se deben remitir a la unidad de gestión a fin de registrarlos y comenzar el tratamiento. El coordinador regional debe supervisar el sistema de referencia con el objetivo de verificar que las personas remitidas llegaron y fueron registradas en la unidad de gestión adecuada.
- Las tarjetas de tratamiento y los registros de tuberculosis deben estar al alcance y el personal de salud debe contar con los conocimientos necesarios para completarlos en forma clara, oportuna y exacta.[#]
- Se precisan buenas aptitudes de comunicación (Tabla IV.2) a fin de:
 - evaluar los conocimientos que tiene el paciente sobre la tuberculosis y su tratamiento;
 - aportar al paciente información exacta en función de sus necesidades y capacidad de comprensión;
 - demostrar que el servicio se preocupa por el paciente; e
 - incitar al paciente a que regrese según lo acordado.

[#] *Orange Guide* Anexo 2 Formularios 3 y 4.

Tabla IV.2 Claves de una buena comunicación

- Escuchar atentamente.
- Usar preguntas abiertas, que comienzan por ejemplo con “qué”, “cómo”, “por qué”, etc., a fin de provocar respuestas más completas.
- Pensar las cosas desde el punto de vista del paciente.
- Escuchar y respetar las creencias, valores, costumbres y usos.
- Trabajar con el paciente a igualdad, como entre colaboradores.
- Sonreír y mirar al paciente cuando él habla y cuando se le dirige la palabra.
- Verificar con el paciente que si entendió lo que él dijo, repitiéndole un resumen de lo escuchado.
- Adoptar una visión a largo plazo.
- Usar el contacto directo (por ejemplo, apretando o dando la mano) cuando sea conveniente con el propósito de dar confianza o demostrar apoyo.

- Los profesionales de salud encargados del diagnóstico de la tuberculosis poseen la competencia para escoger la categoría correcta de tratamiento y comenzar la pauta terapéutica adecuada.
- El personal de salud posee conocimientos suficientes sobre la enfermedad y su tratamiento, a fin de evaluar el grado de información requerida por el paciente y responder a sus preguntas en forma exacta.
- Los profesionales de salud tienen a su alcance las publicaciones de referencia apropiadas, con respecto a la tuberculosis y a su tratamiento.
- Existe información de apoyo en forma de folletos en los idiomas adecuados, que se puede suministrar al paciente a fin de reforzar los mensajes principales.
- Alguien está a la disposición del paciente cuando éste presenta un problema o necesita orientación y el paciente cuenta con información clara sobre cómo obtener ayuda en caso de necesidad.

1.4 Práctica profesional

- Los pacientes diagnosticados en unidades de gestión localizadas en grandes instituciones centrales deben tener la opción de acudir a una

unidad que sea más conveniente, donde se puedan registrar para su manejo, con lo cual se contribuye a que completen el tratamiento. Los pacientes solo deben tener la opción de escoger la unidad de gestión a partir de una lista oficial y una vez tomada la decisión, deben recibir información clara y exacta sobre la necesidad de registrarse en esa unidad y comenzar el tratamiento tan pronto como sea posible. Es primordial que el personal de salud implicado en esta conversación inicial responda a todas las preguntas que pueda tener el paciente y se asegure que él comprende lo que se debe hacer a continuación y cuales son las razones. Este profesional debe también consignar la unidad de gestión a la cual se remitió el paciente, de preferencia en el registro de laboratorio y en el registro de transferencias, según el sistema que utilicen localmente.

- El personal de salud de la unidad de gestión donde se registra al paciente debe llevar a cabo una valoración inicial de la experiencia que tiene el paciente con la tuberculosis, de la familia, de las redes de apoyo y de los sentimientos sobre el tratamiento y sus posibles resultados. En la Tabla IV.3 se exponen los temas y las preguntas que debe abarcar la entrevista inicial con un paciente recién diagnosticado con tuberculosis.
- Se suministra información y apoyo al paciente según sus necesidades individuales y procurando que él entienda: cómo se disemina la tuberculosis; cómo se trata; el hecho de que el tratamiento no tiene costo alguno; la importancia de un tratamiento regular, supervisado y completo; cuándo y cómo obtener ayuda; y la diferencia entre los efectos colaterales nocivos y los efectos inocuos de los medicamentos.
- El personal de salud debe analizar las expectativas del período de tratamiento, detectar los posibles obstáculos para completar el tratamiento, transmitir el sentimiento de apoyo emocional y determinar si el paciente necesita tomar sus medicamentos en un “centro de tratamiento de la tuberculosis” diferente de la misma unidad de gestión.
- El paciente y el personal de salud acuerdan un plan de atención con base en las necesidades y preocupaciones individuales del paciente.
- Se atribuye la categoría apropiada al paciente y se registra en forma correcta.**
- Se completan el registro de tuberculosis y la tarjeta de tratamiento del paciente con toda la información necesaria, que comprende fechas, datos de los contactos, datos de la unidad, localización de la enfermedad,

** *Orange Guide* Capítulo IV.D1.2.

Tabla IV.3 Temas que se deben abordar en las entrevistas iniciales con el paciente

Tema	Preguntas
Conocimientos sobre la tuberculosis	<p>¿Qué le han dicho sobre su diagnóstico?</p> <p>¿Cómo cree que las personas contraen la tuberculosis?</p> <p>¿Qué sabe sobre la tuberculosis?</p>
Antecedentes de tratamiento antituberculoso, problemas del tratamiento previo, riesgo de repetir el abandono	<p>¿Ha recibido alguna vez tratamiento contra la tuberculosis en el pasado?</p> <p>En caso positivo, ¿dónde, cuándo y durante cuanto tiempo?</p> <p>¿Qué medicamentos recibió para tratar la tuberculosis?</p> <p>¿Cómo fue?</p> <p>¿Tuvo algún problema?</p>
Conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso Nota: Es necesario advertir a las pacientes mujeres sobre las interacciones medicamentosas entre la rifampicina y los anticonceptivos orales	<p>¿Qué sabe sobre el tratamiento para la tuberculosis?</p> <p>¿Qué piensa que pasaría si no recibe tratamiento?</p> <p>¿Cómo haría para tomar los comprimidos en forma regular?</p> <p>¿Sabe que el tratamiento no tiene costo alguno?</p>
Conocimientos sobre posibles efectos colaterales de los medicamentos Nota: Es necesario advertir a los pacientes que la orina tomará un color rojo, que es normal y sin consecuencias	<p>¿Ha sufrido algún efecto adverso cuando ha tomado medicamentos?</p> <p>¿Qué piensa de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso?</p>
Actitud frente al diagnóstico	<p>¿Cómo se siente con respecto al diagnóstico de tuberculosis?</p> <p>¿Qué pensará la familia y los amigos cercanos?</p>

Tabla IV.3 (cont.)

Tema	Preguntas
<p>Obstáculos posibles al manejo: factores del estilo de vida, costos, distancia entre el establecimiento de salud y el domicilio, horarios de atención</p>	<p>¿Tiene usted algún otro problema de salud actualmente? En caso positivo: ¿Cuál? ¿A quién pregunta usted sobre su salud? ¿Dónde vive en este momento? ¿Cuánto tiempo podrá permanecer allí? ¿Cómo llega usted hasta la consulta? ¿Cuánto tiempo le toma? ¿Cuánto cuesta? ¿Tiene usted personas dependientes (niños pequeños, ancianos, parientes enfermos)? ¿Tiene trabajo o está desempleado? ¿Le parece que tendrá problemas para acudir a las citas? ¿Toma usted alcohol, fuma cigarrillos o consume drogas con regularidad? (Se examinará a fondo más tarde en la valoración) En caso positivo, ¿quisiera recibir alguna ayuda? o no.</p>
<p>Apoyo social existente: familia, amigos, comunidad</p>	<p>¿A quién puede acudir en caso de tener problemas (personal sanitario, familia, amigos)? ¿Cómo podemos ayudarle?</p>
<p>Conclusión</p>	<p>¿Tiene preguntas o inquietudes? ¿Qué hará a continuación? Recordar al paciente de comunicarse con el personal de enfermería sobre: – efectos adversos del tratamiento; – planes de viaje; – medicamentos adicionales para otras enfermedades; y – cualquier circunstancia que pueda interferir con su tratamiento.</p>

Nota: La investigación de los contactos se aborda en el estándar IV.3.

resultados, categoría de tratamiento, pauta terapéutica y centro de tratamiento de tuberculosis para la TDO.^{††}

- Se examina periódicamente al paciente en los intervalos acordados con respecto a las repercusiones de la tuberculosis y del tratamiento en él mismo y en su familia.

1.5 Resultados

Los pacientes estarán registrados en forma exacta en una unidad de gestión y se consignará correctamente toda la información, incluidos los resultados, en la tarjeta de tratamiento y en el registro de tuberculosis. Los pacientes habrán comprendido su enfermedad, su tratamiento y dónde pueden acudir en caso de necesitar ayuda. La evaluación inicial aportará las bases de un plan de atención centrado en el paciente, con el cual se reducirán al mínimo los obstáculos al tratamiento y se escogerá el mejor centro de tratamiento de tuberculosis, donde habrá de administrarse la TDO. El éxito de este estándar se puede medir comparando la información del registro de tuberculosis con aquella de la tarjeta de tratamiento del paciente y la del registro de laboratorio, con las tasas de abandono en la fase intensiva del tratamiento y con la retroalimentación directa proveniente de los pacientes.

2. Estándar: Inicio del tratamiento—organización del tratamiento directamente observado durante la fase intensiva

2.1 Enunciado del estándar

El TDO se organizará en la forma más práctica y fiable posible, tomando en consideración las necesidades y los deseos del paciente y los recursos locales.

2.2 Justificación

2.2.1 Tratamiento directamente observado

El TDO es un mecanismo concebido con el fin de: 1) ayudar al paciente a terminar el ciclo completo de tratamiento antituberculoso y 2) verificar la toma de medicamentos por parte del paciente. Se recomienda administrar

^{††} *Orange Guide* Anexo 2 Formularios 3 y 4.

el TDO durante la fase intensiva del tratamiento a todos los pacientes con baciloscopia positiva y durante la fase de continuación en las pautas que contienen rifampicina y durante toda la pauta de retratamiento, pues se ha demostrado que reduce la aparición de farmacorresistencia.⁹

2.2.2 Reducción al mínimo de los costos para el paciente, encontrando el centro de tratamiento más conveniente donde se administrará el TDO

Es primordial mantener tan bajos como sea posible los costos para el paciente. Si bien el tratamiento se suministra en general sin costo alguno, el transporte puede resultar costoso y el tiempo necesario para acudir a recibir la TDO puede interferir con los compromisos laborales o familiares. Al reducir estos costos, se ayudará al paciente a cumplir con su tratamiento. Esto se puede lograr encontrando el centro de tratamiento de tuberculosis más accesible para que el paciente acuda. Es importante que el paciente escoja el centro de tratamiento que puede estar cerca de su domicilio o de su trabajo o donde le sea práctico por alguna otra razón.

Nota: Algunos pacientes prefieren acudir a un establecimiento a una cierta distancia de su domicilio con el objeto de conservar el anonimato.

2.2.3 Verificar que quienes están encargados de administrar el TDO posean las capacidades, conocimientos y apoyo necesarios para hacerlo

El TDO se debe administrar en una forma atenta y comprensiva. Cuando la persona encargada de administrarlo no comprende, por ejemplo, cuál es su función, se muestra poco amable o no escucha cuando el paciente tiene inquietudes, el paciente puede perder la motivación y dejar de acudir a recibir su tratamiento. Asimismo, cuando el encargado no recibe apoyo y supervisión adecuados, se puede sentir desmotivado y ofrecer al paciente información engañosa.

2.2.4 Mantenimiento de una buena relación con el paciente

Es muy importante informar al paciente sobre las diferentes opciones de TDO que puede ofrecerle la unidad de gestión. La opción escogida debe ser realista para los profesionales sanitarios y para los pacientes, pues de otra manera no será exitosa. Los profesionales de salud deben hacer hincapié en el aspecto del apoyo más que en la supervisión, con el fin de estimular la cooperación del paciente.

2.2.5 Documentación de la ingesta de medicamentos

Cada dosis de medicamentos ingerida por el paciente y cada resultado de baciloscopia se deben consignar inmediatamente en la tarjeta de tratamiento del paciente, de manera que se pueda evaluar la evolución del paciente y se pueda detectar diariamente su ausencia al tratamiento.

2.3 Recursos

- Cualquiera que sea la forma como se organiza el TDO, debe ser realista, manejable y sostenible para el paciente y para la unidad de gestión en la cual está registrado.
- Todas las disposiciones referentes a la administración del TDO en centros de tratamiento de tuberculosis por fuera de la unidad de gestión deben estar definidas claramente en las recomendaciones y políticas locales, nacionales o ambas.
- Se debe vincular directamente al paciente, tanto como sea posible, en las opciones que se tomen sobre las disposiciones sobre su tratamiento, a lo cual se debe preparar adecuadamente.
- La persona que observa el tratamiento debe conservar la tarjeta de seguimiento del tratamiento y debe estar en capacidad de completarla en forma clara, exacta y oportuna.**
- Las alternativas a la administración del tratamiento antituberculoso en la unidad de gestión variarán en función del entorno local y de los recursos existentes. Sin embargo, se debe conservar el principio de la necesidad de que una persona capacitada y supervisada observe al paciente ingiriendo sus medicamentos.⁹

2.3.1 Alternativas posibles de administración del TDO por fuera de la unidad de gestión

Un paciente puede recibir el TDO por fuera de la unidad de gestión, siempre y cuando se respete el principio que una persona capacitada y supervisada lo observe cuando ingiere sus comprimidos.⁹ El paciente puede acudir diariamente a un centro de tratamiento de tuberculosis a fin de recibir su tratamiento de un personal de salud. Puede existir una serie de centros de tratamiento de tuberculosis designados que ofrezcan el TDO y el paciente se debe remitir al más conveniente para él, esto es, el que él escoja. Se pueden

** *Orange Guide* anexo 2 formulario 3.

tomar otras disposiciones en función del contexto local, pero únicamente cuando la unidad de gestión pueda ejercer una supervisión periódica.

2.3.2 Personal encargado de la observación directa del tratamiento

Las personas designadas para llevar a cabo el TDO deben ser nombradas, capacitadas y apoyadas mediante visitas periódicas, a fin de ayudarles a emprender su tarea con un alto nivel de calidad. En la mayoría de los casos, esto implica visitas mensuales por parte del coordinador de la unidad.

2.3.3 Designación de la persona apropiada

La persona encargada de la observación directa del tratamiento debe:

- ser aceptable para el paciente;
- expresar su buena disposición para la tarea;
- ser responsable y atenta;
- ser capaz de respetar la confidencialidad;
- mostrar dedicación a una ocupación;
- estar preparada a ampliar sus conocimientos tomando parte en cursos de capacitación y actualización; y
- comprender el sentido del trabajo.

2.3.4 Capacitación

La capacitación de la persona encargada de la observación directa debe estar claramente definida, estandarizada y ser periódica.

La persona designada tendrá conocimientos sobre:

- la transmisión de la tuberculosis y la evolución de la enfermedad;
- el tratamiento antituberculoso y sus posibles efectos adversos; y
- el momento de remitir el paciente de nuevo a la unidad de gestión apropiada.

La persona designada será capaz de:

- observar y consignar la ingesta de medicamentos, según lo formulado;
- buscar a los pacientes cuando falten al tratamiento (al día siguiente);
- recordar a los pacientes las citas en el consultorio;
- brindar apoyo y estimular a los pacientes;

- remitir de nuevo los pacientes a la unidad de gestión cuando surja un problema;
- remitir los casos con presunción de tuberculosis al establecimiento sanitario local apropiado;
- suscitar interés sobre la tuberculosis en la comunidad y el puesto de trabajo; y
- acudir a las actualizaciones de la capacitación.

2.3.5 Supervisión

Como quiera que se haya organizado el TDO, se deben conservar buenos vínculos con la unidad de gestión. El paciente seguirá acudiendo a sus citas de seguimiento y el coordinador de la unidad realizará visitas periódicas de apoyo (como mínimo una vez al mes) a la persona que tiene a su cargo la observación directa del tratamiento. Se debe instaurar un mecanismo que permita detectar, informar y resolver cualquier problema tan pronto como sea posible. Los coordinadores deben contar con medios de transporte que les permitan las visitas mensuales de supervisión. Cuando no es posible organizar una supervisión adecuada, no se deben tomar disposiciones para administrar el TDO por fuera de la unidad de gestión.

En TODAS las circunstancias, la responsabilidad del cuidado de los pacientes, incluida la observación directa del tratamiento, reside en la unidad local de gestión y en su personal.^{§§}

2.4 Práctica profesional

- Cuando el paciente comienza el tratamiento se valoran sus necesidades y circunstancias.
- El TDO se organiza teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias del paciente y los recursos del servicio.
- Se debe practicar una negociación cuidadosa con las personas implicadas y un plan claro sobre las responsabilidades de cada quien.
- El coordinador de la unidad aporta supervisión y apoyo mensual a la persona encargada de observar el tratamiento del paciente.
- El coordinador de la unidad tiene la responsabilidad final del éxito del tratamiento.

^{§§} *Orange Guide* capítulo III.A3.

- Se debe mantener una buena comunicación entre todas las personas involucradas en el cuidado de un paciente con tuberculosis, desde la unidad de gestión hasta la consulta hospitalaria y la persona designada para emprender la observación directa del tratamiento.

2.5 Resultados

Se ha instaurado con éxito el TDO. Esto se puede demostrar mediante las tarjetas de tratamiento, que comportan el registro de cada dosis recibida y la notificación de cada falla.

3. Estándar: Investigación y seguimiento de los contactos

3.1 Enunciado del estándar

La investigación y el seguimiento de los contactos se llevan a cabo según los protocolos locales acordados.

3.2 Justificación

3.2.1 Identificación de los contactos vulnerables

Se recomienda la investigación de los contactos más cercanos al paciente, pues son quienes se encuentran en mayor riesgo de infección tuberculosa. El mecanismo varía según los recursos existentes, pero como mínimo, se debe investigar a toda persona con síntomas que habita el mismo domicilio de un paciente con tuberculosis y baciloscopia positiva. Los niños menores de 5 años y toda persona infectada por el VIH presentan el más alto riesgo frente a la exposición a un paciente bacilífero y deben ser prioritarios en la investigación.¹¹

3.2.2 Identificación de casos activos

La investigación de los contactos constituye el medio más eficaz de detección de casos, pues las personas más cercanas a un caso recién diagnosticado de tuberculosis con baciloscopia positiva tienen la mayor probabilidad de ser infectados o padecer ellos mismos la enfermedad activa.¹²

La investigación puede descubrir la persona de quien se contrajo la enfermedad, la cual puede desconocer su enfermedad y estar aún sin trata-

¹¹ *Orange Guide* capítulo III.C.

miento y ser contagiosa. Aunque es siempre una posibilidad, es infrecuente encontrar la fuente de la tuberculosis en el adulto, pues el paciente pudo adquirir la infección en cualquier otro momento de su vida. Sin embargo, cuando el paciente es un niño, es posible que haya sido infectado recientemente por un adulto con tuberculosis activa, como un miembro del domicilio, un pariente cercano o un amigo de la familia.

3.2.3 Educación

La investigación como mínimo de los contactos domiciliarios aporta una oportunidad valiosa de educar a las personas que podrían haber adquirido la infección tuberculosa, de manera que puedan reconocer los signos y síntomas y buscar la ayuda y el tratamiento necesarios en caso de presentar la enfermedad en el futuro. Esto es importante también donde no se cuenta con recursos para investigar más allá del domicilio del paciente. Se deben dar los medios y estimular al paciente a hablar sobre su enfermedad con quienes ha estado en contacto y que presentan signos y síntomas de la enfermedad.

3.2.4 Tratamiento preventivo

El tratamiento de la infección tuberculosa latente con el fin de prevenir la aparición de la enfermedad activa tiene su máxima eficacia en los niños y en otras personas vulnerables infectadas por el paciente. El tratamiento consiste en dosis diaria de 5 mg/kg de isoniacida durante un mínimo de 6 meses.^{##} Se debe descartar toda posibilidad de enfermedad activa antes de comenzar el tratamiento preventivo, a fin de evitar la posibilidad de un tratamiento parcial, que puede llevar a la creación de farmacorresistencia.

Donde se cuenta con esta posibilidad, la prueba cutánea a la tuberculina permite detectar la tuberculosis latente y se puede ofrecer el tratamiento preventivo a quienes tienen el mayor riesgo de presentar la enfermedad. Cuando no se tiene la tuberculina al alcance, La Unión recomienda que en caso de ausencia de enfermedad activa, se ofrezca el tratamiento preventivo a todos los niños menores de 5 años que viven en el mismo domicilio de un paciente con tuberculosis y baciloscopia positiva. Los datos científicos demuestran que este es el método más eficaz y eficiente de prevenir la tuberculosis en los niños.¹²

^{##} *Orange Guide* p 23.

3.2.5 Sensibilidad y discreción

Con frecuencia el seguimiento de los contactos puede representar una experiencia traumática para el paciente, quien se puede sentir expuesto y vulnerable, dado el carácter estigmatizante de la tuberculosis; por esta razón es esencial manejar todo el procedimiento con toda la sensibilidad y discreción posibles. Se deben hacer todos los esfuerzos por conservar la confidencialidad del paciente. En algunos casos, los pacientes pueden no querer comunicar su diagnóstico al cónyuge ni a su familia cercana. En otros casos, los pacientes se pueden sentir culpables de haber infectado personas cercanas a ellos. Para algunos, será fuente de tranquilidad que se investigue a sus allegados y puedan recibir el tratamiento que necesitan. Como se comentó anteriormente, las reacciones al diagnóstico de tuberculosis pueden diferir considerablemente y es importante valorar cada paciente en forma individual, con el objeto de ofrecerle el nivel apropiado de apoyo y confianza.

3.3 Recursos

Es primordial preguntar al paciente si en su domicilio viven niños menores de 5 años y además, si alguna persona cercana a ellos presenta signos o síntomas de tuberculosis.*** Estas personas se pueden examinar luego y tratar como corresponda.

- Los pacientes con tuberculosis aprenden a reconocer a las personas que podrían tener síntomas de la enfermedad, y si han recibido un buen tratamiento, apoyo e información, ellos estimularán a los demás a buscar ayuda. De esta manera, los pacientes se pueden convertir en un recurso vital en la detección de casos de tuberculosis.
- Se precisa tiempo y espacio para una conversación confidencial con el paciente sobre la importancia de descubrir otras personas en su entorno cercano que puedan haber contraído la infección tuberculosa, en particular los niños menores de 5 años y cualquier persona que conozcan con infección por el VIH.
- Los profesionales de salud implicados en el cuidado de pacientes con tuberculosis deben comprender la enfermedad y los mecanismos de su transmisión, con el fin de evaluar en forma exacta los niveles de riesgo y establecer las prioridades entre quienes precisan investigación.
- El paciente, su familia y los amigos cercanos necesitarán ser tranquilizados y recibir información clara y exacta sobre la tuberculosis y sobre

*** *Orange Guide* capítulo III.C.

lo que podría ocurrirles al entrar en contacto con la enfermedad. Algunos de ellos se investigarán y recibirán eventualmente tratamiento preventivo o completo. A otros, simplemente se suministrará orientación y razones de estar tranquilos y se incitarán a buscar ayuda en caso de presentar síntomas.

3.4 Práctica profesional

Se recomienda que todo niño menor de 5 años sintomático que vive en el mismo domicilio de una persona con diagnóstico reciente de tuberculosis con baciloscopia positiva reciba tratamiento completo. Todos los demás niños menores de 5 años del domicilio deben recibir tratamiento preventivo.^{†††}

El personal de salud que tiene a su cargo un paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis debe:

- Evaluar cuidadosamente al paciente con respecto al ambiente domiciliario, a fin de establecer el número de contactos, los posibles casos activos y aquellas personas con alto riesgo de infección.
- Ejercer buenas aptitudes de comunicación, a fin de explicar el procedimiento de rastreo e investigación de contactos y responder adecuadamente a las inquietudes del paciente.
- Mantener un diálogo abierto sobre los posibles contactos durante todo el tratamiento del paciente y mejorar los conocimientos del paciente sobre el reconocimiento de posibles casos en su familia y sus amigos a fin de estimularlos a buscar ayuda.
- Educar al paciente y a su familia (con el consentimiento del paciente) sobre la tuberculosis.
- Consignar en forma clara y exacta en la tarjeta de tratamiento del paciente los contactos vulnerables detectados, aquellos en quienes se practicó algún examen y toda acción emprendida (se puede añadir a la ficha del paciente un papel con un cuadro hecho a mano, como el que se sugiere en la Figura IV.1).

Nota: Un personal de salud o un colaborador en el tratamiento que visite el domicilio de un paciente en tratamiento por tuberculosis, debe estar particularmente alerta a los demás miembros del domicilio y aprovechar la visita para reiterar la importancia de reconocer los signos y síntomas y para investigarlos.

^{†††} *Orange Guide* capítulo III.C.

Figura IV.1 Modelo de formato de la información sobre los contactos domiciliarios

Nombre	Edad	Peso	Síntomas	Fecha de la prueba*	Resultado*	Acción emprendida

* Cuando los exámenes están al alcance.

3.5 Resultado

Se identificarán y tratarán en forma adecuada los contactos más vulnerables. Se contará con los registros que demuestren cuantos contactos se identificaron, en cuántos se practicaron exámenes y un análisis de los resultados y las acciones emprendidas.

V. ATENCIÓN DURANTE LA FASE INTENSIVA: PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Muchas personas se sienten extremadamente traumatizadas cuando se les dice que padecen la tuberculosis, algunos rehúsan aceptarlo y otros encuentran alivio al encontrar la fuente de los problemas y saber que se cuenta con un tratamiento. La reacción depende de muchos factores, incluidas las creencias y valores culturales, la experiencia y los conocimientos sobre la enfermedad. Si bien la tuberculosis es más frecuente en grupos vulnerables, puede afectar a toda persona y es importante que los pacientes puedan expresar las inquietudes relacionadas con su propio contexto individual. El personal de enfermería y los demás profesionales de la salud tienen una función importante que cumplir ofreciendo un ambiente acogedor a todos los pacientes con tuberculosis.¹³ La curación de la tuberculosis depende de que el paciente reciba un ciclo de tratamiento completo e ininterrumpido, lo cual solo se alcanza cuando el paciente y el servicio de salud actúan conjuntamente. Los estándares de este capítulo se centran en los mecanismos que maximizan las capacidades del paciente de cumplir con el tratamiento indicado.

1. Estándar: Atención y seguimiento del paciente

1.1 Enunciado del estándar

La evolución del paciente y las disposiciones tomadas para el TDO se supervisan según un programa acordado entre el coordinador de la unidad, todos los profesionales de la salud y otras personas designadas que han de implicarse en el cuidado de los pacientes con tuberculosis.

1.2 Justificación

1.2.1 Respuesta a las prioridades del paciente

Los pacientes con tuberculosis suelen tener muchas otras preocupaciones que consideran más importantes y que pueden afectar su capacidad de cumplir con el tratamiento. Los pacientes se deben tratar con respeto y deben sentir que pueden exponer sus problemas en el momento en que estos aparezcan. El servicio de salud debe poder responder a los problemas prontamente a fin de reducir a un mínimo la posibilidad de interrupción del

tratamiento. Cuando el paciente tiene confianza en el servicio, es más probable que de a conocer los datos correctos para contactarlo. Asimismo, será más probable que el paciente informe al servicio cuando ocurra algo que le impide acudir a la consulta, por ejemplo, cuando debe asistir a un funeral en otra localidad. Es muy importante que se mantenga un diálogo abierto entre el paciente y el personal de salud, de manera que se puedan discutir circunstancias como esta, tan pronto como se presenten y se puedan tomar las disposiciones necesarias a fin de prevenir la interrupción del tratamiento.

1.2.2 Manejo de las reacciones adversas a los medicamentos

Es preciso incitar al paciente a reconocer e informar los efectos adversos de los medicamentos, de manera que se puedan manejar en forma apropiada. Un paciente que presenta reacciones graves como ictericia o trastornos abdominales graves debe recibir instrucciones de suspender el tratamiento inmediatamente y se debe remitir a un médico. Las reacciones adversas menores como náuseas o prurito, si bien no son lo suficientemente graves para precisar un tratamiento, pueden ser muy desmoralizantes para el paciente y el personal de salud las debe considerar seriamente. El apoyo, el tratamiento y la comprensión pueden aliviar el malestar del paciente y estimularlo a continuar con los medicamentos.

En todos los casos es importante establecer si el acontecimiento referido puede constituir una reacción al tratamiento antituberculoso o si representa un evento sin relación que pueda requerir intervención complementaria. De no hacerlo, se puede modificar innecesariamente el tratamiento antituberculoso del paciente o pasar inadvertido y sin tratamiento un problema diferente.

1.2.3 Manejo de los pacientes inasistentes

Un paciente que falta cuando se le espera, se debe contactar tan pronto como sea posible, a fin de reducir a un mínimo la interrupción del tratamiento (véase estándar V.2). Un seguimiento rápido, persistente y amistoso de los pacientes inasistentes, aunque exige inversión de tiempo, puede demostrarle al paciente el interés que se tiene por él y lo motivará a continuar el tratamiento.

1.2.4 Exámenes de esputo de seguimiento

Es necesario practicar el seguimiento de la baciloscopia del esputo con el fin de confirmar la conversión del esputo positivo para bacilos acido-alcohol resistentes en esputo negativo. Esto es importante no solo en términos del

progreso del paciente individual, sino también para dirigir el tratamiento adecuado del paciente (por ejemplo, el cambio de la fase inicial intensiva a la fase de continuación del tratamiento). Como ocurría con la muestra de diagnóstico, es primordial llenar los formularios de solicitud de baciloscopia y rotular los recipientes que contienen las muestras de esputo de seguimiento, a fin de obtener una información exacta y oportuna de los resultados.

1.2.5 Documentación exacta

Durante toda la fase intensiva del tratamiento se deben mantener actualizados la tarjeta de tratamiento, el registro de tuberculosis y el registro de laboratorio, a fin de supervisar la evolución de cada paciente y poner a disposición una información exacta que permita evaluar la regularidad del tratamiento durante esta fase.

1.2.6 Apoyo a la persona encargada del tratamiento directamente observado

La persona designada como encargada de observar el tratamiento necesita sentirse valorada y estimulada con el fin de conservar la motivación y poder continuar motivando al paciente. En caso contrario, puede tener la impresión que su trabajo no cuenta.

1.3 Recursos

- Personal de salud con conocimientos y comprensión de la tuberculosis y de su tratamiento.
- Personal de salud que pueden reconocer y remitir a los pacientes con reacciones adversas graves a los medicamentos y pueden manejar aquellos que presentan reacciones leves.*
- Personal de salud que comprenden los factores que influyen sobre el cumplimiento terapéutico (Tabla V.1) mantienen una actitud de interés y están preparados para hacerse responsables de los desenlaces del tratamiento.
- Accesibilidad a los formularios y registros necesarios y personal de salud que pueden completarlos en forma clara, oportuna y exacta.
- Cada unidad de gestión y centro asociado de tratamiento de la tuberculosis precisa un mecanismo operativo de seguimiento de los pacientes con asistencia irregular (véase el estándar V.2).

* *Orange Guide* capítulo III.A.4.4.

- Colaboración con los servicios de apoyo y otras organizaciones que podrían ayudar al paciente.
- Posibilidad de hospitalizar pacientes muy enfermos, aunque pueda significarle al paciente incurrir en costos adicionales.
- Apoyo y supervisión periódica al voluntario o persona que observa el tratamiento.
- Supervisión a fin de conservar las prácticas óptimas.

1.4 Práctica profesional

- A cada paciente se debe valorar según las variables expuestas en la Tabla V.1, que pueden afectar su capacidad de cumplir con el tratamiento indicado.
- Al final de la fase intensiva es necesario practicar una valoración física del paciente a fin de verificar que ha logrado un progreso adecuado y que hubo conversión del esputo a baciloscopia negativa.[†] Se deben obtener muestras de esputo y examinarlas una semana antes de requerir los resultados, con el objeto de tenerlos al alcance y decidir si el paciente puede seguir con la fase de continuación. Si no es el caso, es decir, cuando el esputo sigue siendo positivo, se continúa la fase intensiva durante un mes adicional. Cuando inicialmente se estableció el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, se deben buscar otros signos de mejoría física. Una mejoría general de los síntomas y la ganancia de peso son signos útiles de progreso.
- Hasta un 25% de pacientes puede seguir presentando baciloscopia positiva después de recibir tratamiento correcto durante 2 meses. La mayoría de ellos curarán con la continuación del tratamiento. Sin embargo, todos aquellos cuyo esputo es positivo después de 2 meses de tratamiento se deben evaluar con respecto a:
 - la pauta que han recibido durante la fase intensiva: ¿es adecuada?;
 - cualquier problema que hayan presentado al tomar el tratamiento indicado, cualquier malentendido sobre la pauta terapéutica, por ejemplo ¿están tomando la dosis correcta con intervalos adecuados?; y
 - cualquier problema con respecto a la persona que supervisa su tratamiento.
- Se debe planear y evaluar periódicamente la atención, en cuanto sea posible, en función de las necesidades del paciente.

[†] *Orange Guide* capítulo IV.A.3.

Tabla V.1 Factores que pueden generar barreras en la adherencia al tratamiento

Factores socioeconómicos relacionados con el paciente	Respuesta posible
Falta de recursos personales	Procurar acceso a todas las facilidades e incentivos existentes
Prioridades concurrentes abrumadoras	Evaluar y prestar ayuda cuando sea posible Ajustar la rutina del tratamiento a fin de responder a las circunstancias del paciente
Aspectos relacionados con la edad; por ejemplo, los niños, adolescentes y ancianos	Adaptar la orientación e implicar otras personas según sea conveniente, en función de la edad
Pérdida del empleo por estigma y discriminación	Aconsejar fuentes posibles de apoyo como organizaciones no gubernamentales locales
Sin hogar: sin techo desde antes o pérdida reciente debido a estigmas y discriminación	Procurar ayuda donde sea posible, por ejemplo en organizaciones voluntarias Analizar y acordar la mejor manera de organizar el tratamiento
Variables del paciente	Respuesta posible
Creencias personales y culturales e ideas equivocadas sobre la tuberculosis	Evaluar e informar
Deberes y restricciones sociales y familiares (por ejemplo, asistencia a funerales distantes, ayuda prestada a familiares)	Anticipar mediante conversación con el paciente lo que pasaría con el tratamiento en el caso que se tenga que alejar por un motivo inesperado
Apatía, pesimismo, depresión y negación	Evaluar y ofrecer apoyo

Tabla V.1 (cont.)

Variables del paciente (cont.)	Respuesta posible
Falta de un sistema de apoyo social	Determinar mecanismos de apoyo: centro de salud, voluntarios de la comunidad, otro paciente, grupos de pacientes o grupos comunitarios, etc.
Insatisfacción con el personal de salud, experiencias negativas con los proveedores de atención en el pasado	Evaluar el problema y las expectativas Transmitir la información cuando sea conveniente. Dirigir mediante el ejemplo
Antecedentes de incumplimiento terapéutico Impaciencia con el grado de progreso o la respuesta al tratamiento	Evaluar las circunstancias previas. ¿Qué impidió el cumplimiento antes? Replantear las expectativas. Dar confianza
Discapacidades sensoriales	Determinar la mejor manera de comunicar y trabajar de cerca con los proveedores de atención
Incapacidad de seguir el plan de tratamiento	Evaluar a fin de definir el problema y modificar el plan en consecuencia
Incomodidad por sentirse estigmatizado por la enfermedad	Informar y dar confianza Ser discreto Trabajar con el paciente, la familia y los grupos comunitarios según convenga
Falta de control sobre la vida	Permitir que el paciente escoja, en la medida de lo posible, por ejemplo donde recibir el tratamiento
Consumo de alcohol y drogas	Remitir cuando sea posible. De lo contrario, aceptar y ofrecer apoyo

Tabla V.1 (cont.)

Preocupación de ser también positivo para el VIH	Ofrecer apoyo y orientación continuos Remitir en busca de ayuda complementaria cuando sea conveniente y se cuente con ella
Variables del tratamiento	Respuesta posible
Complejidad y duración del tratamiento	Aportar en forma clara instrucciones, información y ayuda
Características de la medicación (cantidad de comprimidos, reacciones adversas a los medicamentos)	Ofrecer apoyo; aportar información clara sobre las reacciones adversas a los medicamentos e incitar a los pacientes a acudir cuando presenten problemas. Ofrecer ayuda a fin de aliviar los efectos cuando sea posible.‡ Las reacciones adversas graves se tienen que comunicar y se debe actuar al respecto sin tardar.
Interacción de los medicamentos con la alimentación: por ejemplo los pacientes pueden sentir náuseas	Evaluar y aconsejar sobre la dieta y los horarios de los medicamentos
Variables de la enfermedad	Respuesta posible
Enfermedades coexistentes: – Diabetes – Desnutrición – Infección por el VIH y SIDA	Aconsejar sobre la dieta y modificar el tratamiento de la diabetes Evaluar el acceso a los alimentos y aconsejar sobre la dieta Ofrecer orientación y prueba diagnóstica, trabajar con los servicios del VIH, especialmente cuando se administra el tratamiento antirretroviral

‡ *Orange Guide* capítulo III.A.4.4.

Tabla V.1 (cont.)

Variables de la enfermedad (cont.)	Respuesta posible
Enfermedades coexistentes: – Problemas de salud mental	Verificar que no existan interferencias entre los medicamentos, como con los anti-psicóticos Trabajar de cerca con los proveedores de salud y si no se cuenta con ellos, buscar otra opción de apoyo complementario
Variables organizativas	Respuesta posible
Inaccesibilidad del consultorio o del supervisor del tratamiento	Organizar el tratamiento a conveniencia del paciente, tanto como sea posible
Largas filas de espera en la consulta	Planear un mínimo de citas al consultorio y reorganizar el servicio de manera que los pacientes no deban esperar por largo tiempo
Servicios fragmentados incoordinados	Establecer buenas relaciones con otros servicios y compartir los protocolos, etc.
Aspectos del personal (falta de motivación, escaso personal, sobrecarga de trabajo)	Procurar que el personal se sienta valorado; escuchar sus ideas; introducir esquemas de incentivos al personal, por ejemplo, recompensas por prácticas óptimas, oportunidades de capacitación
Estigmatización y discriminación por parte del personal	Campañas y educación en el establecimiento sanitario

- Al igual que en cualquier momento del tratamiento, se deben reconocer y consignar las reacciones adversas graves y remitir el paciente sin tardar al médico apropiado.
- Las reacciones adversas menores a los medicamentos se deben reconocer, consignar y tratar en la unidad de gestión.[§]
- Se deben mantener al día el registro de tuberculosis, las tarjetas de tratamiento y el registro del laboratorio. Una persona designada debe comparar las tarjetas de tratamiento y el registro de tuberculosis cada semana, a fin de verificar que la información esté completa; merece especial cuidado la transcripción del resultado de la baciloscopia del esputo al segundo mes, en el registro de tuberculosis.
- Se deben mantener reservas de medicamentos y de materiales.[¶]
- Cuando un paciente no acude a recibir el TDO, es necesario consignarlo claramente en la tarjeta de tratamiento. Se debe hacer una visita al domicilio del paciente a fin de averiguar la causa y procurar que el tratamiento se reanude rápidamente.
- Puede ser necesario el vínculo con otros centros locales con el fin de procurar a los pacientes acceso a un apoyo complementario según sus necesidades.

1.5 Resultados

La fase intensiva de tratamiento se ha completado en forma exitosa. Esto se puede medir consultando la tarjeta de tratamiento del paciente y el registro de tuberculosis.

2. Estándar: Seguimiento de los pacientes que no acuden a las citas (inasistentes)

Se debe establecer un sistema de seguimiento de los pacientes que no acuden a sus citas de tratamiento (inasistentes). El mayor éxito se conseguirá mediante el uso de enfoques flexibles, innovadores e individualizados. El tratamiento y la atención que el paciente ha recibido tendrán inevitablemente repercusiones sobre su buena disposición a asistir en el futuro.

En muchos casos puede existir un obstáculo sencillo que al superarlo permitirá al paciente continuar su tratamiento con éxito; por ello es esencial

[§] *Orange Guide* capítulo III.A.4.4.

[¶] *Orange Guide* capítulo IV.E.

averiguar cuál es el problema. Habrá pacientes que no se pueden localizar y no todos aquellos encontrados regresarán por tratamiento; sin embargo, es importante realizar todos los esfuerzos destinados a recuperar el mayor número de pacientes posible y que continúen su tratamiento.

Nota: En todas las situaciones es obligatorio contar con un sistema bien definido de seguimiento de los pacientes inasistentes. Sin embargo, cuando las tasas de inasistencia son altas (por encima de 10%), cualquier sistema será ineficaz, mientras no se examine el servicio en su integridad. Tal examen es necesario a fin de detectar y solucionar los problemas más generales que dificultan la asistencia de los pacientes a las citas.

2.1 Enunciado del estándar

Se debe buscar a los pacientes que no acuden cuando espera recibir su tratamiento, valorar la situación y hacer lo necesario para que reanuden el tratamiento tan pronto como sea posible.

2.2 Justificación

2.2.1 Dar prioridad a los pacientes más contagiosos

Se debe dar prioridad a los pacientes con baciloscopia positiva del esputo que no acuden a recibir los medicamentos, pues tienen mayor probabilidad de ser contagiosos y el mayor riesgo de muerte sino reciben un tratamiento exitoso. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios a fin de procurar que estos pacientes reciban un ciclo de tratamiento completo e ininterrumpido. Así se reducirá el número de personas contagiosas en la comunidad, se prevendrá la farmacorresistencia, más pacientes alcanzarán la curación y menos personas fallecerán por tuberculosis.

2.2.2 Acción rápida

Se deben identificar los pacientes inasistentes lo más pronto posible con el fin de evitar las pausas prolongadas en el tratamiento. Entre más pronto se localicen y se estimule su regreso al centro de tratamiento, menor será el riesgo de que se deteriore su estado.

2.2.3 Documentación clara, exacta y oportuna

Se deben consignar los datos de contacto, tan pronto como el paciente comience el tratamiento y verificarlos en forma periódica a fin de detectar cualquier modificación (véase estándar IV.1).

Completar en forma clara y oportuna la tarjeta de tratamiento es primordial, con el objeto de alertar al personal sobre los pacientes que no acuden. La tarjeta de tratamiento es un medio muy útil de demostrar qué parte del ciclo de tratamiento se ha completado y la regularidad con que se han tomado los medicamentos. Además, puede ayudar al paciente a ver los progresos que ha alcanzado y la importancia de cada dosis de medicamentos.

2.2.4 Análisis continuo de las razones de la inasistencia

Es útil recopilar información sobre las causas de la inasistencia del paciente, con el fin de detectar y solucionar los obstáculos que se le puedan presentar. Cuando existe un problema para un paciente, se pueden introducir modificaciones a las disposiciones del tratamiento; pero de igual manera, cuando un problema es común a varios pacientes, se pueden requerir acciones más enérgicas con respecto a la forma como se presta todo el servicio.

2.2.5 Aplicación de métodos flexibles e innovadores

Se precisa flexibilidad en la adaptación de los servicios con el fin de dar respuesta a los problemas detectados en el análisis de las razones mencionadas de inasistencia. Se puede requerir la organización de un centro de atención, a fin de reunir un cierto número de pacientes en determinado lugar; se puede necesitar modificar los horarios de consulta, tal vez con alguna superposición, de manera que una parte del personal comience temprano y otra termine tarde; se puede precisar modificar los mensajes, por ejemplo durante la educación inicial o la educación continua impartida a los pacientes, etc.

2.3 Recursos

- En cada unidad de gestión y centro de tratamiento de tuberculosis debe existir un mecanismo acordado (incluidos los lapsos de espera convenidos) de seguimiento de los pacientes que no asisten. Este mecanismo lo deben coordinar las personas designadas, con responsabilidades específicas y lo debe supervisar el coordinador de la unidad.
- Se precisa personal capacitado que comprenda la importancia de un tratamiento continuo en los servicios de tuberculosis y en otras organizaciones que pueden prestar servicios al paciente, como los trabajadores sociales, los farmacéuticos, etc. Todas las personas vinculadas con la atención al paciente deben destacar la importancia de recibir un ciclo completo de tratamiento.

- La buena comunicación con los pacientes, las familias y las comunidades puede contribuir a la localización de un paciente que no ha acudido a la consulta como estaba programado.
- La buena comunicación es esencial dentro de cada una de las organizaciones implicadas en la atención al paciente y entre todas ellas.
- Los pacientes deben comprender desde el comienzo que se hará todo lo necesario a fin de permitirles recibir un ciclo completo de tratamiento y las acciones que se emprenderán en caso de inasistencia. Se debe estimular a los pacientes a entrar en contacto con el consultorio cuando no pueden acudir a las citas, de manera que se puedan tomar las disposiciones convenientes. Los pacientes deben recibir datos claros sobre la forma y las personas que deben contactar. También deben tener confianza en que recibirán un trato amable y atento.
- Es esencial mantener un registro exacto, claro y oportuno con un suministro fiable de tarjetas de tratamiento, con el fin de supervisar el cumplimiento terapéutico y la asistencia.

2.4 Práctica profesional

El personal de salud implicado en la atención:

- Establecerá un sistema mediante el cual todas las tarjetas de seguimiento de todos los pacientes esperados para tratamiento en un día particular se dispongan en una casilla y se trasladen a una segunda casilla una vez se han visto y registrado los pacientes, de manera que se pueda detectar inmediatamente todo paciente previsto que no acudió a la cita programada durante el día.
- Velará por que la documentación se complete en forma oportuna y correcta. Cuando un paciente no acude por el tratamiento, la casilla que representa el día en la tarjeta de seguimiento se debe dejar en blanco y con ello se aprecia claramente la ausencia del paciente a la cita. Lo mismo ocurre cuando el paciente abandona el hospital en forma inesperada. Las tarjetas de tratamiento son un instrumento primordial en la supervisión de la evolución y del cumplimiento terapéutico de los pacientes.
- Verificará que se entre en contacto o se visiten tan pronto como sea posible todos aquellos pacientes cuyas tarjetas permanecieron en la primera casilla, de preferencia al final del día, con el objetivo de que regresen al establecimiento de salud y continúen su tratamiento.
- Aplicará buenas aptitudes de comunicación con el fin de negociar con los pacientes inasistentes en forma atenta y cooperadora. Cuando un

paciente presente que será criticado al regresar a la unidad de gestión u otro centro de tratamiento, puede ser renuente a hacerlo.

- Establecerá vínculos con otros centros implicados con el paciente (y que inspiran confianza al paciente), por ejemplo, trabajadores sociales, profesores, farmacéuticos, etc. de manera que se refuerce la importancia del cumplimiento terapéutico y se pueda llevar a cabo una mejor supervisión.
- Establecerá la razón de la inasistencia del paciente. Existen numerosas razones para que las personas no acudan a sus citas y es importante abordar el tema en forma amigable y desprovista de crítica. Pueden ser necesarios varios intentos para localizar un paciente. Cuando no se ha logrado al cabo de 2 meses, se debe registrar como “abandono”. Si posteriormente el paciente vuelve al centro de tratamiento, se deben repetir los exámenes iniciales como la baciloscopia del esputo.
- Negociará eficazmente con el paciente que no puede (o no quiere) regresar al centro de tratamiento, a fin de elaborar un plan alternativo de atención que sea aceptable para el paciente y el personal de enfermería. También se debe considerar el uso de incentivos y facilitadores (véase luego).
- Responderá apropiadamente cuando no se puede encontrar al paciente, dejando con los amigos o familiares una información que estimule al paciente a regresar al consultorio cuando le sea posible.

Nota: Cuando las tasas de inasistencia son globalmente altas, el personal de salud debe analizar el servicio integralmente y tratar de detectar el problema, buscando orientación con el supervisor local y en caso de necesidad con miembros experimentados del programa de control de tuberculosis.

2.4.1 Planes alternativos de atención

Cuando un paciente encuentra problemas con el cumplimiento del tratamiento debido a dificultades de transporte, renuencia a cumplir o simplemente olvidos, puede ser necesario tomar disposiciones diferentes. Entre el paciente y el personal de salud se debe acordar un plan de atención en función de las políticas locales y nacionales. Todas las disposiciones alternativas se deben registrar en las notas del paciente y el coordinador de la unidad debe evaluarlas en forma periódica.

2.4.2 Incentivos y facilitadores

El uso de incentivos que motiven el paciente con tuberculosis a cumplir con el tratamiento se encuentra definido por las políticas locales o nacionales.

Tabla V.2 Ejemplos de incentivos y facilitadores

- Grupos de apoyo.
- Ceremonias de premios, por ejemplo certificados por el éxito de completar el tratamiento.
- Reembolso de los gastos de transporte.
- Alimentos.
- Visitas o llamadas telefónicas a los pacientes hospitalizados, por parte del personal del centro de atención con el fin de darles ánimo.
- “Refrigerio de agradecimiento” para la familia de los pacientes en tratamiento antituberculoso, en reconocimiento al apoyo que suministran.
- Recordar el cumpleaños del paciente y hacerlo sentir especial.
- Premio por completar la fase intensiva o la segunda fase del tratamiento.

En la Tabla V.2 se expone una serie de incentivos y facilitadores utilizados en diversos entornos. Es importante recordar que detalles sencillos como felicitar al paciente por cumplir con una cita y mostrarse complacido de verlo, pueden actuar como incentivos eficaces.

Incentivos y facilitadores más elaborados pueden fortalecer la interacción entre el personal de salud y el paciente, pero pueden también complicarla. Estos se deben organizar muy cuidadosamente, con ciertas “reglas” claras desde ambas perspectivas, del personal de salud y del paciente. Por ejemplo, cuando el personal de salud promete un incentivo y no lo suministra, su relación con el paciente se deteriora rápidamente. Es primordial que el personal de salud sea tan cumplido, como espera que el paciente lo sea. La información se propaga rápido en una comunidad cuando un miembro del personal del departamento de salud no pone en práctica lo prometido.

Cuando se aportan incentivos es primordial diferenciar entre las necesidades del paciente y las necesidades que se perciben para él. Muchos trabajadores de salud piensan que los pacientes deben asumir toda la responsabilidad de su salud y con ello su tratamiento y deben querer proteger a quienes los rodean. Este tipo de actitud puede generar un obstáculo, pues pacientes que sufren de pobreza e injusticia social se pueden volver indiferentes a los problemas de los demás.

Estos factores llevan también a una pérdida de la autoestima y a algunas personas a considerar que no son lo suficientemente buenas para merecer atención. Frecuentemente, con el aporte de incentivos se operan modificaciones en la relación entre el paciente y el personal de salud. La expresión de solidaridad e interés que se refleja en el uso de una combinación del TDO y del programa de incentivos por parte del personal, puede representar la máxima “atención” que las personas han recibido en muchos años. Es primordial llegar a conocer al paciente, a fin de hacer un uso eficaz de los incentivos y por ende tener éxito con el tratamiento. Es también importante preparar al paciente para el fin del tratamiento, pues un retiro abrupto de la atención puede ser fuente de angustia.

2.5 Resultado

Se reducirán al mínimo las brechas en el tratamiento. A partir de la tarjeta de tratamiento se podrá evaluar el tipo de cumplimiento del paciente y las dosis que no recibió durante el tratamiento. Se contará con la información de cada paciente sobre las razones aducidas de inasistencia y las acciones emprendidas y será posible calcular el número de pacientes inasistentes, cuántos se recuperaron posteriormente y cuántos reanudaron el tratamiento.

VI. ATENCIÓN DURANTE LA FASE DE CONTINUACIÓN

A medida que progresa el tratamiento del paciente, los síntomas comienzan a desaparecer y el paciente se acostumbra al tratamiento. Los estándares en esta sección se refieren a los aspectos que se deben considerar cuando el paciente comienza a tener menos contacto con el servicio de tuberculosis y reanuda sus actividades “normales”. El tratamiento antituberculoso dura como mínimo 6 meses y durante este tiempo pueden aparecer obstáculos en la continuación del mismo, debidos a modificaciones en la pauta terapéutica o a cambios personales asociados con la recuperación. Las modificaciones en el estilo de vida u otros cambios que pueden ocurrir durante 6 meses en la vida de una persona pueden complicar o complicarse con el tratamiento antituberculoso. Por lo tanto, se deben hacer esfuerzos por mantener el contacto con el paciente y adaptar la atención a toda modificación en sus circunstancias personales.

1. Estándar: Evaluación del paciente durante la transición entre la fase intensiva y la fase de continuación

1.1 Enunciado del estándar

Los pacientes se someten a valoración al final de la fase intensiva de su tratamiento y se elabora en conjunto un plan para la fase de continuación, durante la cual es probable que los pacientes tengan menos contacto con la unidad de gestión.

1.2 Justificación

1.2.1 Manejo del cambio en el tratamiento

A medida que el paciente se siente mejor, otras prioridades pueden comenzar a distraerlo de su tratamiento. Cuando el paciente ha recibido TDO diariamente en la fase intensiva y este se suspende en la fase de continuación, el paciente puede percibir el mensaje que el tratamiento no es tan importante. Es primordial reiterar la necesidad de continuar con el tratamiento.

1.2.2 Reevaluación de las necesidades del paciente

La reevaluación de las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente contribuirá a la planeación de una atención centrada en el paciente

durante la fase de continuación, cuando el paciente toma más control y responsabilidad de su propio tratamiento. Se puede precisar aún apoyo complementario, por ejemplo cuando el paciente está coinfectado por el VIH. Se pueden explorar con el paciente otras fuentes de ayuda, en caso de necesidad, a fin de lograr la continuación de la atención después de completar el tratamiento antituberculoso.

1.2.3 Manejo de los acontecimientos imprevistos

Todo tipo de acontecimientos de la vida pueden tener una repercusión inesperada sobre el tratamiento y la capacidad del paciente de continuarlo. Se puede tratar de un duelo, cambio de trabajo o necesidad de mudarse con poca antelación. Es importante estar preparado para tales acontecimientos y ayudar al paciente a adaptarse a sus nuevas circunstancias sin interrumpir el cumplimiento con el tratamiento. Es de particular importancia abordar este tema con el paciente en el momento del cambio del tratamiento, pues él tendrá menos contacto con el servicio en la fase de continuación.

1.3 Recursos

- Se precisan, más que nunca, buenas aptitudes de comunicación y evaluación cuando el paciente cambia a la segunda fase del tratamiento.
- Es necesario contar con el tiempo suficiente para reiterar los mensajes importantes sobre la necesidad de continuar el tratamiento sin interrupción y motivar al paciente a informar al centro de atención si ocurren modificaciones en su vida personal que afecte su capacidad de continuar el tratamiento o de acudir a las citas de seguimiento.
- Los trabajadores de salud deben saber cuándo enviar al laboratorio muestras de esputo para baciloscopias de seguimiento, en función de la categoría del paciente. (En la Tabla III.1 se presenta una guía paso a paso sobre los aspectos prácticos de la recolección de muestras de esputo. Los mismos principios se deben aplicar cuando se dan instrucciones al paciente a fin de que recolecte las muestras en su domicilio, además de la información sobre la entrega de las muestras en el lugar adecuado y en forma oportuna.)
- En este momento, es primordial la documentación sobre la solicitud y resultados de las baciloscopias del esputo, como se describe en el estándar III.2.
- Se precisan servicios de laboratorio eficientes, a fin de que no haya demora en el examen de las muestras de esputo de seguimiento y que el tratamiento se pueda modificar en el momento adecuado.

1.4 Práctica profesional

1.4.1 Documentación

Es importante completar toda la documentación en forma rápida y exacta, como se describe en III.2. Los formularios de solicitud de baciloscopia deben indicar claramente que el examen se precisa para el seguimiento y el mes de tratamiento en el cual se tomaron las muestras. Los resultados y toda modificación en el tratamiento se deben consignar claramente en la tarjeta de tratamiento y en el registro de tuberculosis. Esto es de particular importancia con respecto a la baciloscopia realizada al final de la fase intensiva—la ausencia de este dato o una nota que indique “baciloscopia no realizada”, en el registro de tuberculosis puede ser un signo de abandono o de seguimiento inadecuado y se debe investigar.

1.4.2 Orientación práctica destinada a los pacientes que comienzan a tomar el tratamiento a domicilio

Es útil considerar con el paciente un sistema para no olvidar tomar los comprimidos (es cómodo antes de una actividad rutinaria como una comida). Se deben almacenar los medicamentos en un lugar seguro fuera del alcance de los niños.

Es este un momento crítico para verificar que se conserve una buena relación con el paciente, de manera que él informe cualquier problema que se pueda presentar. Se deben evaluar todos los obstáculos posibles al cumplimiento terapéutico, como un cambio en la rutina, la posibilidad de extraviar los medicamentos o que sean robados, el alcoholismo, etc. (Tabla V.1).

1.4.3 Apoyo y seguimiento continuos

El paciente debe conocer las citas de seguimiento y las muestras y exámenes que serán necesarios. Se precisa recordar a los pacientes que las reacciones adversas a los medicamentos son raras y al mismo tiempo enseñarles a reconocer y a informar toda reacción posible como erupciones cutáneas, ictericia, alteraciones visuales, trastornos gastrointestinales y hormigueos en los dedos de manos o pies.

Es necesario evaluar al paciente en forma continua a fin de supervisar su evolución y mantenerse al día con cualquier cambio que pueda afectar al tratamiento y a la atención. Se debe evaluar una variedad de factores que incluyen:

- Cumplimiento terapéutico.
- Progresos clínicos en momentos clave: esputo al segundo mes, esputo al quinto mes y al término del tratamiento.
- Exactitud de la medicación formulada.
- Acceso a los medicamentos.
- Capacidad de acudir a las citas.
- Cualquier confusión o pregunta.
- Todo aquello que pueda interrumpir el tratamiento: reacciones adversas a los medicamentos, embarazo, duelos, información contradictoria.

Se debe acordar una rutina periódica de seguimiento entre el paciente, el coordinador de la unidad y el personal de salud que supervisó la fase inicial del tratamiento. Esta rutina debe comprender visitas domiciliarias o al consultorio o una combinación de ambos tipos, según las preferencias del paciente y los recursos existentes. Cualquiera que sea la organización, se debe ver a los pacientes como mínimo cada mes durante la fase de continuación. Es primordial que los pacientes sepan a quien dirigirse cuando tienen un problema y el servicio tiene que responder rápida y apropiadamente.

1.5 Resultado

Los pacientes progresan de la fase intensiva a la fase de continuación una vez repetido el examen del esputo. Se cuenta con la información en la tarjeta individual de tratamiento de cada paciente y en el registro de tuberculosis. Los pacientes continúan el tratamiento y al mismo tiempo adquieren mayor independencia, ganan confianza y conservan el contacto con el servicio de tuberculosis.

2. Estándar: Manejo de casos durante la fase de continuación

2.1 Enunciado del estándar

Se ofrece apoyo continuo en función de la necesidad del paciente y se llevan a cabo los exámenes de seguimiento necesarios.

2.2 Justificación

2.2.1 Reevaluación de las necesidades del paciente

El paciente está ganando más control y responsabilidad, se ha acostumbrado al tratamiento y ya no se siente indispuesto ni vulnerable como en la

fase intensiva. En esta etapa, es importante reevaluar las necesidades del paciente y actualizar los planes de atención, de manera que traduzcan esta nueva situación, sobre todo cuando el paciente pasa de TDO a un tratamiento autoadministrado (por ejemplo, cuando se suspende la rifampicina en la segunda fase del tratamiento). De lo contrario, el paciente puede pensar que no importa mucho si continúa el tratamiento o si lo interrumpe.

2.2.2 Flexibilidad de la respuesta frente a los problemas que afronta el paciente

Las respuestas deben ser rápidas y apropiadas, conservando el compromiso con la atención. Cuando los pacientes notan que se toman en serio sus prioridades se afianza su confianza y se sienten motivados. El problema puede no estar relacionado directamente con el tratamiento, pero si se ignora, puede constituir un obstáculo al tratamiento en el futuro.

2.2.3 Reducir al mínimo los costos al paciente

Se deben mantener al mínimo los costos en los que incurre el paciente, a fin de conservar su capacidad de continuar el tratamiento. Por ejemplo, se deben evitar las citas innecesarias en el consultorio, que puedan causar costos de desplazamiento e interrumpir el trabajo del paciente.

2.2.4 Baciloscopia de esputo de seguimiento al quinto mes

Se requiere una baciloscopia del esputo después de cinco meses de tratamiento en todos los pacientes cuya baciloscopia inicial fue positiva, a fin de confirmar el progreso o detectar fallas del tratamiento.*

2.2.5 Evaluación de los desenlaces terapéuticos

Evaluar y consignar el desenlace terapéutico de cada paciente es primordial a fin de comprender el desempeño del programa de control de la tuberculosis. Se lleva a cabo un nuevo examen del esputo al final del tratamiento del paciente, con el objeto de confirmar la “curación”, lo cual constituye el indicador más fuerte de éxito que el “tratamiento completo”.†

2.2.6 Documentación

Al igual que con la muestra de diagnóstico y la primera muestra de seguimiento, es esencial completar correctamente el formulario de solicitud de

* *Orange Guide* capítulo IV.A.3.

† *Orange Guide* capítulo IV.D.2.2.

baciloscopia y rotular los recipientes, con el fin de obtener los resultados exactos y oportunos. Los resultados se deben consignar en el registro de laboratorio, la tarjeta de tratamiento y en el registro de tuberculosis, tan pronto como se obtengan, de manera que cualquier personal de salud pueda evaluar la evolución del paciente y verificar que se está administrando el tratamiento correcto. La exactitud de los informes trimestrales sobre los desenlaces terapéuticos depende de la exactitud de la información en el registro de tuberculosis. A su vez, estos informes demuestran la eficacia del programa.‡

2.3 Recursos

- Cuando en la evaluación se detecta un posible problema, es importante elaborar un plan adecuado de atención y valorar periódicamente el progreso, según se acordó con el paciente.
- El paciente necesita poder contactar el personal de salud adecuado cuando se presenta un problema.
- El servicio debe responder en forma rápida frente al problema y procurar que se emprendan todas las acciones a fin de evitar una posible interrupción del tratamiento.
- Como puede ser necesario remitir al paciente en busca de apoyo complementario, es importante que el personal de salud mantenga vínculos con otros servicios gubernamentales y voluntarios.
- El personal de salud es competente para solicitar la baciloscopia del esputo al quinto mes y responder en forma apropiada a los resultados.
- El personal de salud es competente para evaluar y registrar los desenlaces terapéuticos.

2.4 Práctica profesional

- Es responsabilidad del personal de salud que maneja el caso, mantener el contacto con el paciente y evaluar periódicamente su evolución. Cuando el paciente sigue teniendo una persona designada que le dé apoyo, su relación puede cambiar durante el seguimiento menos frecuente de la fase de continuación. Cada paciente se debe evaluar según el grado de apoyo que necesite. Se recomienda que haya como mínimo un contacto mensual con el servicio de tuberculosis. Todavía se deben tomar en consideración los factores que alteran el cumplimiento tera-

‡ *Orange Guide* capítulo IV.D.

péutico, resumidos en la Tabla V.1, pues las circunstancias del paciente se pueden modificar durante la fase de continuación.

- Es primordial consignar todo contacto con los pacientes. Aquellos pacientes registrados como “caso nuevo de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva” deben tener un examen de esputo al quinto mes, con el fin de verificar que sigue siendo negativo. Cuando la baciloscopia al quinto mes es positiva, se debe registrar el caso como fracaso terapéutico y comenzar una pauta de retratamiento.[§]
- Se examina de nuevo el esputo al final del tratamiento con la finalidad de confirmar que tuvo lugar la “curación”. Es esencial llevar una documentación oportuna y exacta de los exámenes solicitados, las fechas y los resultados. Cuando el paciente no puede producir el esputo, puede ser necesario recolectar y procesar saliva, a fin de contar con información completa del tratamiento.
- Cuando el paciente no recoge un suministro de medicamentos como se había acordado, es necesario consignarlo claramente en la tarjeta de tratamiento. Un paciente que no acude cuando estaba previsto se debe contactar y abordar sin crítica y buscando evaluar y dar respuesta a las causas de su inasistencia (véase estándar V.2).
- Algunos pacientes encontrarán dificultades en adaptarse a la separación del servicio al final de su tratamiento. Algunos se pueden inquietar de volverse a enfermar y otros pueden haber creado una dependencia de las conexiones sociales que el servicio les ha aportado. Es importante preparar al paciente para el final de su tratamiento con suficiente antelación, comenzando a conversar al respecto por lo menos 2 meses antes de la fecha prevista de término del tratamiento.
- Al final del tratamiento todos los registros deben estar completos y ser exactos.
- Se debe practicar una verificación cruzada de la información ausente en el registro de tuberculosis, con la tarjeta de tratamiento del paciente y el registro de laboratorio, con el fin de verificar que toda información ausente corresponde a una ausencia de datos y no a un registro incompleto, por ejemplo, la ausencia del resultado del examen de esputo al quinto mes en el registro de tuberculosis significa que no se realizó tal examen, solo cuando se está seguro que no se trata de una falta de comunicación o de documentación.

[§] *Orange Guide* capítulo IV.A.3.

2.5 Resultado

Los pacientes completarán la fase de continuación y sus baciloscopias de esputo serán negativas al final del tratamiento. Todos los desenlaces terapéuticos se consignarán oportuna y exactamente, a fin de facilitar el análisis trimestral de cohortes de tratamiento.

3. Estándar: Manejo de la transferencia

3.1 Enunciado del estándar

El tratamiento es continuo durante todo el ciclo y cuando el paciente necesita trasladar su manejo a otra unidad de gestión se toman las disposiciones apropiadas.

3.2 Justificación

3.2.1 Adaptación a las posibilidades del paciente

Durante un mínimo de 6 meses de tratamiento, la atención al paciente se puede transferir entre diferentes proveedores de atención de salud. Esto puede ser desde un hospital hacia una atención comunitaria a medida que el paciente se hace más fuerte; de una localidad a otra cuando el paciente se muda o viaja por un cierto período; de un consultorio urbano a un consultorio comunitario; por ejemplo cuando el paciente acudió a un establecimiento central para el diagnóstico, pero regresó a su domicilio para continuar el tratamiento. Cuando el paciente sostiene una buena relación con el personal de salud y comprende la necesidad de continuar el tratamiento, es más probable que informe al servicio cuando se modifiquen sus circunstancias personales y ya no puede acudir al mismo consultorio por el tratamiento.

3.2.2 Reducir al mínimo las brechas en el tratamiento

Se debe acordar una atención especial a la continuación del tratamiento cuando la atención al paciente se transfiere de una unidad de gestión a otra. El tratamiento no se debe interrumpir, pues las brechas en el tratamiento aumentan el riesgo de recaída y de aparición de farmacoresistencia.

3.2.3 Documentación relativa a la transferencia del paciente

Los pacientes que se trasladan de una unidad de gestión a otra se deben registrar como “transferencia enviada” de la unidad que dejan y como “transferencia recibida” en la unidad nueva. Los desenlaces terapéuticos de las

“transferencias recibidas” se deben enviar a la unidad donde se registraron inicialmente e incluirlos en los informes trimestrales de esa unidad. Se evita así la duplicación u omisión en la comunicación de los desenlaces terapéuticos.¹

3.3 Recursos

- Se cuenta con un sistema de transferencias que es común y se comprende en todas las unidades de gestión.
- El personal de salud es competente para organizar la transferencia y completar toda la documentación necesaria en forma clara, oportuna y exacta.
- Los formularios de transferencia están al alcance y se emplean correctamente.
- Una buena comunicación con otras unidades de gestión es útil para continuar el seguimiento de los pacientes cuando se trasladan.

3.4 Práctica profesional

- La OMS recomienda el uso del formulario de remisión y transferencia para tuberculosis, el cual se debe completar en triplicado: una copia para el paciente, a fin presentarla en la nueva unidad de gestión, otra copia que se conserva en la unidad que envía la transferencia y una tercera copia que se entrega al coordinador de tuberculosis del distrito.¹⁴
- Cuando el paciente llega a la nueva unidad de gestión, se debe registrar como transferencia recibida. La parte inferior del formulario de transferencia se debe retornar a la unidad de origen, con el fin de confirmar que la transferencia fue recibida. Cuando esto no ocurre, la unidad de gestión que envió al paciente debe contactar a la nueva unidad con el propósito de verificar si el paciente llegó o no. En caso negativo, se debe informar al coordinador de tuberculosis del distrito.
- Cuando los pacientes han recibido un apoyo adecuado durante el tratamiento y comprenden la importancia de terminar el ciclo de tratamiento, es más probable que informen al centro donde acuden, que tienen planes de mudarse o de partir.
- Antes de realizar la transferencia, los pacientes deben tener muy clara la importancia de continuar su tratamiento. El personal de salud debe verificar si el paciente comprendió lo que se le solicitó que hiciera, esto es, cuándo y dónde se debe presentar.

¹Orange Guide capítulo IV.D.2.2.

- A los pacientes que van a otro país o no están seguros de su destino, se debe aconsejar que busquen ayuda a su llegada. Se deben motivar a presentarse a un centro de salud tan pronto como sea posible, con un expediente que contenga su diagnóstico, la duración y el tipo de tratamiento recibido y la dirección de la unidad de gestión donde están registrados. En estos casos, es útil conocer un poco sobre los sistemas de salud de otras zonas, aunque puede ser difícil.
- Se debe proveer al paciente un suministro suficiente de medicamentos que cubra el período de su desplazamiento hasta que se pueda registrar en otro lugar y continuar su tratamiento.
- El personal de salud más implicado en el tratamiento del paciente debe considerar como su propia responsabilidad, el verificar que se continúe el tratamiento del paciente en otro centro, en lugar de considerar que ya no es preocupación suya.
- Corresponde a la unidad de gestión que comenzó el tratamiento, el registro del desenlace del mismo, independientemente del lugar a donde se transfirió el paciente.

3.5 Resultado

Los pacientes continuarán un tratamiento apropiado, pese a que se alejen de la unidad de gestión inicial. Esto se puede supervisar mediante el registro de tuberculosis y el análisis trimestral de cohortes.

VII. PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH Y ATENCIÓN AL PACIENTE COINFECTADO POR LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

La infección por el VIH plantea uno de los mayores desafíos al control de la tuberculosis, pues esta enfermedad causa más muertes de personas con el VIH que cualquier otra.

La asociación entre ambas enfermedades es tan importante que ninguna se puede tratar sin considerar la otra. A medida que se alcanza una mejor atención y tratamiento de la infección por el VIH, las personas encuentran mejores incentivos para investigar su estado. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud deben estar adecuadamente preparados a proveer la mejor atención y tratamiento existentes.¹⁵

Los estándares en este capítulo abarcan la prueba y orientación sobre el VIH por iniciativa del proveedor de atención de salud y la atención a los pacientes infectados por el VIH, con tuberculosis. Se acepta que las personas encargadas de la atención a pacientes con tuberculosis deben procurar que aquellos que son positivos para el VIH sean transferidos para continuar una atención adecuada, una vez completado el tratamiento antituberculoso. En algunos casos, puede ser necesaria la remisión durante el tratamiento antituberculoso para recibir atención especializada asociada con el VIH. La OMS ofrece orientación técnica complementaria.^{16,17} Es primordial que todas las actividades sigan las políticas y recomendaciones nacionales.

1. Estándar: Prueba diagnóstica del VIH

Todos los pacientes con tuberculosis en quienes no se ha diagnosticado previamente la infección por el VIH deben ser invitados a realizarse la prueba del VIH.¹⁸ No hacerlo, equivale a negar a las personas el acceso a la atención y al tratamiento que podrían necesitar, sobre todo en el contexto de una más amplia gama de tratamientos al alcance, que previenen las infecciones asociadas con el VIH. Antes de ofrecer la prueba del VIH en forma sistemática a los pacientes con tuberculosis, debe existir un plan claramente definido de atención a aquellos pacientes en quienes se diagnostique la coinfección por tuberculosis y VIH, con mecanismos que procuren al paciente el acceso a esta atención. Se recomienda ofrecer la prueba mediante un sistema de

exclusión voluntaria, es decir que se practicaría en forma sistemática a menos que el paciente escoja no hacerlo.

1.1 Enunciado del estándar

La prueba diagnóstica del VIH se ofrecerá sistemáticamente, en forma atenta, consensual y confidencial, a todos los pacientes con tuberculosis que no conocen el estado de su serología.

1.2 Justificación

1.2.1 Relación entre VIH y tuberculosis

La infección por el VIH es el principal factor de riesgo conocido de evolución hacia la enfermedad tuberculosa en aquellas personas con infección tuberculosa latente. Globalmente se calcula que 11% de los casos nuevos de tuberculosis en el adulto presentan infección por el VIH. La proporción más alta se observa en África, especialmente en África subsahariana, donde hasta un 75% de personas con tuberculosis presentan coinfección por el VIH.

Además, la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en las personas infectadas por el VIH y con frecuencia es la primera manifestación de la enfermedad por el VIH. La mortalidad durante el tratamiento antituberculoso y después del mismo es mayor en personas infectadas por el VIH que en pacientes tuberculosos libres de la coinfección por este virus.

1.2.2 Ventajas del diagnóstico temprano de la infección por el VIH

Dado que la tuberculosis es una de las principales infecciones oportunistas asociadas con el VIH, todos los pacientes con tuberculosis deberían realizar la prueba del VIH. Entre más temprano se conozca la infección de una persona por el VIH, más pronto puede recibir orientación y tratamiento preventivo que reduzca la incidencia de infecciones oportunistas, prolongue la vida y reduzca las posibilidades de transmisión de la infección. Constituye asimismo una oportunidad de ofrecer servicios de diagnóstico y atención a la pareja sexual del paciente, quien se puede encontrar en alto riesgo por el contacto con el VIH y con la tuberculosis.

1.2.3 Manejo de la ansiedad del paciente

El nivel de ansiedad acerca del VIH y la tuberculosis, ambas enfermedades estigmatizadas y potencialmente mortales, puede llevar al paciente a sen-

tirse muy vulnerable y confuso. Esto es particularmente agudo cuando es recién diagnosticado con tuberculosis, el paciente se encuentra confrontado a la posibilidad de ser también seropositivo. Es primordial evaluar las ideas, sentimientos y conocimientos del paciente sobre el VIH y la tuberculosis, con el fin de responder en forma conveniente. Como ocurre en el caso de la tuberculosis, la respuesta del paciente a la eventualidad de una infección por el VIH variará según:

- sus conocimientos y comprensión de la infección;
- toda experiencia personal o por familiares o amigos que pueden estar infectados; y
- el acceso a la atención y al tratamiento de la infección por VIH y el SIDA, incluido el tratamiento antirretroviral.

1.2.4 Conservar la confianza y la confidencialidad del paciente

El establecimiento de una buena relación con el paciente es primordial en aras de conservar la confianza del paciente y su tranquilidad con el servicio que se recibe. Esto se refuerza con un compromiso abierto de conservar la confidencialidad y responder ante la discriminación.

1.2.5 Documentación

Es necesario mantener un registro claro, oportuno y exacto según las políticas y procedimientos acordados, con el fin de que aquellos con serología positiva para el VIH reciban una atención apropiada. El programa nacional de tuberculosis tiene que supervisar el número de pacientes en quienes se realiza la prueba y las tendencias de los resultados.

1.3 Recursos

- El programa nacional de tuberculosis, el programa nacional de sida y los proveedores locales de atención en salud deben acordar y definir claramente en las recomendaciones nacionales y locales las disposiciones orientadas a ofrecer la prueba del VIH a los pacientes con tuberculosis, en cuanto hace referencia a quién ofrece la prueba, quién recoge las muestras, quién realiza la prueba, quién comunica los resultados al paciente y cómo y quién ofrecerá la atención continua.
- La discriminación y los estigmas impedirán que muchas personas estén de acuerdo con realizar la prueba del VIH,¹⁹ sobre todo cuando el personal de salud que ofrece la prueba no está bien informado o se siente

incómodo con esta tarea. Todo el personal implicado en estas conversaciones debe ser consciente de sus propias ideas y sentimientos acerca del VIH y el SIDA y debe haber encontrado respuesta a todos sus prejuicios personales.

- Cuando se capacita al personal para que ofrezca de la prueba del VIH, se debe estimular la expresión de sus puntos de vista y preocupaciones e incluso la realización personal de la prueba, a fin de comprender mejor el procedimiento e identificarse con los pacientes con quienes trabajan.
- Es poco probable que el ofrecimiento de la prueba del VIH sea eficaz si no se cuenta con acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención integrados.¹⁸ El ofrecimiento de la prueba se debe reforzar con la garantía de que el paciente contará con apoyo adicional y tratamiento preventivo en caso de un resultado positivo.
- Debe existir un sistema de capacitación y supervisión de los proveedores de atención a fin de procurar su competencia en las conversaciones previas a la prueba y en la orientación posterior a la misma. Los profesionales de la salud que ofrecen pruebas del VIH deben poseer un nivel adecuado de conocimientos sobre la tuberculosis y la infección por el VIH, sobre la forma como interactúan ambas enfermedades y sobre el tratamiento existente, con el fin de informar al paciente en forma exacta y responder apropiadamente a sus preguntas. Los folletos que refuerzan los mensajes pueden ser útiles, pero pueden no estar al alcance o no ser convenientes en determinados entornos, por lo cual nunca reemplazan la conversación frente a frente.
- Se precisa un espacio adecuado donde el personal de salud pueda conversar en forma abierta y confidencial con el paciente, conservando la privacidad.
- Se debe contar con suministros clínicos y personal de laboratorio competente a fin de llevar a cabo las pruebas y debe existir un buen mecanismo de comunicación de los resultados, que conserve la confidencialidad del paciente. Cuando un personal ajeno al laboratorio practica las pruebas rápidas, se requiere un sistema de garantía de la calidad.
- Se precisa un sistema acorde con las políticas nacionales a fin de documentar (por ejemplo la tarjeta de tratamiento) el hecho de haber ofrecido la prueba del VIH al paciente, si la prueba se realizó y cuándo.¹⁵
- Se debe mantener el mejor control de las infecciones que sea posible en los establecimientos sanitarios, a fin de reducir el riesgo de transmisión de la tuberculosis a los pacientes y al personal que pueden estar infectados por el VIH.²⁰

1.4 Práctica profesional

1.4.1 Antes de la prueba del VIH

Antes que nada, el personal de salud tiene que definir si el paciente conoce o ignora el estado de su serología VIH. Cuando la prueba más reciente del paciente fue negativa, se debe plantear la necesidad de repetirla, dependiendo de cuándo se realizó y de los comportamientos de riesgo y eventuales exposiciones del paciente a la infección por el VIH desde entonces. Cuando se desconoce el estado de la serología o cuando se precisa una nueva prueba, es importante que el paciente:

- comprenda el propósito, los riesgos y las ventajas de realizarla o no y
- se sienta íntegramente informado y capaz de elegir si sigue adelante con la prueba.

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) recomienda el ofrecimiento de la prueba del VIH con un enfoque basado en los derechos humanos, con tres pilares, “las 3 C”: confidencialidad, consejería y consentimiento.¹⁹

1.4.2 Confidencialidad

Como ocurre con toda enfermedad, se debe asegurar al paciente que se conservará en todo momento la confidencialidad.

1.4.3 Consejería

La entrevista previa a la prueba y la consejería deben contener:

- una valoración de los conocimientos y la comprensión que tiene el paciente acerca del VIH y su relación con la tuberculosis;
- una evaluación de cualquier signo clínico indicativo de infección por el VIH (Anexo 2);
- una descripción de lo que implica la prueba;
- información acerca de cómo y cuándo se le dará el resultado;
- un análisis sobre el impacto eventual de un resultado positivo o negativo;
- información sobre la atención y el tratamiento existente, en el caso de un resultado positivo; e
- información sobre la transmisión del VIH y la reducción de riesgos, según sea conveniente.

1.4.4 Consentimiento

Según ONUSIDA, el paciente necesita un mínimo de información con el fin de poder dar un consentimiento informado:

- La ventaja clínica y las ventajas de la prevención con la prueba:
 - ventajas para la salud con los tratamientos existentes;
 - el conocer el estado de la serología VIH puede disipar la ansiedad;
 - un prueba positiva puede motivar al paciente a reducir sus comportamientos de riesgo; y
 - oportunidad de reducir el riesgo de transmisión a otros.
- El hecho de que el paciente conserva el derecho a rechazar la prueba. Cuando la prueba es ofrecida por iniciativa del proveedor de salud, debe ser en forma sistemática y se tiene que otorgar al paciente la oportunidad de aceptar o rechazarla.
- Los servicios de seguimiento que se ofrecerán.
- En el caso de un resultado positivo, la importancia de anticipar la necesidad de informar a toda persona que se encuentre en riesgo y que de otra manera no sospecharía que estuvo expuesta a la infección por el VIH.
- Cuando el paciente decide no hacer la prueba, el profesional sanitario, durante las siguientes citas de atención y tratamiento por la tuberculosis, debe:
 - investigar la razón por la cual el paciente prefiere no hacer la prueba;
 - reiterar la importancia de la prueba y la atención disponible durante las siguientes citas al consultorio;
 - incitar al paciente a evitar la exposición al VIH y prevenir la transmisión a su pareja o parejas sexuales.
- Cuando el paciente otorga su consentimiento, se deben tomar las muestras apropiadas para la prueba o enviar el paciente al lugar adecuado, según los procedimientos locales. También se debe informar al paciente sobre cuándo y dónde recibirá los resultados. Con el acceso a las pruebas rápidas, esto puede ser en la media hora que sigue a la realización de la prueba.

Nota: Véase en el Anexo 3 una transcripción modelo de la orientación previa a la prueba.

1.4.5 Después de la prueba del VIH

- Los resultados se deben entregar confidencialmente, en forma sensible y atenta, cualquiera que sea el resultado.

- Cuando el resultado es negativo, se debe orientar al paciente sobre la forma de protegerse de la infección y permanecer VIH negativo toda la vida. Este consejo se debe reiterar durante todo el tratamiento anti-tuberculoso del paciente.
- Cuando el resultado es positivo, la entrevista posterior a la prueba debe abarcar:
 - consejo sobre cómo el paciente se puede proteger y proteger a los demás;
 - cómo practicar relaciones sexuales sin riesgo, incluida, si necesaria, la forma de usar los condones y dónde obtenerlos;
 - el tratamiento contra el VIH y las afecciones asociadas que se encuentra al alcance localmente;
 - aspectos emocionales, sociales y económicos;
 - los servicios locales de apoyo existentes según las necesidades y las preferencias del paciente;
 - la revelación del estado de la serología e incitación a la protección de la pareja o parejas sexuales, abordando al mismo tiempo los riesgos asociados, como culpa, violencia y abandono.²¹

Nota: Puede no ser posible o conveniente cubrir todos los aspectos necesarios en la primera entrevista. La consejería posterior a la prueba debe continuar a lo largo del tratamiento antituberculoso y más allá, por parte del servicio que tome a su cargo la atención al paciente (véase el estándar VII.2). Véase también en el Anexo 3 una transcripción modelo de la orientación posterior a la prueba.

- Remisión a los servicios de apoyo apropiados, como se acordó con el paciente.
- Documentación clara, exacta y oportuna de los resultados mediante el uso de protocolos acordados.

1.5 Resultado

Se ofrecerá la prueba del VIH según los protocolos acordados y se supervisará su aceptación. Aquellos pacientes con resultado positivo recibirán la atención y el tratamiento adecuados que están al alcance localmente y aquellos con resultado negativo, recibirán la atención y el apoyo convenientes a fin permanecer negativos.

2. Estándar: Atención al paciente coinfectado por la tuberculosis y el VIH

Con un tratamiento adecuado, un paciente con tuberculosis coinfectado por el VIH tiene las mismas probabilidades de curar completamente que una persona no infectada por el virus.* La principal prioridad debe ser tratar en forma eficiente la tuberculosis del paciente, a fin de ofrecerle la mejor oportunidad de recuperación.¹⁵ Con apoyo, consejo y tratamiento adecuados, un paciente positivo para el VIH puede conservar un buen estado de salud.

2.1 Enunciado del estándar

Durante el tratamiento antituberculoso y antes de remitirlo para continuar su atención, el paciente recibe tratamiento profiláctico contra las infecciones oportunistas frecuentes, apoyo e información referente a cómo permanecer saludable con el VIH, incluido el tratamiento con medicamentos antirretrovirales, cuando sea conveniente.

2.2 Justificación

2.2.1 Tratamiento antituberculoso

El tratamiento de la tuberculosis con una pauta estandarizada adecuada se debe considerar la prioridad, pues una tuberculosis no tratada puede rápidamente ser mortal en personas con infección por el VIH.

2.2.2 Prevención de otras infecciones

Las personas infectadas por el VIH son vulnerables a una variedad de infecciones respiratorias, gastrointestinales, cutáneas, bucales, neurológicas y otras transmitidas sexualmente.¹⁷ Se puede reducir el riesgo de las infecciones bacterianas frecuentes y de aquellas asociadas particularmente con la infección por el VIH mediante tratamientos preventivos como la profilaxis con cotrimoxazol, la cual se debe considerar en todos los pacientes con tuberculosis infectados por el VIH.¹⁵ Se recomienda comenzar el tratamiento preventivo 2 semanas después de comenzar el tratamiento antituberculoso, pues ambos pueden ocasionar reacciones adversas similares, como erupción cutánea y hepatitis. También se debe comenzar antes de iniciar el tratamiento antirretroviral, cuando este va administrarse.

Las infecciones se pueden también prevenir mediante medidas prácticas como una buena higiene general, en particular el lavarse las manos, hervir el agua que se ingiere y practicar relaciones sexuales sin riesgo.

* *Orange Guide* capítulo III.B.1.

2.2.3 Tratamiento antirretroviral

El tratamiento con medicamentos antirretrovirales no es una urgencia y otros aspectos de la atención de la infección por el VIH se deben instaurar antes de comenzar los antirretrovirales. Este tratamiento ayuda a mantener o a restaurar la función inmunitaria del paciente, suprimiendo la replicación del virus, lo cual a su vez evita la susceptibilidad del paciente a las afecciones relacionadas con el VIH.

2.2.4 La decisión de comenzar el tratamiento antirretroviral

Cuando se cuenta con los medicamentos antirretrovirales, los pacientes con infección por el VIH se pueden preparar a comenzar este tratamiento según la gravedad de su estado. La OMS, con el fin de ayudar a los encargados de tomar la decisión de cuándo comenzar el tratamiento antirretroviral, elaboró un sistema de estratificación usando indicadores como el grado de inmunosupresión, basado en el recuento de CD4 (si está al alcance) o la presencia de otros trastornos relacionados con el VIH.¹⁶ “Dado que se precisa un grado extremadamente alto de cumplimiento terapéutico a fin de prevenir la aparición de farmacorresistencias y de fracaso terapéutico, es crítico que los pacientes comiencen el tratamiento únicamente después de haber recibido una orientación detallada sobre las posibles reacciones adversas a los medicamentos, instrucciones sobre la posología y la importancia de un cumplimiento estricto”.¹⁵

2.2.5 La importancia del cumplimiento con el tratamiento antirretroviral

Se deben hacer todos los esfuerzos dirigidos a ofrecer tanto apoyo como sea posible con el fin de permitir que el paciente cumpla con la pauta de tratamiento. Se precisan altos niveles de cumplimiento si se espera un tratamiento antirretroviral eficaz. En un estudio, Paterson y colaboradores concluyeron que tomar más del 95% de los medicamentos antirretrovirales formulados ofrece a los pacientes 80% de posibilidades de interrumpir la replicación del virus. Esta posibilidad se reduce al 20% cuando se toman menos del 80% de las dosis.²²

2.2.6 Complicaciones eventuales

La toma del tratamiento antirretroviral al mismo tiempo que el tratamiento antituberculoso puede conducir a interacciones entre los medicamentos, que el paciente puede no tolerar, impone una gran carga de comprimidos que puede representar un obstáculo en el cumplimiento y provoca una exacerbación de la tuberculosis, que acompaña a la recuperación del sistema

inmunitario.¹⁵ También puede existir un problema con la eficacia de algunos medicamentos antirretrovirales y la rifampicina, debido a interacciones medicamentosas.

En condiciones ideales, el tratamiento antirretroviral no se debería iniciar hasta no haber completado con éxito el tratamiento antituberculoso. Sin embargo, cuando el paciente está muy enfermo, puede ser necesario un tratamiento antirretroviral concomitante. En estos casos, se debe vincular a un personal de salud con experiencia en ambos tratamientos, contra el VIH y la tuberculosis, de manera que pueda detectar y manejar adecuadamente cualquier complicación.

2.2.7 Prevención de la transmisión del VIH

Toda persona con una serología positiva para el VIH debe recibir orientación acerca de la prevención de la transmisión a otras personas. El paciente necesita consejos con relación a la práctica de relaciones sexuales sin riesgo y a evitar comportamientos arriesgados como el compartir agujas cuando consume drogas intravenosas.

La transmisión del VIH entre pacientes en los establecimientos de salud se puede evitar si se respetan los procedimientos de esterilización recomendados para los equipos médicos, quirúrgicos y odontológicos y se reduce el uso de inyecciones en general. En raras ocasiones, el personal de salud se puede infectar por lesiones con agujas o con otros objetos cortantes contaminados. Estos riesgos se reducen en forma considerable cuando se cumplen los procedimientos corrientes de control de infecciones y se desechan los objetos cortantes en forma segura según las políticas locales.

2.2.8 Apoyo y orientación continuos

El paciente se puede encontrar muy angustiado al conocer que está infectado por el VIH además de padecer tuberculosis. Es primordial evaluar las reacciones del paciente y responder en forma apropiada, de manera que se establezca confianza con la atención ofrecida. Es necesario considerar la revelación del estado de la serología VIH del paciente, pero de nuevo, se puede precisar abordar el tema en varios tiempos, a fin de ofrecer al paciente la oportunidad de aceptar el diagnóstico, asimilarlo y comprender la enfermedad.

2.2.9 Evaluación de la necesidad de información del paciente

Es primordial que el paciente reciba la información necesaria a fin de ayudarlo a permanecer saludable. Son muchos los aspectos que precisan

consideración, pero es importante aportar la información en varios tiempos, pues el paciente puede encontrar difícil asimilar grandes volúmenes de información cuando se encuentra angustiado. Se deben evaluar las necesidades de información sobre el VIH del paciente que acaba de recibir el diagnóstico de su coinfección, de la misma manera que se evaluaron sus necesidades referentes a la tuberculosis (véase estándar IV.1). No se puede asumir que el paciente captará todo cuanto se le diga y por ello es importante verificar lo que el paciente comprendió y motivarlo a hacer preguntas.

2.2.10 *Vínculo con otros servicios*

Es probable que el paciente presente necesidades complejas que requieran de una variedad de servicios ofrecidos por organizaciones locales por fuera de la unidad de gestión. Se debe poner al paciente al corriente de otras organizaciones en la comunidad local donde puede encontrar ayuda. Las transferencias solo se deben efectuar con la autorización explícita del paciente, pues es preciso conservar la confidencialidad si se espera establecer la confianza en el servicio.

2.2.11 *Documentación*

Es necesario mantener un registro claro, oportuno y exacto con el fin de vigilar el progreso de cada paciente y su tratamiento. Se deben seguir las políticas y los procedimientos nacionales en términos de los métodos de registro de la información referente a los pacientes coinfectados.

2.3 Recursos

- Se debe contar con planes, recomendaciones y políticas conjuntos de tratamiento y atención a los pacientes coinfectados, elaboradas en colaboración entre el programa nacional de SIDA y el programa nacional de tuberculosis. Estos deben comprender orientaciones sobre la documentación.
- El personal debe poseer conocimiento del tratamiento y la atención de la tuberculosis y la infección por el VIH.
- Seguimiento por personal de enfermería y médico con la experiencia apropiada en ambas enfermedades.
- Se debe mantener el espacio de la privacidad.
- Suministros fiables y almacenamiento de medicamentos y materiales de laboratorio para el tratamiento y vigilancia de la tuberculosis y las

infecciones frecuentes asociadas con el VIH y también la profilaxis con cotrimoxazol.

- Educación en grupos sobre una variedad de temas asociados con el tratamiento, prácticas sexuales sin riesgo y prevención de otras infecciones.
- Acceso a los diferentes servicios locales de apoyo, que pueden ofrecer atención complementaria a los pacientes según sus necesidades.
- Personal capacitado con acceso a la información, como las recomendaciones de la OMS, IMAI (Atención integrada a las enfermedades de los adolescente y adultos) y ONUSIDA.
- Procedimientos establecidos de control de la tuberculosis y la infección por el VIH en acuerdo con las recomendaciones de la OMS.^{17, 23}
- Sistema de transferencia para una atención continúa de los pacientes al completar su tratamiento antituberculoso.

2.4 Práctica profesional

El profesional sanitario tiene que evaluar al paciente cuando se establece el diagnóstico de su coinfección por tuberculosis y VIH y en forma continua en las siguientes consultas. Se deben examinar los siguientes aspectos:

- La comprensión del paciente sobre la tuberculosis y la infección por el VIH, cómo se transmite y cómo se trata.
- La presencia de trastornos relacionados con el VIH que pueden precisar o no tratamiento.
- La disposición del paciente a comenzar el tratamiento antirretrovírico y su capacidad de cumplir con el mismo.
- Aspectos psicosociales que pueden afectar la atención al paciente o su tratamiento.
- Los sentimientos del paciente sobre la revelación a otras personas de su estado relativo al VIH y la tuberculosis.
- Cualquier reacción adversa a los medicamentos que puede estar presentando el paciente y la medicación que puede ser la causa.

Después de las evaluaciones:

- Se puede suministrar la información de apoyo apropiada, cuando el paciente la necesite y pueda asimilarla.
- Se pueden realizar remisiones con el acuerdo del paciente según sus necesidades y los servicios locales existentes.

- Las reacciones adversas a los medicamentos, ya sea por el tratamiento antituberculoso[†] o el tratamiento del VIH se pueden manejar adecuadamente.¹⁷
- Cuando el paciente está en tratamiento antirretroviral se requieren evaluaciones periódicas referentes a:
 - Todo cambio en el estado del paciente, por ejemplo la ganancia de peso y la resolución de las infecciones oportunistas pueden indicar una buena respuesta al tratamiento; los recuentos de CD4 también se pueden usar, pero no siempre son accesibles.
 - Nota:** El personal de salud debe conocer el síndrome de reconstitución inmunitaria, que puede agravar la tuberculosis incluso cuando se está recuperando el sistema inmunitario.
 - Verificación que la pauta y dosificación formuladas corresponden a las recomendaciones nacionales.
 - Vigilancia de laboratorio según las políticas locales.¹⁶
 - Cumplimiento del paciente con la pauta formulada.
- Los principios de apoyo al cumplimiento son los mismos para el tratamiento antirretroviral que para el tratamiento antituberculoso, a saber: sistemas que garanticen que se cuenta con todos los medicamentos sin costo alguno, la implicación de la familia o de miembros de la comunidad, apoyo psicosocial, el uso de pastilleros o de envases alveolados y TDO donde sea posible.¹⁶
- El personal de salud cumplirá con los procedimientos locales a fin de llevar una documentación clara, exacta y oportuna.
- El personal de salud preparará al paciente para la transferencia hacia un establecimiento conveniente para la continuación de la atención y tratamiento que precisa por la infección por el VIH.

2.5 Resultado

Los pacientes coinfectados completarán con éxito el ciclo de tratamiento antituberculoso y al mismo tiempo recibirán apoyo, atención y tratamiento de la infección por el VIH y se transferirán a los servicios apropiados para la continuación de su atención del VIH.

[†] *Orange Guide* Capítulo III.A.4.4.

Tabla VII.1 Aspectos referentes al tratamiento antirretroviral

La OMS recomienda el uso de ciertas pautas estandarizadas de primera y segunda línea de tratamiento antirretroviral.¹⁶

Todas las decisiones referentes al tratamiento antirretroviral, cómo, cuándo iniciarlo o qué pauta terapéutica usar, deben cumplir con los protocolos y las recomendaciones nacionales. El tratamiento antirretroviral se puede iniciar entre 2 semanas y dos meses después del comienzo del tratamiento antituberculoso, es decir, cuando se tiene la certeza que el paciente tolera bien los medicamentos, al comienzo de la segunda fase o cuando se ha completado el tratamiento antituberculoso.

REFERENCIAS

1. Enarson D A, Rieder H L, Arnadottir T, Trébuq A. Management of tuberculosis: a guide for low-income countries. 5th ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2000.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 2nd ed. WHO/TB/97.220. Geneva, Switzerland: WHO, 1997.
3. World Health Organization. Operational guide for national tuberculosis control programmes on the introduction and use of fixed-dose combination drugs. WHO/CDS/TB/2002.308, WHO/EDM/PAR/2002. Geneva, Switzerland: WHO, 2002.
4. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2006–2015: actions for life towards a world free of tuberculosis. Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
5. World Health Organization. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes. WHO/HTM/TB/2004.344. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
6. Luthbert J M, Robinson L. The Royal Marsden Hospital manual of standards of care. London, UK: Blackwell Scientific Publications, 1993.
7. Bryar R M, Griffiths J M. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
8. Griffiths J M, Leeming A, Bryar R M. Chapter 5: Evaluating developments in practice. In: Bryar R M, Griffiths J M, eds. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
9. World Health Organization, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised international definitions in tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 213–215.
10. Enarson P, Enarson D A, Gie R. Management of the child with cough or difficulty breathing: a guide for low-income countries. 2nd ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2005.
11. Donovan J, Blake R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 1992; 34: 507–513.
12. Rieder H L. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7 (Suppl 3): S333–S336.
13. Crofton J, Horne N, Miller F. Clinical Tuberculosis. London, UK: TALC/Macmillan Press.
14. World Health Organization. Management of tuberculosis training for health facility staff. C: Treat TB patients. WHO/CDS/TB/2003.313c. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
15. Fujiwara P I, Clevenbergh P, Dlodlo R A. Management of adults living with HIV/AIDS in low-income, high-burden settings, with special reference to persons with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 946–948.

16. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
17. World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual. 2nd ed. WHO/HTM/TB/2004.329. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report: consultative meeting on HIV testing and counselling in the Africa Region. UNAIDS/05.07E. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Policy statement on HIV testing. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
20. Granich R, Binkin N J, Jarvis W R, et al. Guidelines for the prevention of tuberculosis in resource-limited settings. WHO/CDS/TB/99.269. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1999.
21. World Health Organization. Chronic HIV care with ARV therapy: integrated management of adolescent and adult illness—interim guidelines for first-level health workers. WHO/CDS/IMAI/2004.2. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
22. Paterson D L, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 21–30.
23. World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WHO/TB/99.269. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

1. Macq J C M, Theobald S, Dick J, Dembele M. An exploration of the concept of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 103–109.
2. Palacios E, Guerra D, Llaro K, et al. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 343–346.
3. Pratt R J, Grange J M, Williams V G. Tuberculosis: a foundation for nursing and healthcare practice. London, UK: Arnold, 2005.
4. World Health Organization. What is DOTS: a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. WHO/CDS/TB/99.270. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
5. World Health Organization. WHO report 2005. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO/HTM/TB/2005.349. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

Anexo 1: Herramienta para la implementación

Estándar:

Persona encargada: Fecha:

	¿A quién se debe implicar? Principales interesados directos	¿Qué recursos son necesarios? Materiales, tiempo y espacio	¿Quién debe hacer qué? ¿Quién debe tomar la iniciativa?	¿Fecha prevista para completar el tratamiento?
Modificar y acordar el estándar según las condiciones locales				
Evaluar la práctica y detectar las desviaciones (cambios que se deben hacer a fin de cumplir con el estándar)				
Elaborar un plan de acción				

	¿A quién se debe implicar? Principales interesados directos	¿Qué recursos son necesarios? Materiales, tiempo y espacio	¿Quién debe hacer qué? ¿Quién debe tomar la iniciativa?	¿Fecha prevista para completar el tratamiento?
Introducir las modificaciones				
Evaluar la práctica clínica con respecto al estándar				
Evaluar las áreas que precisan modificaciones				

Anexo 2: Características clínicas que indican la coinfección con el VIH en pacientes con tuberculosis¹⁷

Antecedentes	<p>Infección transmitida sexualmente</p> <p>Herpes zóster (zóster), que suele dejar una cicatriz.</p> <p>Neumonía reciente o recurrente</p> <p>Infecciones bacterianas graves (sinusitis, sepsis, piomiositis)</p> <p>Tuberculosis recientemente tratada</p>
Síntomas	<p>Pérdida de peso (>10 kg o >20% del peso original)</p> <p>Diarrea (más de un mes)</p> <p>Dolor retroesternal con la deglución (indica candidiasis esofágica)</p> <p>Sensación de quemadura en los pies (neuropatía sensorial periférica)</p>
Signos	<p>Cicatriz de herpes zóster</p> <p>Erupción cutánea papular pruriginosa</p> <p>Sarcoma de Kaposi</p> <p>Linfadenopatía simétrica generalizada</p> <p>Candidiasis bucal</p> <p>Queilitis angular</p> <p>Tricoleucoplaquia bucal</p> <p>Gingivitis necrotizante</p> <p>Afta gigante</p> <p>Úlcera genital dolorosa persistente</p>

Anexo 3: Transcripción modelo de la orientación previa y posterior a la prueba*

Una transcripción modelo de la orientación previa a la prueba

La infección por el VIH es frecuente en los pacientes de
En nuestra consulta se ofrece la prueba del VIH a todas las personas con tuberculosis, pues existen varias ventajas de conocer si uno está infectado o no. Algunas de ellas son:

- Acceso a la atención del VIH que puede mejorar su salud, si se encuentra que tiene la infección.
- Prevención de la diseminación del VIH a otras personas.
- Remisión a los servicios de prevención materno-infantil de la transmisión del VIH (cuando el paciente es una mujer).
- Capacidad de hacer planes para su futuro.

Con el fin de que usted obtenga los servicios necesarios, es importante saber si usted tiene o no tiene el VIH. A menos que usted se oponga, se le hará la prueba del VIH como parte de su cita de hoy. ¿Qué preguntas puedo responderle al respecto?

Una transcripción modelo de la orientación posterior a la prueba (resultado negativo)

El resultado de su prueba del VIH es negativo. Es importante que siga estando libre del VIH durante toda su vida. La infección por el VIH es frecuente en nuestra comunidad. Usted debe evitar las relaciones sexuales sin protección con una pareja que es positiva para el VIH o cuyo estado se desconoce. Algunas veces las parejas tienen diferentes resultados en la prueba del VIH. Usted mencionó antes que tiene una pareja. ¿Sabe si alguna vez él o ella se ha hecho la prueba del VIH? (asumiendo que no lo sabe):

En ese caso, le recomiendo que vayan juntos a para que les den orientación y le hagan la prueba.

Si su pareja no tiene el VIH, ambos pueden disfrutar su relación como les parezca, recordando siempre la necesidad de fidelidad mutua.

Si su pareja es VIH positiva, deben tener relaciones protegidas y siempre usar condones para protegerlo a usted del VIH. Le aconsejaría no tener relaciones con su pareja hasta que se haga la prueba y usted sepa si tiene el VIH.

Tenemos condones a su disposición en el consultorio y puede tomar algunos.

Espero que usted solicite a su pareja que se haga la prueba antes de su próxima cita, cuando conversaremos de nuevo.

¿Tiene preguntas?

Una transcripción modelo de la orientación posterior a la prueba (resultado positivo)

Yo sé lo difícil que puede ser recibir este resultado, saber que usted tiene el VIH. Es normal que se sienta irritado y abrumado inicialmente. Es necesario que se tome un tiempo para adaptarse y yo sé que con el tiempo podrá manejarlo. En esta consulta estamos para ayudarlo. Además, la mayoría de las personas encuentra útil contarle a alguien sobre sus problemas y recibir ayuda. ¿Hay alguien con quien usted pueda hablar sobre lo que ocurrió hoy?

Además del apoyo de la familia, usted necesita tratamiento médico, el cual le puede ayudar a sentirse mejor, aunque tenga tuberculosis e infección por el VIH. En esta consulta le ofrecemos otras pruebas para el VIH como el recuento de CD4.

Como usted sabe, el VIH se puede diseminar por las relaciones sexuales. Por ello, es importante que su pareja se haga la prueba ahora mismo, a fin de determinar el resultado. ¿Piensa que su pareja estaría interesada en acudir a esta consulta con usted, cuando vuelva la próxima vez? Como usted recibe atención por tuberculosis en esta consulta, podemos ayudar a su familia con las pruebas para ambas enfermedades.

¿Tiene preguntas?

* Tomada de ejemplos utilizados en la práctica en regiones de Zimbabwe, basada en materiales elaborados por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC. Diagnóstico y orientación sobre el VIH en centros clínicos de atención de tuberculosis. Atlanta, GA, USA: CDC, 2005).

ISBN: 978-2-914365-37-6