

MEJORES PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Guía para países de bajos ingresos

**Segunda Edición
2017**

MEJORES PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Guía para países de bajos ingresos

2017

Comité de redacción de la 2ª edición

Gini Williams

Carrie Tudor, Consejo Internacional de Enfermeras

Sirinapha Jittimane, Ministerio de Salud Pública, Tailandia

Evita Biraua, Agencia Estatal contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Letonia

Paula I. Fujiwara, La Unión

Riitta Dlodlo, La Unión

Rajita Bhavaraju, Instituto Global de la Tuberculosis de la Facultad de Medicina de Nueva Jersey en Rutgers

Ann Raftery, Centro Internacional de la Tuberculosis Curry, Universidad de California, San Francisco

Colaboradores

Durante el desarrollo de esta guía contamos con la valiosa colaboración de:

El Grupo de Trabajo para la Implementación de las Mejores Prácticas de la Subsección de Enfermeras y Profesionales Sanitarios, la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión)

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión), en virtud del Acuerdo de cooperación de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU. número: 5U52PS004641-02 y una subvención de United Way Worldwide que ha sido posible gracias a la generosidad de la Fundación Lilly en nombre de Lilly MDR-TB Partnership con el Consejo Internacional de Enfermeras.

Índice

	Abbreviations	iii
1	Introducción	1
2	Aplicación de las mejores prácticas: Cómo utilizar esta guía	3
2.1	Establecimiento de pautas	3
2.2	Desarrollo de las pautas de mejores prácticas en el campo de la atención de pacientes con TB	3
2.3	Auditoría clínica	5
2.4	Evaluación de la atención brindada a personas afectadas por TB	6
2.5	Desarrollo de prácticas como medio de llevar a cabo una investigación operativa	7
3	Identificar un caso activo de TB	8
3.1	Pauta: Evaluación de un paciente que podría tener TB	8
3.1.1	Enunciado de la pauta	8
3.1.2	Fundamento	8
3.1.3	Recursos	12
3.1.4	Práctica profesional	13
3.1.5	Resultado	13
3.2	Pauta: Recolección de esputo para el diagnóstico	13
3.2.1	Enunciado de la pauta	13
3.2.2	Fundamento	14
3.2.3	Recursos	15
3.2.4	Práctica profesional	15
3.2.5	Resultado	17
4	Inicio del tratamiento: atención a los pacientes, sus familias y personas cercanas	18
4.1	Pauta: Registro y atención de pacientes recientemente diagnosticados de la TB	18
4.1.1	Enunciado de la pauta	18
4.1.2	Fundamento	18
4.1.3	Recursos	21
4.1.4	Práctica profesional	22
4.1.5	Resultado	25
4.2	Pauta: Inicio del tratamiento – disponer el tratamiento bajo observación directa (DOT) en la fase intensiva	25
4.2.1	Enunciado de la pauta	25
4.2.2	Fundamento	25
4.2.3	Recursos	26
4.2.4	Práctica profesional	27
4.2.5	Resultado	28
4.3	Pauta: Rastreo e investigación de contactos	28
4.3.1	Enunciado de la pauta	28
4.3.2	Fundamento	28
4.3.3	Recursos	29
4.3.4	Práctica profesional	29
4.3.5	Resultado	30
5	Atención durante la fase intensiva: promoción del cumplimiento	31
5.1	Pauta: Atención y seguimiento del paciente	31
5.1.1	Enunciado de la pauta	31
5.1.2	Fundamento	31
5.1.3	Recursos	33

5.1.4	Práctica profesional	36
5.1.5	Resultado	37
5.2	Pauta: Rastreo de pacientes que no concurren a las citas	37
5.2.1	Enunciado de la pauta	37
5.2.2	Fundamento	37
5.2.3	Recursos	38
5.2.4	Práctica profesional	39
5.2.5	Resultado	40
6	Tención durante la fase de continuación	41
6.1	Pauta: Evaluación del paciente durante la transición entre la fase intensiva y la fase de continuación	41
6.1.1	Enunciado de la pauta	41
6.1.2	Fundamento	41
6.1.3	Recursos	42
6.1.4	Práctica profesional	42
6.1.5	Resultado	43
6.2	Pauta: Gestión de casos durante la fase de continuación	43
6.2.1	Enunciado de la pauta	43
6.2.2	Fundamento	43
6.2.3	Recursos	44
6.2.4	Práctica profesional	45
6.2.5	Resultado	45
6.3	Pauta: Gestión de la transferencia	45
6.3.1	Enunciado de la pauta	45
6.3.2	Fundamento	46
6.3.3	Recursos	46
6.3.4	Práctica profesional	46
6.3.5	Resultado	47
7	Prueba de vih y atención de pacientes con TB y VIH	48
7.1	Pauta: Análisis de VIH	48
7.1.1	Enunciado de la pauta	48
7.1.2	Fundamento	48
7.1.3	Recursos	49
7.1.4	Práctica profesional	50
7.1.5	Resultado	52
7.2	Pauta: Atención del paciente coinfectado por TB y VIH	52
7.2.1	Enunciado de la pauta	52
7.2.2	Fundamento	52
7.2.3	Recursos	54
7.2.4	Práctica profesional	54
7.2.5	Resultado	55
	Referencias	56
	ANEXO 1: Ejemplos de herramientas de ejemplo para la práctica de la evaluación, planificación y aplicación	59
	ANEXO 2: Muestra de herramienta para detectar síntomas de la TB	60
	ANEXO 3: Características clínicas que sugieren la coinfección por VIH en pacientes con TB	61
	ANEXO 4: Modelos de texto para usar antes y después del análisis	62

Abreviaturas

ARV	antirretrovirales
BAR	bacilos acidorresistentes
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU.
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
DM	diabetes mellitus
DOT	tratamiento bajo observación directa
DOTS	tratamiento bajo observación directa de corta duración
DR-TB	tuberculosis resistente a fármacos
DST	prueba de susceptibilidad a fármacos
DS-TB	tuberculosis susceptible a fármacos
EPP	equipo de protección personal
IM	inyecciones intramusculares
IMAI	Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos
ITS	infección transmitida sexualmente
La Unión	Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
LPA	ensayo con sonda en línea
LTBI	infección por tuberculosis latente
MDR-TB	tuberculosis multirresistente
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PICT	análisis y asesoramiento sobre VIH iniciados por el proveedor
PLWHA	personas que viven con VIH/SIDA
PNS	Programa Nacional contra el SIDA
PNT	Programa Nacional contra la Tuberculosis
PS	profesional sanitario
RR-TB	tuberculosis resistente a rifampicina
SIRI	síndrome inflamatorio de reconstitución inmune
TAR	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TPC	tratamiento preventivo con cotrimoxazol
TPI	tratamiento preventivo con isoniacida
TST	prueba cutánea de la tuberculina (Tuberculin Skin Test)
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
XDR-TB	tuberculosis ampliamente resistente a fármacos

1

Introducción

Esta guía ha sido elaborada para profesionales sanitarios que participan en la detección y la atención de pacientes con *Mycobacterium tuberculosis* (TB) en ámbitos de atención sanitaria primaria, comunitaria y aguda (hospital). Nace de la idea de que la atención de alta calidad para los pacientes es clave para mejorar los resultados del programa, y ahora se extiende a cumplir los nuevos objetivos centrados en las personas que se establecen en el *Plan mundial para poner fin a la TB: 2016–2020 – el cambio de paradigma*¹ para llegar al 90 % de todas las personas que necesitan tratamiento para la TB, incluido el 90 % de las personas en poblaciones clave, y lograr al menos 90 % de éxito en el tratamiento.¹ Esta guía respalda el énfasis del *Plan mundial* en la atención centrada en el paciente, basada en los derechos humanos y ofrece una forma práctica para lograrlo.

Se proporcionan instrucciones detalladas sobre las buenas prácticas para la atención y el apoyo a personas que se presentan ante los servicios sanitarios con síntomas indicativos a lo largo de las diferentes etapas del diagnóstico y hasta el fin del tratamiento, si se determina que padecen la enfermedad activa. El término TB hace referencia a todos los tipos de la TB, incluso las formas resistentes, a menos que se especifique lo contrario. En esta segunda edición incorporamos más información sobre la TB resistente a fármacos (DR-TB), pero los principios subyacentes de atención centrada en el paciente se mantienen. Cualquiera sea la duración o gravedad de la enfermedad, se debe evaluar a cada paciente de forma individual.

La guía se basa en las buenas prácticas existentes y se ha elaborado con la colaboración de enfermeras que trabajan en una amplia variedad de ámbitos, pero se enfoca principalmente en las áreas con recursos limitados. Representa el punto de vista del personal técnico de La Unión y de la red de Enfermeras y Profesionales Sanitarios entre los miembros de La Unión. Las mejores prácticas se presentan como una serie de pautas que se pueden adaptar a los servicios locales en países de ingresos bajos y medios y que fomentan la evaluación a través del uso de resultados cuantificables. Cada pauta corresponde a un punto importante en el diagnóstico o tratamiento de un paciente con TB, tomando como referencia las estrategias recomendadas por La Unión^{2,3} y los regímenes de tratamiento recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para TB susceptible a fármacos y TB resistente a fármacos.^{4,5} A lo largo de esta guía, se remitirá a los lectores, a través de notas al pie, a la información relevante publicada en dos guías distintas de La Unión: *Manejo de la Tuberculosis: Una guía esencial de buenas prácticas, 6ª edición, 2010* (denominada *Guía Naranja*)² y *Lineamientos para el Manejo Clínico y Operativo de la Tuberculosis Drogorresistente, 2013* (denominada *Guía de DR-TB*).³ Otros materiales de referencia importantes se indican al final del documento y todos coinciden con las estrategias recomendadas a nivel internacional.

El *Plan Mundial*¹ establece un plan presupuestado de cinco años para respaldar la implementación de la *Estrategia para poner fin a la TB 2016 – 2035*⁶ de la OMS. La primera edición de esta guía se basó en la estrategia de manejo de la TB, que ha sido desarrollada por La Unión y adoptada oficialmente por la OMS como el tratamiento bajo observación directa de corta duración (DOTS, por sus siglas en inglés). Esta edición se alinea con la *Estrategia para poner fin a la TB*⁶ que fue aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud en 2014 y, aunque se mantienen los principios esenciales de la *Estrategia DOTS* (1994-2005) y la *Estrategia para poner fin a la TB* (2006-2015)⁷, se adopta un punto de vista más amplio respecto de lo necesario para lograr un control duradero de la TB.

Los tres pilares que componen la *Estrategia para poner fin a la TB*⁶ son:

1. Atención y prevención integrada, centrada en el paciente
2. Políticas firmes y sistemas de apoyo
3. Investigación e innovación intensificada.

Dado que esta guía trata sobre la atención directa de pacientes desde antes del diagnóstico hasta el fin del tratamiento, el foco principal estará en la implementación práctica de los primeros tres elementos del pilar uno (Tabla 1). La primera edición ya enfatizaba la necesidad de un abordaje de la atención centrado en el paciente, de manera que gran parte del contenido es relevante en la actualidad y, por lo tanto, no se ha modificado. La mayoría de las modificaciones se relacionan con actualizaciones necesarias para tomar en cuenta los nuevos avances en el diagnóstico y tratamiento, el nuevo cuadro epidemiológico de la enfermedad y, en particular, el aumento observado de DR-TB. También se da más atención a la prevención de infecciones en todas las etapas.

Tabla 1: La Estrategia para poner fin a la TB – Pilar 1: Atención y prevención integrada, centrada en el paciente y sus cuatro componentes⁶

A. Diagnóstico temprano de la tuberculosis, incluso la prueba de susceptibilidad a fármacos universal y la evaluación sistemática de los contactos y los grupos de riesgo elevado
B. Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la tuberculosis resistente a fármacos, y apoyo al paciente
C. Actividades colaborativas para tuberculosis/VIH, y manejo de comorbilidades
D. Tratamiento preventivo de personas en riesgo elevado y vacunación contra la tuberculosis

Aseguramiento de la calidad

Esta guía tiene como objetivo utilizar un sistema reconocido de aseguramiento de la calidad, es decir, el establecimiento de pautas en función de la evidencia disponible y las buenas prácticas existentes para ofrecer una guía más exhaustiva para la atención de los pacientes en el contexto de la estrategia DOTS en países de bajos ingresos. **Se basa en gran medida en la evidencia recogida de expertos en el campo y ha sido elaborada en colaboración con proveedores de atención médica que utilizarán esta guía en la práctica.** Aquellos que trabajan en áreas con mejores recursos pueden estar interesados en adaptar las pautas para abarcar el equipamiento de diagnóstico y tratamiento más amplio al que tienen acceso.

El proceso de mejora de la calidad de la atención a través del establecimiento de pautas y la auditoría clínica se describe en el Capítulo 2, donde también se ofrece orientación sobre cómo implementar las mejores prácticas en el terreno. Esta guía toma en cuenta los comentarios recibidos sobre la primera edición en las reuniones anuales del Grupo de Trabajo para la Implementación de las Mejores Prácticas de la subsección de Enfermeras y Profesionales Sanitarios de La Unión que se llevan a cabo durante la Conferencia Mundial de La Unión sobre Salud Pulmonar de La Unión y del uso de la guía como parte esencial de los cursos del *Proyecto TB/MDR-TB* del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) sobre Capacitación para la transformación de la atención de los pacientes con TB y MDR-TB que se ha aplicado en 17 países diferentes.⁸

2

Aplicación de las mejores prácticas: Cómo utilizar esta guía

El propósito de esta guía es que se utilice como herramienta para el desarrollo, la educación y la investigación sobre las prácticas que, a su vez, llevarán al desarrollo de prácticas basadas en la evidencia en relación con la atención de personas afectadas por la TB. El objetivo es mejorar la calidad de la atención a través de un sistema reconocido de establecimiento de pautas y auditoría clínica que está consolidado en la profesión de enfermería. Estas pautas están arraigadas en la práctica de aquellos que proporcionan atención en persona a diario y pueden ser utilizadas directamente por los proveedores de atención médica individual. Por consiguiente, son distintas de *las Pautas internacionales para la atención de la TB*,⁹ que son más teóricas y consisten esencialmente en el establecimiento de las pautas y los fundamentos asociados.

2.1 Establecimiento de pautas

Dentro del contexto de la enfermería, es útil establecer pautas para las mejores prácticas con el fin de dejar claro qué tipo de atención se desea brindar a los pacientes y sus allegados. El establecimiento de pautas ofrece la oportunidad de planificar la atención del paciente en función de la información disponible (incluida la investigación y las directrices), el ámbito local y los recursos disponibles. Además, proporciona un modo objetivo para determinar si se han logrado resultados cuantificables.

Es fundamental que los niveles de excelencia se definan a nivel local, y el propósito es que estas pautas se utilicen como guía y se adapten al ámbito local. Esto es esencial para promover un sentido de pertenencia y fomentar la credibilidad profesional.¹⁰ Las pautas que se describen en esta guía tienen por fin permitir la adaptación a países de bajos ingresos, pero se pueden utilizar los mismos principios para crear pautas adicionales que incluyan los servicios más completos que se ofrecen en lugares donde hay recursos disponibles para brindar una amplia gama de opciones de diagnóstico y tratamiento.

El abordaje Marsden para el establecimiento de pautas¹⁰ que se utiliza en esta guía proporciona un marco que consiste en el enunciado de la pauta, su fundamento, los recursos, la práctica profesional y los resultados (Tabla 2.1). A su vez, esto permite que las pautas se basen en la evidencia disponible y sean adecuadas para el ámbito local.

2.2 Desarrollo de las pautas de mejores prácticas en el campo de la atención de pacientes con TB

Las pautas que se describen en esta guía se basan en las mejores prácticas en áreas con alta prevalencia de la TB. Se elaboraron en colaboración con enfermeras experimentadas que participan en la atención de pacientes con TB y coordinan las medidas de atención y control de la TB en el terreno. El objetivo es proporcionar orientación realista a quienes participan en la atención de personas afectadas por la TB en países de bajos ingresos y otros ámbitos con escasos recursos.

Se insiste especialmente en la necesidad de documentación precisa, que es esencial para la buena atención del paciente, así como para la gestión de los resultados a través de la elaboración de informes trimestrales. Cada pauta tiene un resultado cuantificable que debe ser específico para el ámbito local y se debe auditar con regularidad para garantizar la calidad.

Tabla 2.1: El marco Marsden para el establecimiento de pautas¹⁰

<i>Componente</i>	<i>Definición</i>
Enunciado de la pauta	Un enunciado claro y conciso que detalla el nivel de atención que se debe alcanzar para pacientes con un problema o necesidad definidos.
Fundamento	El apoyo necesario en función de la evidencia disponible en relación con el problema en cuestión y el nivel de atención que se debe alcanzar.
Recursos	<p>Lo qué se necesita para alcanzar el nivel de atención definido:</p> <p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento y las habilidades requeridas por los profesionales sanitarios • Acceso a capacitación y educación relevantes • Participación de los familiares, grupos de apoyo a pacientes y organizaciones de la sociedad civil de acuerdo con las necesidades y preferencias individuales del paciente • Los miembros necesarios en un equipo multidisciplinario • Papel y función de la gestión con respecto al cumplimiento de los requisitos. <p>Equipamiento y suministros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso al equipamiento especializado y no especializado necesario • Acceso a materiales impresos para los pacientes y las personas que los apoyan • Equipamiento de protección • Políticas y procedimientos disponibles para el personal. <p>Entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entorno del paciente (p. ej., privacidad, posibilidad de aislamiento, etc.) • Entorno del personal (p. ej., espacio para el trabajo clínico y administrativo; almacenamiento, etc.)
Práctica profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos fundamentales de la valoración, planificación, aplicación y evaluación • Destacar aspectos específicos de la práctica profesional que son relevantes para el problema/necesidad del paciente • Sugerencias en relación con la identificación y referencia a los proveedores de atención adecuados, incluidos familiares, ONG locales y organizaciones de la sociedad civil • Documentación necesaria en relación con los registros de pacientes y para la evaluación.
Resultado	<p>Resultados esperados de la intervención planificada que se pueden valorar a través de la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del paciente • Satisfacción del personal • Evidencia documental (p. ej., fichas médicas, registros).

2.3 Auditoría clínica

La primera etapa para mejorar la calidad global de la atención del paciente consiste en determinar las fortalezas y debilidades del servicio existente. La auditoría clínica proporciona un abordaje sistemático para evaluar la práctica actual con respecto a las pautas acordadas y para hacer los cambios con un proceso integrado de evaluación. Los profesionales sanitarios que utilicen esta guía descubrirán que gran parte de su práctica refleja lo que se describe en las pautas y les resultará útil pensar que son similares al proceso de enfermería para el que se capacita a las enfermeras con el fin de **evaluar** las necesidades individuales del paciente, **planificar** la atención, **aplicar** el plan y **valorar** el resultado. La idea es identificar las áreas que se podrían mejorar y preguntarse:

Cuáles son las prioridades para la mejora?

Qué prioridades presentan las mejores posibilidades para el desarrollo de la práctica en las circunstancias actuales, p. ej., qué capacidad de cambio existe?

Qué motivación hay para introducir cambios?

Los componentes clave de la auditoría clínica son: el establecimiento de pautas basadas en evidencias; la valoración de la práctica actual con respecto a estas pautas; la identificación de deficiencias; el desarrollo de prácticas para corregir esas deficiencias; y la evaluación de los cambios introducidos con respecto a las pautas establecidas (Figura 2.1). Se concibe como un proceso cíclico que enfatiza el hecho de que el desarrollo de prácticas es un proceso dinámico y su evolución se debe reevaluar de forma constante.

Figura 2.1: Ciclo de auditoría¹¹



Fuente: Adaptado de Bryar, R. M. & Griffiths, J. M. (eds.) 2003. *Practice development in community nursing: Principles and processes*.

Es importante valorar las fortalezas de un servicio y fomentarlas para motivar al personal y apoyar pequeños cambios que, probablemente, redunden en mejoras a corto plazo. Esta es una forma importante de lograr un cambio satisfactorio en primera instancia y generar en el personal la confianza y el entusiasmo para buscar otras áreas que deben mejorarse. Hay más probabilidades de fracasar cuando las expectativas no son realistas o el desafío es demasiado grande. El fracaso puede llevar a la desmotivación y a la desmoralización.

La magnitud de la tarea dependerá de:

- fuerte liderazgo
- apoyo local
- capacidad del personal y
- motivación

Antes de comenzar a aplicar cualquiera de las pautas, se debe identificar qué elementos necesitan adaptación para que la pauta en cuestión sea relevante y comprensible dentro del contexto local (p. ej., garantizar que la terminología es la que se utiliza habitualmente). Las herramientas de ayuda para esta etapa de la auditoría clínica se indican en el Cuadro 2.1. Tomar en consideración la estructura de supervisión de la organización y garantizar que las autoridades adecuadas (gerentes) participen en la selección de una persona para que lidere y coordine el equipo que contribuirá a la auditoría. Lo ideal sería que el equipo de auditoría clínica estuviese compuesto por representantes de diversas disciplinas, incluido un representante de los pacientes, si fuese adecuado.

Cuadro 2.1: Herramientas de ejemplo para la evaluación, planificación y aplicación de las prácticas

<i>Herramientas de ejemplo</i>	<i>Objetivo</i>	
ETAPA 1: Evaluación y preplanificación	Ayudar al usuario a evaluar de forma sistemática la práctica actual, el impacto de la práctica actual sobre la prestación del servicio, la identificación de déficits de recursos y los cambios necesarios en la práctica.	Anexo 1
ETAPA 2: Planificación y aplicación	Ayudar a guiar el proceso de planificación para garantizar que se incluyan suficientes detalles en el plan en relación con los recursos necesarios, las medidas específicas que se deben tomar para mejorar la práctica actual, las responsabilidades y previstas para lograr las medidas.	Anexo 1

La capacitación será inevitablemente una parte importante de este proceso si se identifican carencias en relación con conocimientos y habilidades esenciales. Sin embargo, este abordaje holístico para el desarrollo de prácticas toma en cuenta el entorno de la práctica y los recursos disponibles, así como las necesidades de capacitación. A menudo se supone que un evento de capacitación cambiará las prácticas sin tener en consideración las situaciones o las dificultades a las que se enfrentan quienes se capacitan cuando intentan aplicar las prácticas recomendadas.

La educación participativa, incluido el trabajo en grupo y el debate con un seguimiento regular pueden ser más eficaces que un abordaje de salón de clases tradicional que simplemente se centra en la diseminación de la información.¹¹ Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con TB sabrán que el mero hecho de decirle al paciente cómo tomar su medicación, sin tener en cuenta las dificultades que pueda enfrentar para hacerlo y sin ofrecer ningún apoyo, con frecuencia, conducirá al incumplimiento terapéutico. Es igual de difícil para los profesionales sanitarios cambiar sus prácticas cuando no se tienen en cuenta las condiciones en las que trabajan.

2.4 Evaluación de la atención brindada a personas afectadas por TB

La evaluación, con frecuencia, puede representar un desafío, especialmente si el resultado es diferente de lo previsto, pero es esencial que se lleve a cabo para determinar qué funciona y qué no, y para identificar los posibles problemas que se deben resolver. Algunas veces, un resultado no previsto puede llevar a una intervención o servicio más amplio de lo que se esperaba inicialmente. Puede ser atractivo hacer una intervención específica sin planificar evaluarla porque existe buena evidencia de que ha sido eficaz en otra parte. El problema que surge aquí es que el proceso de desarrollar buenas prácticas a través del establecimiento de pautas es específico para un contexto y puede ser necesario alterar la intervención para que sea eficaz en un ámbito diferente.¹²

- En programas y prestación de servicios para TB, el personal de enfermería recoge de forma habitual datos relacionados con el hallazgo de casos y los resultados del tratamiento. Estos datos recogidos de forma habitual podrían ser útiles para evaluar varias prácticas diferentes, por ejemplo:
 - El análisis trimestral de cohortes proporciona información regular sobre los resultados globales del programa y puede señalar problemas relacionados con las tasas de conversión del esputo, pérdida durante el seguimiento, etc. El Coordinador de la Unidad responsable de llevar a cabo el análisis puede examinar los datos de resultados con la colaboración de los profesionales sanitarios relevantes para ofrecer un panorama más claro sobre lo que sucede a nivel local, incluidas las señales de fortalezas y debilidades del servicio.
 - La comparación de los registros de los laboratorios con los registros de TB permite evaluar la cantidad de casos de frotis de esputo positivos que realmente iniciaron un tratamiento y en qué período de tiempo y/o cuántos con un factor de riesgo para resistencia a fármacos (p. ej., tratamiento previo) enviaron una muestra para MTB/RIF Xpert® (o cultivo) al iniciar el tratamiento.
 - Los datos de resultados de tratamiento se pueden seguir antes y después de la intervención para evaluar la eficacia de la intervención. Además, pueden señalar y ayudar a monitorizar las tasas de pérdida durante el seguimiento, fracaso o muerte.
 - Las fichas de los pacientes/del tratamiento pueden mostrar patrones de cumplimiento terapéutico.

Básicamente, si se identifica un problema, se puede introducir un cambio en la práctica y medir su impacto utilizando los mismos datos, así como otros medios de evaluación, tales como la experiencia del paciente y/o la reacción del personal, dependiendo de quién participe en el cambio.

2.5 Desarrollo de prácticas como medio de llevar a cabo una investigación operativa

El proceso de emprender la valoración inicial, planificar los cambios, aplicar dichos cambios y llevar a cabo una evaluación puede abordarse como un proyecto piloto y se puede redactar como un artículo de investigación. Los proyectos de investigación tienden a seguir un formato similar: identificar el problema o cuestión; analizar la literatura relevante (libros y artículos) que comente algo sobre el tema; explicar qué se planifica hacer, cómo se va a hacer y por qué; registrar y analizar los resultados/hallazgos y examinar lo que sucedió. Esto, a su vez, constituirá información para la práctica basada en evidencias y motivará a otros a utilizar procesos similares.

Si esta es la intención, recoger datos iniciales es esencial para evaluar cualquier cambio observado tras la intervención. Los programas de TB recogen de forma habitual datos sobre todos los aspectos de la atención que podrían utilizarse para guiar y responder los interrogantes de la investigación. Si es posible y viable, podría ser útil establecer un contacto con un departamento de enfermería o investigación social a nivel local. Con una planificación clara y minuciosa, incluso podría ser posible solicitar subsidios, que a veces se ponen a disposición a través de ONG y departamentos gubernamentales.

3

Identificar un caso activo de TB

La fase de diagnóstico es fundamental para el hallar casos de forma eficaz. Cuando una persona con síntomas llega a un centro de atención sanitaria, ya ha percibido que algo no está bien y ha decidido buscar ayuda. Si esta persona recibe indicaciones confusas o un trato inadecuado, es posible que no vuelva o no siga ninguna de las instrucciones recibidas. Las dos pautas en esta sección se centran en obtener un diagnóstico preciso y, a la vez, mantener la cooperación del paciente. Cabe señalar que la precisión del diagnóstico depende de la calidad de la muestra de esputo y la prueba de diagnóstico de primera línea aprobada. En la mayoría de los casos será un examen microscópico de frotis para detectar bacilos acidorresistentes (BAR), pero en muchos países será una prueba molecular rápida aprobada, tal como MTB/RIF Xpert. Independientemente de la prueba de diagnóstico utilizada, identificar un caso de TB dependerá del conocimiento del PS sobre la TB y la atención e información proporcionadas al paciente y a sus familiares. La capacidad del personal de laboratorio y la calidad de los procesos de laboratorio también tienen un papel importante en la identificación de un caso de TB.

3.1 Pauta: Evaluación de un paciente que podría tener TB

3.1.1 Enunciado de la pauta

Se desarrolla una buena relación con el paciente mientras se evalúan e investigan de forma adecuada los síntomas, signos y factores de riesgo que concuerdan con la TB.

3.1.2 Fundamento

La importancia del diagnóstico precoz

Uno de los principales modos de controlar la TB es identificar y tratar la enfermedad en sus etapas iniciales. Así se evita la diseminación de los bacilos de TB, dado que cuanto antes se diagnostica y se inicia el tratamiento adecuado, menor es el tiempo en que la persona permanece con capacidad de contagiar. También beneficia al paciente físicamente, dado que el daño orgánico seguirá aumentando mientras la enfermedad permanezca sin tratar.

Mantener un ambiente seguro

Las personas contagian más antes de iniciar el tratamiento, y el personal, los pacientes, los familiares y otros visitantes requieren protección contra la exposición a la enfermedad. La mejor forma de lograrlo es a través de diferentes medidas:

- Seleccionar y priorizar a los pacientes con tos que ingresan a los centros de atención sanitaria
- En ámbitos con elevada carga de la TB, examinar a todos los pacientes que ingresan a centros de atención sanitaria para detectar síntomas comunes de la TB: tos de cualquier duración (para pacientes que viven con VIH) o tos de más de dos semanas (para personas sin VIH), fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y hemoptisis (tos con sangre) utilizando una herramienta de diagnóstico simple (véase el Anexo 2). Se debe solicitar a los pacientes con cualquiera de los síntomas anteriores que den una muestra de esputo para someterla a una prueba para detectar TB activa¹³
- Reducir la cantidad de bacilos de TB a la que están expuestas las personas al garantizar una ventilación adecuada en las áreas de espera y salas de consulta.

- Reducir el riesgo de transmisión al solicitar a los pacientes con tos que se cubra la boca cuando tosan y que desechen el esputo de forma segura y/o solicitar a las personas que pueden padecer TB o que se sabe que padecen TB que usen una máscara quirúrgica cuando tengan tos activa y no hayan iniciado el tratamiento o estén en la etapa inicial de su tratamiento de la TB
- Reducir el tiempo que se pasa en las áreas de espera general a través de selección por tos, donde se conduce a las personas que tosen a un área de espera bien ventilada y se los atiende de inmediato
- Proteger a los proveedores de atención médica que están en contacto habitual con pacientes con mascarillas N95 o FFP2
- Proporcionar tratamiento antirretroviral (TAR) y tratamiento preventivo con isoniacida (TPI) a profesionales sanitarios (PS) que tienen VIH.¹⁴

Identificar a alguien que podría padecer TB

Grupos especiales en riesgo de la TB

La OMS ha identificado diversas poblaciones clave que tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB. Algunos de estos grupos clave incluyen, entre otros, individuos con VIH o diabetes mellitus (DM), personas que consumen productos del tabaco, niños, adultos mayores, mineros, reclusos, población móvil, profesionales sanitarios, etc.¹³ Se puede encontrar información más detallada en el sitio web de la Stop TB Partnership, en <http://stoptb.org/resources/publications/>.

VIH: El VIH es el principal factor de riesgo para desarrollar TB activa, y la TB es la infección oportunista más común entre las personas que viven con VIH. Las personas que viven con VIH tienen 26 veces más probabilidades de desarrollar TB que aquellos que son negativos para el VIH.¹⁵ La TB es una de las principales causas de mortalidad entre las personas que viven con VIH, y mueren más por TB que por cualquier otra afección, ya que representa alrededor del 24 % de la mortalidad relacionada con el VIH.¹⁶

Diabetes: Los pacientes con diabetes tiene un riesgo tres veces mayor de desarrollar TB si se exponen a esta, y la OMS estima que el 15 % de los pacientes con TB también padece diabetes. Además, la OMS estima que la prevalencia mundial de la diabetes entre adultos es superior al 8 %.¹⁷

Personas que fuman tabaco: Se estima que aquellos que fuman tabaco tienen un riesgo más que duplicado de desarrollar TB y morir a causa de esta enfermedad. Se estima que aproximadamente el 20 % de la incidencia mundial de la TB puede estar relacionada con el tabaquismo, incluso en ausencia de consumo de alcohol u otros factores de riesgo como los factores de riesgo socioeconómicos. Además, entre los pacientes con TB que fuman tabaco puede haber un riesgo duplicado de padecer TB recurrente. La OMS y La Unión recomiendan examinar conductas de tabaquismo en pacientes con TB e incluir asesoramiento para abandonar esta conducta.^{18, 19}

Mineros: Los mineros tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias, incluida tuberculosis, debido a lo que se explota y a las partículas/contaminantes en el aire, escasa ventilación en las minas y en los alojamientos, condiciones de trabajo de hacinamiento y exposición prolongada. Los mineros están expuestos a muchas partículas aéreas, como el polvo de sílice, que se conoce por aumentar el riesgo de desarrollar TB y otras enfermedades pulmonares.²⁰

Reclusos: Las prisiones en todo el mundo a menudo se encuentran superpobladas y esto aumenta en gran medida el riesgo de que los reclusos desarrollen TB. Algunas estimaciones indican que los reclusos tienen un riesgo más de veinte veces mayor de desarrollar infección por TB y enfermedad que la población general. Este riesgo aumentado se debe a la superpoblación, escasa ventilación (por razones de seguridad hay poca ventilación natural), mala nutrición y VIH. En algunos estudios, se ha estimado que la tasa de TB en reclusos es casi 1000 veces mayor que la tasa en la población general.²¹

Profesionales sanitarios. Los PS tienen un riesgo duplicado a triplicado de desarrollar TB en comparación con la población general debido a la exposición frecuente y prolongada a personas sin diagnóstico de TB o DR-TB en su lugar de trabajo. Además, se estima que en algunos países subsaharianos la tasa de VIH en PS es cercana a la tasa en la población general, lo que pone a los PS en un riesgo incluso mayor de desarrollar TB. En muchos ámbitos de bajos recursos, existen medidas limitadas de control de infecciones implementadas para proteger a los PS en su lugar de trabajo. Los PS deberían conocer su estado de VIH y se les debería proporcionar TAR y TPI para prevenir la TB; también se debería examinar de forma regular a todos los PS para detectar casos de TB y cumplir con las medidas para la prevención y el control de la infección.²²⁻²⁴

En ámbitos de elevada carga, se recomienda examinar a los individuos que concurren a los centros de atención sanitaria, especialmente si presentan cualquiera de los factores de riesgo indicados anteriormente.¹³

Se recomienda evaluar para detectar TB a cualquier persona con uno o más de los siguientes síntomas:

- tos persistente durante dos o más semanas (o tos de cualquier duración en aquellos que viven con VIH)
- falta de apetito
- pérdida de peso
- fatiga, sensación general de indisposición (malestar)
- sudores nocturnos
- fiebre
- esputo que puede contener sangre (hemoptisis)
- falta de aire o
- dolor torácico.

Estos síntomas son incluso más indicativos de la TB si la persona tuvo contacto con alguien que se sabe que padece la enfermedad. Asegurarse de que los profesionales sanitarios tengan un nivel adecuado de conocimiento sobre los síntomas de la TB evitará que pasen casos desapercibidos. La TB extrapulmonar puede o no incluir tos y puede presentar otros síntomas que incluyen dolor e hinchazón o deformación del sitio afectado. Se debe tener especial cuidado al evaluar niños, dado que los síntomas varían y pocas veces producen esputo, lo cual dificulta el diagnóstico de TB en niños.²

Evaluar el riesgo de resistencia a fármacos

El desarrollo de resistencia a fármacos a menudo resulta de un mal manejo de la TB susceptible a fármacos (denominada frecuentemente resistencia adquirida a fármacos o resistencia ampliada a fármacos) por parte de los profesionales sanitarios, debido a problemas del sistema sanitario (falta de pruebas de diagnóstico adecuadas, fármacos agotados, etc.) o por el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes debido al costo o a los efectos adversos de los fármacos, entre otros. Estos factores tienen consecuencias graves para el paciente y la comunidad. La prevención de la DR-TB debe tener la máxima prioridad en la atención de cada paciente con TB. El paso inicial más importante para prevenir la farmacorresistencia es el diagnóstico y tratamiento correctos del paciente que acude por primera vez al servicio de salud. Antes de solicitar cualquier prueba, es esencial determinar:

- si el paciente ha recibido anteriormente cualquier tratamiento para la TB, y de ser así, qué medicamentos recibió y por cuánto tiempo; y
- si tiene conocimiento de haber estado en contacto con alguien que padece DR-TB en su domicilio, lugar de trabajo o entorno social.

Las personas con mayor riesgo de DR-TB son aquellos que ya han recibido tratamiento antituberculoso previamente. Es esencial identificar a estos pacientes de forma correcta antes de prescribirles el tratamiento y que se les prescriba un régimen de segunda línea adecuado si se determina que padecen TB resistente a rifampicina (RR-TB), TB multirresistente (MDR-TB) o TB ampliamente resistente a fármacos (XDR-TB).

Tenga en cuenta: En ámbitos de recursos limitados, los centros de tratamiento bajo observación directa (DOT) habituales, donde se identifica a pacientes con presunta MDR-TB, pueden no ser capaces de proporcionar la atención necesaria para el manejo de la MDR-TB. En estos casos, existe la necesidad de establecer un sistema de referencias entre los centros de DOT y los centros especializados para MDR-TB.

Solicitar los exámenes adecuados

Es importante solicitar los exámenes adecuados lo antes posible para evitar retrasos en el diagnóstico, y para utilizar los recursos de forma adecuada, en especial en ámbitos de bajos recursos. El examen más utilizado para identificar la TB activa es el examen microscópico del frotis del esputo para detectar BAR, dado que se identificará a las personas con los niveles más elevados de bacilos de la TB en su esputo. La OMS ha aprobado una prueba molecular rápida, tal como MTB/RIF Xpert, y se ha adoptado como la prueba de primera línea en muchos países con incidencia elevada de VIH y/o MDR-TB, ya que es eficaz para detectar la TB en pacientes inmunodeprimidos, así como la resistencia a la rifampicina.²⁵ Las radiografías torácicas pueden ser útiles para diagnosticar la enfermedad en pacientes con frotis negativo, pero su interpretación puede ser poco fiable para identificar la TB activa, particularmente en el paciente inmunocomprometido.²⁶ Si existe un riesgo de que una persona pueda padecer DR-TB, en particular, cualquiera que haya sido tratado anteriormente para TB o presente factores de riesgo para DR-TB, la muestra se debe enviar para que se someta a una prueba molecular rápida, tal como MTB/RIF Xpert y/o cultivo o ensayo con sonda en línea (LPA) para evaluar la susceptibilidad a fármacos (DST), si está disponible.⁵ La OMS también recomienda un nuevo LPA de segunda línea para detectar la susceptibilidad a fármacos de segunda línea. Esta prueba será necesaria para que los pacientes reciban el nuevo tratamiento de corta duración para DR-TB.²⁷

Evaluar qué siente y piensa el paciente sobre la TB

La TB puede ser una enfermedad estigmatizante, incluso en ausencia de VIH, y es fundamental evaluar las actitudes y sentimientos del paciente frente a la posibilidad de padecer la enfermedad para responder de forma adecuada. Varios factores pueden afectar la respuesta del paciente a la posibilidad de padecer TB, incluidos:

- su conocimiento y comprensión de la enfermedad
- cualquier experiencia que haya tenido personalmente o a través de familiares o amigos que la hayan padecido
- cómo piensa que podría reaccionar su familia o comunidad
- cómo tratan los profesionales sanitarios al paciente.

Tome en cuenta: si se utiliza una prueba de diagnóstico rápido de TB, es importante preparar al paciente para la posibilidad de un diagnóstico de DR-TB. Será necesario un asesoramiento adicional a efectos de garantizar que el paciente confíe en el servicio para que vuelva a buscar los resultados.

Generar confianza

Se debe desarrollar una buena relación en el primer contacto con el paciente para que confíe en el servicio y la información recibida. Esto siempre es esencial. El paciente que no cree que la TB se puede tratar puede no tener motivos para volver a citas posteriores. En zonas donde el paciente debe pagar por los exámenes, es esencial que entienda la necesidad de estos exámenes, especialmente la necesidad de más de un examen de esputo, análisis de VIH, etc. **Como en cualquier otra enfermedad, se deberá mantener la confidencialidad del paciente en todo momento y se debe garantizar al paciente que así se hará. Si el paciente siente que otras personas pueden descubrir para qué lo están examinando, puede sentirse incómodo para volver a buscar los resultados.**

3.1.3 Recursos

- El personal en los centros de atención sanitaria donde acuden con frecuencia personas que presentan síntomas está alerta a la TB y los niveles de la enfermedad en la comunidad local en relación con:
 - TB sensible a fármacos
 - TB resistente a fármacos
 - TB extrapulmonar
 - VIH
 - diabetes mellitus (DM).
- El profesional sanitario que evalúa al paciente sintomático:
 - ha recibido la responsabilidad y la capacitación adecuada para hacerlo
 - está familiarizado con los signos y síntomas de la TB
 - conoce los exámenes disponibles y puede solicitar los exámenes correctos o referir al paciente a un centro adecuado
 - está familiarizado con el tratamiento disponible para la TB y DR-TB
 - puede evaluar la respuesta de cada paciente a la posibilidad de padecer TB y reaccionar en consecuencia
- Puede evaluar a cada paciente para determinar las comorbilidades (VIH, DM, etc.) y tratarlo o referirlo a un proveedor o centro adecuado
- El paciente que está muy enfermo se puede referir a un funcionario médico adecuado
- Si el centro no puede proporcionar atención a personas que puedan padecer DR-TB, existe un sistema para evaluar y coordinar el apoyo para aquellos que deben referirse a un centro especializado y *se hacen verificaciones semanales para garantizar que los referidos hayan llegado*
- Se mantendrá un ambiente seguro en todo momento:
 - El personal puede identificar y seleccionar a las personas que tosen y priorizar a los pacientes
 - Las áreas de espera y consultorios están bien ventilados
 - Se exhiben carteles con ilustraciones que fomentan una buena higiene al toser y los PS motivan a las personas para que sigan las instrucciones
 - Se proporcionan instrucciones y equipamiento para motivar a las personas para que desechen el esputo de forma segura, y los PS refuerzan estas instrucciones
 - Hay máscaras quirúrgicas disponibles para los pacientes con tos y aquellos a los que se evalúa para detectar TB
 - Hay mascarillas N95 (o FFP2) disponibles para el personal que está en contacto con personas con TB con capacidad de contagiar o potencialmente capaz de contagiar
- Existe suficiente privacidad para mantener la confidencialidad del paciente durante la evaluación y las consultas de seguimiento
- El paciente que debe realizarse un examen de esputo puede recibir instrucciones claras y precisas para producir buenas muestras, así como para sentirse cómodo y confiar en los servicios ofrecidos
- El paciente puede recibir instrucciones claras y precisas sobre cómo y dónde retirar los resultados de sus exámenes
- Se proporciona información de un modo comprensible para el paciente y los familiares y se proporciona en un lenguaje adecuado para el paciente y su familia
- El diagnóstico y tratamiento antituberculoso se ofrecen de forma gratuita y se hace notar este aspecto al paciente
- Los centros de atención sanitaria deben tener un suministro constante y fiable de fármacos de calidad garantizada, formularios, registros, equipo de protección personal (EPP), recipientes para esputo, reactivos de diagnóstico, etc.

3.1.4 Práctica profesional

El profesional sanitario:

- Comenzará a establecer una relación con el paciente al escuchar sus preocupaciones sin juzgarlo
- Garantizará al paciente que toda la información personal se mantendrá confidencial y garantizará que la información del paciente se proteja de forma adecuada y se mantenga la confidencialidad del paciente
- Recabará los datos personales del paciente, como el nombre, la dirección de su domicilio y trabajo, sus teléfonos de contacto, así como los detalles de contacto (número de móvil) de sus familiares y amigos
- Establecerá una historia clínica completa en la que se indican la duración de los síntomas y la presencia de otras afecciones comórbidas (p. ej., VIH, diabetes, etc.) y conductas como el tabaquismo (uso de tabaco) o consumo de sustancias
- Evaluará la probabilidad de que el paciente pueda padecer TB
- Le explicará al paciente qué exámenes se le harán, cómo se harán los exámenes y los motivos para hacerlos
- Informará al paciente sobre la fecha en la que estarán disponibles los resultados y cómo se transmitirán estos resultados, (p. ej., durante una visita posterior al centro de salud, a través de una llamada telefónica del PS, etc.)
- Verificará si cada paciente retornó a buscar sus resultados
- Verificará el registro del laboratorio y el registro de pacientes con TB de forma semanal para asegurarse de que todos aquellos con un resultado positivo en el frotis del esputo o positivo en MTB/RIF Xpert han comenzado el tratamiento²
- Ofrecerá educación en salud relevante sobre la TB y cómo prevenir la transmisión. Se proporcionarán mensajes educativos sobre la salud de acuerdo con lo que puede digerir el paciente en cualquier momento dado con el fin de no abrumar al paciente
 - Individual: tomará en consideración la respuesta del paciente al hecho de someterse a exámenes de TB, responderá a las preguntas de la forma más clara posible y enfatizará el hecho de que existe un tratamiento eficaz y que es gratuito
 - Familia: evaluar las reacciones de la familia y estar listos para responder a las preguntas, para corregir las ideas erróneas y hacer foco en la necesidad de apoyar al paciente, instruir sobre los síntomas de la TB para estar atentos y admitir para evaluación a cualquier miembro de la familia o comunidad que pueda presentar síntomas
 - Grupal: realizará sesiones de educación en salud para pacientes en espera, que incluyan una sesión de preguntas y respuestas
 - Medios: videos, carteles, volantes, folletos, medios basados en la web y redes sociales, según estén disponibles

3.1.5 Resultado

Se diagnosticará a los pacientes sin demoras y estos ya tendrán algún conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Confiarán en el servicio, lo que se demostrará por el hecho de que acudan a recibir los resultados y a las citas de seguimiento. El resultado se puede medir a través de la correspondencia entre el registro del laboratorio y el registro de pacientes con TB.

3.2 Pauta: Recolección de esputo para el diagnóstico

3.2.1 Enunciado de la pauta

El paciente produce muestras de esputo de buena calidad, las lleva al lugar adecuado, en el momento adecuado y vuelve a buscar los resultados.

3.2.2 Fundamento

Muestras de buena calidad

Se necesitan muestras de buena calidad, es decir, muestras en cantidad suficiente (como mínimo media cuchara de té: 3-5 ml) y que contengan un material sólido o purulento²⁸ para darle al técnico laboratorista la mejor posibilidad de detectar bacilos de la TB a través del examen microscópico del frotis, MTB/RIF Xpert o cultivo y que el servicio identifique a la mayor cantidad posible de pacientes infecciosos. Si la muestra es inadecuada (p. ej., solo saliva) o contiene partículas de alimento, puede no ser posible detectar BAR que signifique TB, aun cuando el paciente sea infeccioso.

Rotular y completar los formularios de solicitud de esputo de forma precisa

La documentación precisa es esencial para ahorrar tiempo y evitar errores. Es fundamental que se escriba la información correcta en el formulario de solicitud de esputo²y que los lados del recipiente de esputo se rotulen de forma clara para garantizar que no haya confusión cuando la muestra se envía ni cuando el resultado vuelve del laboratorio. Si se comete un error durante este proceso, el paciente puede recibir resultados incorrectos o un tratamiento inadecuado. La solicitud y el formulario de informe para solicitar cultivos y DST son necesariamente más complejos que un formulario de solicitud de examen microscópico para detectar BAR directo, pero se mantienen los mismos principios. Todos los campos se deben completar de forma precisa y clara para evitar errores en la interpretación de los resultados.

Reducir al mínimo las demoras

Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que las muestras se envíen al laboratorio y luego se examinen sin demoras; preferiblemente en tres días.²⁹ Constituye un paso esencial para evitar que continúe la diseminación de la TB. La cooperación estrecha con el laboratorio produce resultados rápidos que garantizan que el paciente con esputo positivo inicie el tratamiento correcto lo antes posible. Por ejemplo, si se espera que los pacientes recojan sus resultados en el laboratorio y se produce una demora, el paciente puede decidir no volver. También es importante que el PS que participa en la atención del paciente sea el que le entregue y explique los resultados, en lugar de un técnico laboratorista. De esta forma, el paciente podrá hacer preguntas y recibir información precisa sobre el tratamiento y la atención que recibirá. El uso de teléfonos, mensajes de texto otras aplicaciones de salud móviles pueden ser útiles para comunicar los resultados y/o enviar solicitudes a los pacientes para que regresen a la clínica a recibir sus resultados.

Precauciones antes y durante el tránsito de la muestra (transporte)

Además de garantizar que las muestras se transfieran al laboratorio sin demoras, puede ser necesario proteger las muestras recogidas para cultivo y DST y manipularlas de modo especial (p. ej., transportarlas en una conservadora) para que lleguen al laboratorio en buenas condiciones para el examen. El laboratorio deberá proporcionar las instrucciones y se deberán seguir celosamente para garantizar que la muestra no se deteriore durante el tránsito. Las muestras se deberán enviar al laboratorio lo antes posible, pero en menos de tres días.

Entablar una buena relación con el paciente

El paciente puede estar muy nervioso en esta etapa y sentirse abrumado con la información. Es importante verificar que el paciente entiende el proceso y puede plantear cualquier problema que pueda surgir a futuro. Existe un riesgo real de que el paciente no aporte nuevas muestras o no con el paciente vuelva a buscar los resultados si se siente confuso o mal recibido. Comenzar a entablar una buena relación con el paciente en esta etapa ayudará a garantizar su cooperación en el futuro.

Seguridad del paciente y del personal

Se deben tomar todas las precauciones necesarias para evitar la transmisión y proteger a los pacientes, los visitantes y el personal (véase la Pauta 3.1). Implementar medidas de control de infección adecuadas evitará más sufrimiento humano causado por la TB y ahorrará valiosos recursos. Se debe tener especial cuidado cuando los proveedores de atención médica supervisen la recolección de muestras de esputo. Aunque existen riesgos asociados a la recolección de esputo, se pueden recoger muestras de buena calidad de forma segura con riesgo mínimo para el PS. Los profesionales sanitarios que auxilian a pacientes durante la recolección de esputo deberán utilizar una mascarilla para partículas N95(oFFP2) y recoger la muestra en un área bien ventilada y alejada de otros.

3.2.3 Recursos

- Un laboratorio funcional, bien provisionado y con suficiente personal podrá llevar a cabo exámenes microscópicos de frotis de esputo y/o MTB/RIF Xpert a diario² con un sistema de aseguramiento de calidad implementado
- El profesional sanitario responsable de solicitar los exámenes tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para instruir al paciente sobre cómo producir una buena muestra y cuándo y dónde entregarla
- Se cuenta con recipientes para esputo suficientes y adecuados para:
 - exámenes microscópicos de frotis de esputo o MTB/RIF Xpert (recipientes desechables de cuello ancho, **plástico transparente**, con tapas con rosca)
 - cultivo y DST (tubos cónicos de plásticos estériles de 50ml con cubierta con rosca (tipo Falcon)³)
 - pruebas moleculares rápidas (p. ej., cartuchos específicos utilizados para MTB/RIF Xpert)
- Se cuenta con formularios de solicitud de examen de esputo y registros del laboratorio, y miembros del personal competentes los completan oportunamente
- Se cuenta con un lugar para el almacenamiento seguro y adecuados de muestras, en caso de que se mantengan en un entorno clínico antes de enviarlas al laboratorio (p. ej., a la temperatura correcta, fuera de la exposición directa a la luz solar)
- Si el laboratorio no está en el mismo sitio, deberá existir un medio de transporte disponible para entregar las muestras de forma segura y lo más rápido posible. Si no hay un medio de transporte disponible, el paciente puede recibir instrucciones claras para entregar las muestras en el lugar preciso
- Se deberá contar con servicios de laboratorio con aseguramiento de calidad para garantizar el examen de las muestras de esputo y la recepción de los resultados de forma inmediata, de preferencia con algún miembro de la unidad de gestión encargado de recoger los resultados habitualmente o que los resultados se transmitan por vía electrónica (SMS, computadora, etc.) o por teléfono
- Un miembro del personal designado es responsable de coordinar el proceso con un suplente para cubrir una ausencia
- Se mantiene una buena comunicación entre el laboratorio y la unidad de gestión/clínica.

3.2.4 Práctica profesional

Los profesionales sanitarios encargados de la recolección de las muestras de esputo deberán respetar los siguientes principios:

- Hay más probabilidades de que una muestra recogida previa explicación, demostración y apoyo y bajo la supervisión de una persona competente sea de mejor calidad que una muestra recogida sin supervisión
- La recolección de esputo debe llevarse a cabo al aire libre (es decir, al aire libre en ámbito donde el clima lo permite). Si no es posible, como en zonas de clima frío, deberá recogerse en una habitación con buena ventilación utilizada solo para este fin. Alternativamente, se puede instruir al paciente para que recoja una muestra a primeras horas de la mañana en su domicilio y la entregue en el lugar adecuado el mismo día que la recoge
- Es probable que el paciente prefiera no estar a la vista de otras personas cuando produce una muestra de esputo
- Se deben enviar como mínimo dos muestras (una muestra en el momento de la consulta recogida bajo supervisión en el centro de atención sanitaria y una muestra de las primeras horas de la mañana recogida en el domicilio del paciente y entregada por este)² con los formularios de solicitud de examen esputo completos en su totalidad. En algunos entornos, las guías nacionales exigen tres muestras si se realiza examen microscópico del frotis. Sin embargo, la OMS recomienda dos muestras de esputo.⁴ En ámbitos donde se utiliza MTB/RIF Xpert, puede ser necesario solo una muestra de esputo en el momento de la consulta, según las guías nacionales. (Véase la Tabla 3.1)

- Los mismos principios que se siguen cuando se recogen muestras en el hospital o centro de atención sanitaria deberán aplicarse cuando se dan instrucciones a alguien sobre cómo producir una buena muestra en su domicilio, además de información sobre la entrega de las muestras en el lugar y momento precisos
- Las muestras de esputo producidas en las primeras horas de la mañana proporcionan la mejor oportunidad de hacer un diagnóstico preciso (si el paciente está hospitalizado, se deberán tomar dos muestras de las primeras horas de la mañana)
- Si el paciente está muy enfermo, se lo deberá referir a un proveedor de atención médica adecuado para exploraciones adicionales
- Se deberá contar con un mecanismo implementado para la recepción de los resultados gestionado por una persona designada, quien mantendrá una buena comunicación con el laboratorio para reducir al mínimo las demoras. Las demoras se pueden reducir en gran medida si el laboratorio está en contacto directo con alguien de la unidad de gestión/clínica que puede diseminar esta información
- Si una o más de las muestras de esputo resultan positivas, se registra a la persona como un paciente con TB y se inicia el tratamiento (véase la pauta 4.1)
- Si los resultados de todas las muestras iniciales son negativos, pero los síntomas persisten, se deberá referir al paciente a un médico competente para que se realicen exploraciones adicionales. Si se le diagnostica TB, se registrará al paciente como un caso con frotis de esputo negativo y se iniciará el tratamiento.

Tabla 3.1: La mejor práctica para la recolección de esputo²⁹

<p>Rotulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se rotula el cuerpo del recipiente de forma clara antes de utilizarlo • Los datos deben incluir el nombre/código del centro de salud y el nombre del paciente, la fecha en que se recibió la muestra y si se trata de la 1.^a o 2.^a muestra (esta información puede variar, pero debe ser congruente)
<p>Recolección de esputo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica al paciente el motivo para recoger la muestra • Se explica cada etapa de forma clara y sin apuro, utilizando un lenguaje que el paciente pueda entender • Se anima al paciente a hacer preguntas y aclarar todo lo que no haya entendido • Se invita al paciente a enjuagarse la boca con agua, especialmente si ha ingerido alimentos, antes de toser el esputo y escupirlo dentro del recipiente • Se entrega al paciente el recipiente rotulado limpio (nuevo o esterilizado) • Se solicita al paciente que sea cuidadoso al dirigir el esputo hacia dentro del recipiente y evitar así la contaminación exterior para manipular la muestra de forma higiénica y segura • El profesional sanitario hace una demostración de una tos profunda desde la parte baja del tórax, comenzando con una inspiración profunda • El profesional sanitario supervisa la recolección parado detrás del paciente • Se coloca la tapa sobre el recipiente y se cierra (enrosca) firmemente con cuidado • El PS verifica la muestra con el paciente presente, si es insuficiente (p. ej., solo saliva) solicita al paciente que vuelva a toser y agregue lo producido • El PS agradece al paciente cuando ha recibido una muestra de buena calidad y explica al paciente una vez más cómo recibirá el resultado

Tabla 3.1: La mejor práctica para la recolección de esputo²⁹

<p>Prevención de la transmisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • El profesional sanitario supervisa la recolección utilizando una mascarilla para partículas N95 (o FFP2) parado detrás de la persona que intenta producir el esputo • El paciente y el PS se lavan las manos con agua y jabón después de la recolección de la muestra • En condiciones ideales, debe existir una zona apartada bien ventilada para la recolección del esputo, de preferencia fuera del edificio, evitando el uso de los sanitarios • Se debe tener cuidado durante el procesamiento y desecho de las muestras de esputo
<p>Almacenamiento del esputo</p> <ul style="list-style-type: none"> • La muestra se envía al laboratorio lo antes posible después de la recolección • Para muestras enviadas para cultivo y/o LPA para DST, es esencial que las muestras se almacenen entre 2-8 grados Celsius y se transporten en una conservadora • Se registran las fechas en que se recogió y envió la muestra al laboratorio • Si es necesario, se instruye al paciente sobre cómo almacenar una muestra de esputo de forma segura en su domicilio para evitar la contaminación, es decir, deberá cerrar la tapa firmemente y mantener el recipiente fuera del alcance de los niños y no exponerlo a la luz solar directa
<p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se clasifica la muestra como muestra pretratamiento (diagnóstico) o de seguimiento • Se completa el formulario de solicitud de examen de esputo de forma precisa y se marca claramente el motivo de la solicitud, es decir, para diagnóstico o seguimiento (indicando el mes) de tratamiento² • Se completa el registro del laboratorio de forma clara y precisa² • Se ingresan las fechas en que se tomaron las muestras en el registro del laboratorio, el registro de TB y la ficha de tratamiento del paciente, según corresponda • Se registran las fechas de los resultados y los resultados oportunamente de forma precisa en el registro del laboratorio, el registro de TB y la ficha de tratamiento del paciente, según corresponda • Cualquier resultado positivo se registra con tinta roja

3.2.5 Resultado

El laboratorio recibirá la cantidad pertinente de muestras de esputo de buena calidad para su análisis. Se contará con un sistema implementado (que incluya un plazo acordado para la recepción de las muestras y la devolución de los resultados) para garantizar que los resultados se entreguen de forma correcta y sin demoras. A partir del registro del laboratorio y otros registros de la TB, se podrá ver cuántas muestras se examinaron por paciente y el porcentaje de resultados positivos entre los pacientes que esperan un diagnóstico o seguimiento.

4

Inicio del tratamiento: atención a los pacientes, sus familias y personas cercanas

Se debe iniciar el tratamiento lo antes posible después de hacer el diagnóstico clínico o recibir la confirmación bacteriológica. Antes de iniciar el tratamiento, es esencial evaluar a cada paciente para determinar el riesgo de resistencia a fármacos y realizar o referirlo para pruebas adicionales, si las exige la política local. La atención que se describe en las siguientes pautas se basa en el paciente que recibe tratamiento de acuerdo con el régimen recomendado por la OMS.^{4, 5, 30}

Se ha demostrado en investigaciones que la toma de medicamentos según las instrucciones durante largos períodos NO es una conducta humana normal y el paciente necesita apoyo para completar exitosamente el ciclo de tratamiento necesario.³¹ Las pautas que se presentan en esta sección se centran en brindar atención física, social y psicológica a los pacientes en el momento en que reciben el diagnóstico e inician el tratamiento. El objetivo consiste en aumentar la capacidad del paciente para cumplir con el tratamiento hasta el máximo.

Es esencial que todos los pacientes con diagnóstico de TB se registren en una unidad de gestión adecuada para que se haga un seguimiento de su evolución de forma rutinaria y se puedan evaluar los resultados del programa. Varios centros de tratamiento de la TB pueden estar vinculados a cualquier unidad de gestión dada y/o los pacientes pueden concurrir a la propia unidad de gestión para recibir atención y tratamiento continuos. Independientemente de cómo se organizan los servicios, todos los pacientes se deben registrar en la unidad de gestión que abarca la zona en la que se encuentra su centro de tratamiento. Deberá haber un Coordinador de la TB en cada unidad de gestión que tenga un rol de supervisor y sea responsable de garantizar que todas las actividades de la TB se lleven a cabo de forma correcta en toda la unidad, desde el hallazgo de casos hasta el seguimiento del tratamiento y la documentación. El coordinador tiene una función muy importante de registrar e informar y verificar que todos los registros estén actualizados y que los pacientes reciban la atención correcta según sus resultados. Por ejemplo, que aquellos con diagnóstico hayan iniciado el tratamiento y que aquellos que han completado la fase intensiva se hayan hecho un examen para pasar a la fase de continuación. Además, son responsables de posibilitar el cumplimiento terapéutico al fomentar la buena comunicación con los pacientes, auxiliar con alojamiento a pacientes que estén lejos de su domicilio y coordinar el seguimiento inmediato de cualquier paciente que no concurra a su cita.

4.1 Pauta: Registro y atención de pacientes recientemente diagnosticados de la TB

4.1.1 Enunciado de la pauta

Se registra a cada paciente de forma adecuada, se inicia un régimen de tratamiento adecuado aprobado y de calidad asegurada y se ofrecen consejos prácticos, apoyo e información, según las necesidades y preocupaciones de la persona.

4.1.2 Fundamento

Identificación de la unidad de gestión adecuada

En el caso de pacientes que reciben el diagnóstico de TB en dichas instituciones donde no hay una unidad de gestión de la TB, se debe identificar a qué unidad de gestión se referirá al paciente tras darle el alta. De forma similar, algunos centros de la TB grandes pueden estar sobrecargados por la cantidad excesiva de pacientes.

En este caso, se plantean dificultades para la unidad que se esfuerza para atender a la gran cantidad de pacientes, así como para los pacientes que a menudo deben recorrer grandes distancias para acceder a la atención. Los costos en términos de tiempo y dinero pueden convertirse en prohibitivos para los pacientes, que encuentran dificultades para concurrir al tratamiento, y para la unidad que no tiene la capacidad de localizar a los pacientes si no concurren. Esto puede conducir a la interrupción del tratamiento de la TB y debe evitarse de todos los modos posibles. Por lo tanto, luego hacer el diagnóstico, se debe dar al paciente la opción de referirlo a la unidad de gestión que le sea más conveniente. Este proceso se debe llevar a cabo lo antes posible.

En el caso de pacientes con la TB que se refieren a una unidad de gestión (ya sea porque no contaban con tratamiento en el lugar donde se hizo el diagnóstico o porque era más conveniente para el paciente), es esencial que se mantenga un registro en el centro donde se hizo el diagnóstico de TB para ofrecer un medio de verificar que los pacientes se han registrado e iniciado el tratamiento en la unidad de gestión adecuada. En circunstancias ideales, este registro se debe conservar en el registro del laboratorio.

Documentación clara, precisa y oportuna

Toda la documentación, incluido el registro de TB, el registro de DR-TB, la ficha de tratamiento y cualquier ficha que conserve el paciente, se debe completar de forma clara y precisa. Cuanto antes se registre la información, más probable será que sea precisa y hay menos riesgos de que se omitan los resultados y otros datos importantes.

Es importante recabar datos sobre la dirección del paciente, así como datos tales como los números de móvil de un amigo o familiar cercano a través del cual se puede contactar al paciente. Cuanto antes se documente esta información, mejor, p. ej., en caso de que por algún motivo el paciente no concorra y deba ser rastreado (véase la pauta 5.2). Dado que algunos pacientes pueden resistirse a proporcionar datos de contacto precisos (dirección y números de móvil) en primera instancia, y puede que solo lo hagan una vez que confían en el servicio, puede ser útil verificar con regularidad si alguno de los datos ha cambiado o cambiará.

Identificar y registrar la categoría de tratamiento y la dosificación de los fármacos adecuadas

Si la TB se trata de forma inadecuada, puede surgir farmacoresistencia. Si alguien padece TB que ya es resistente a uno o más fármacos de primera línea, el riesgo de resistencia a otros fármacos es incluso mayor. Es fundamental determinar si el paciente ha recibido o no tratamiento antituberculoso antes, dado que esto determinará qué tratamiento recibirá. La categoría del paciente se determina de acuerdo con el régimen de tratamiento que necesita, y sus antecedentes de la TB se deben registrar de forma clara en su ficha de tratamiento y en el registro de TB. De esta forma, no solo se garantiza que el paciente recibe el tratamiento correcto, sino que también es necesario para la generación de informes trimestrales sobre la evolución del paciente y los resultados del programa.^{2,3}

Ofrecimiento de una prueba de VIH

Debido a la estrecha asociación entre la TB y el VIH, se recomienda ofrecer a todos los pacientes diagnosticados de (o que se presumen que padecen) TB asesoramiento y una prueba de VIH para que reciban atención para ambas enfermedades según sus necesidades. El Capítulo 7 ofrece más detalles sobre este punto.

Además, debido al riesgo elevado de la TB en pacientes con diabetes, se deberá examinar a estos pacientes para detectar TB. Los pacientes con diagnóstico reciente de la TB también deberán ser examinados para determinar si padecen diabetes.¹⁷

Evaluar las necesidades sociales y psicológicas del paciente

Los pacientes con diagnóstico reciente de la TB pueden estar muy ansiosos sobre su diagnóstico. A menudo, la TB puede ser una enfermedad estigmatizante y puede hacer que los pacientes se sientan rechazados o aislados. Es esencial que comiencen a entender la afección que padecen y su tratamiento desde el inicio para evitar los riesgos señalados en la Tabla 4.1.

Una evaluación exhaustiva de las necesidades psicosociales del paciente permitirá que el equipo de atención sanitaria identifique áreas susceptibles de intervención y apoyo. Un diagnóstico de DR-TB puede ser incluso más estresante para el paciente, quien haya oído información sobre la morbilidad y mortalidad asociadas a DR-TB, de modo que es esencial hablar con los pacientes sobre sus preocupaciones y miedos.

Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente acerca de la TB

Cada paciente posee un nivel de conocimientos y comprensión diferente acerca de la TB diferente que depende de lo que ya haya oído y de si ha conocido a alguien que tuvo la enfermedad. Es importante determinar qué saben para que puedan recibir la información que necesitan, para corregir las ideas erróneas y hacer foco en las áreas que más les preocupan. Compartir y explicar de forma clara la información sobre los temas que son importantes para el paciente puede aumentar el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. El uso de materiales visuales adecuados puede ser útil, pero nunca debe reemplazar una discusión en persona. Finalmente, la cantidad de información que se ofrece en cada momento dependerá de las necesidades y preocupaciones de cada paciente.

Continuar con el establecimiento de una buena relación

Recibir un diagnóstico de TB puede ser un acontecimiento muy traumático en la vida de una persona y plantea muchas dificultades que deben enfrentar el paciente y su familia. Se puede entablar una buena relación al escuchar atentamente al paciente. En el inicio del tratamiento, es importante reservar un momento para asesorar a los pacientes sobre su enfermedad, el tratamiento prescrito, los posibles efectos secundarios y cómo el diagnóstico y el tratamiento pueden afectar su estilo de vida. De esta manera, se los motivará a concurrir a su tratamiento y a las visitas de seguimiento. ***Dedicarles tiempo a los pacientes desde el inicio puede ahorrar tiempo en el futuro, ya que se previene la asistencia irregular, el abandono, la pérdida durante el seguimiento, el fracaso del tratamiento y el tratamiento prolongado.*** La confidencialidad es esencial y se debe volver a garantizar al paciente que su confidencialidad se mantendrá a lo largo del tratamiento para que el paciente pueda confiar en los servicios ofrecidos.

Atender las preocupaciones sobre transmisión de la TB

Es importante dejar claro qué entiende el paciente sobre cómo se transmite la TB y corregir cualquier información errónea, así como brindar información clara y precisa sobre cómo se disemina la enfermedad y cómo se puede reducir este riesgo mediante una buena ventilación e higiene al toser. Se debe prestar atención a las preocupaciones sobre personas que ya podrían haber sido afectadas y motivar al paciente a que aconseje a cualquiera que conozca si exhibe síntomas de la TB para que concurra a la clínica más cercana y sea evaluado. La investigación de contactos se trata en mayor detalle en la Pauta 4.3

Tabla 4.1: Posibles reacciones emocionales y respuestas útiles asociadas con recibir el diagnóstico de TB

<i>Posibles reacciones emocionales</i>	<i>Respuestas útiles</i>
El paciente se siente intimidado	Crear un ambiente acogedor y demostrar interés por las preocupaciones del paciente
Temor a: <ul style="list-style-type: none"> • tomar medicamentos • morir • efectos adversos de los fármacos • la experiencia de padecer TB, incluso DR-TB • infectar a otros • rechazo y discriminación (estigma) • pérdida del empleo • pérdida del lugar para vivir • infección por VIH 	Educación que involucra lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • el paciente • la familia • el lugar de trabajo • las comunidades • rastreo de contactos • asesoramiento • apoyo continuo

<i>Posibles reacciones emocionales</i>	<i>Respuestas útiles</i>
Negación/rechazo	Información/apoyo (identificar a seres queridos, p. ej., familiares que también pueden ofrecer apoyo)
Otras prioridades que desvían la atención dada a la enfermedad	Ofrecer apoyo tangible – tratar los problemas identificados por el paciente
Trastorno emocional <ul style="list-style-type: none"> • culpa • enfado 	Conversar sobre los sentimientos Verificar la comprensión y la respuesta a los mensajes (paciente y familia)
Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH y SIDA • Diabetes • Tabaquismo • Consumo excesivo de sustancias 	Trabajar con otros servicios, en caso de que estén disponibles Informar al paciente sobre los servicios locales que le pueden ofrecer asistencia Ofrecer una prueba de VIH, asesoramiento y tratamiento, apoyo y atención continuos
Falta de apoyo social <ul style="list-style-type: none"> • p. ej., pacientes que viven solos 	Identificar el apoyo potencial de amigos y familia, grupos comunitarios, etc.

4.1.3 Recursos

En los lugares donde muchos pacientes tienden a ir a un centro grande de la TB reconocido, se debe contar con un sistema para ofrecer a las personas diagnosticadas con la enfermedad la posibilidad de elegir una unidad de gestión para que concurren con el fin de recibir atención continua. A continuación, se los debe referir a esta unidad de gestión para registrarse e iniciar el tratamiento. El Coordinador Regional debe monitorizar el sistema de referencia para garantizar que las personas referidas lleguen, se registren y reciban el tratamiento y la atención en la unidad de gestión adecuada.

- Se debe contar con fichas de tratamiento y registros de la TB y los profesionales sanitarios deben estar capacitados para completarlos de forma clara, oportuna y precisa.²
- Se necesitan buenas habilidades de comunicación (Tabla 4.2) para:
 - Evaluar el conocimiento existente del paciente sobre la TB y su tratamiento
 - Proporcionar información precisa según las necesidades y comprensión del paciente
 - Demostrar que el servicio se preocupa por el paciente
 - Motivar al paciente para que vuelva a la clínica según se dispuso
- Los profesionales sanitarios responsables de diagnosticar la TB están capacitados para elegir y registrar el régimen de tratamiento correcto e iniciar el tratamiento adecuado o referir, si es necesario, para tratamiento de DR-TB de acuerdo con la política local
- El profesional sanitario tiene suficiente conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento para evaluar el nivel de información que requiere el paciente y responder a sus preguntas con precisión
- Los profesionales sanitarios cuentan con acceso a bibliografía de referencia adecuada sobre la TB y su manejo
- Cuentan con información de apoyo en forma de folletos en los idiomas adecuados, que se pueden entregar a los pacientes para reforzar los principales mensajes
- Existe alguien disponible en caso de que el paciente tenga un problema o necesite asesoramiento, y el paciente tiene datos claros sobre cómo buscar ayuda si la necesita.

Tabla 4.2: Claves para una buena comunicación

- Escuchar atentamente
- Utilizar preguntas abiertas, p. ej., las que empiezan con qué, cómo, por qué, etc., para recibir respuestas más completas
- Pensar desde el punto de vista del paciente
- Escuchar y respetar las creencias, valores, costumbres y hábitos del paciente
- Trabajar junto con el paciente de igual a igual
- Sonreír y mirar al paciente mientras habla y también cuando se le habla
- Verificar con el paciente si lo ha entendido, al repetir un resumen de lo que le ha dicho
- Adoptar una visión a largo plazo
- Utilizar el contacto (p. ej., dar o apretar la mano) si es adecuado, para dar confianza y demostrar apoyo
- Tener en cuenta el lenguaje corporal (p. ej., ser amistoso y abierto, pero respetuoso)
- Utilizar el idioma preferido por el paciente, siempre que sea posible

4.1.4 Práctica profesional

- Los pacientes diagnosticados en unidades de gestión alejadas de su domicilio serán referidos a la unidad que sea más conveniente y accesible para el paciente para que reciba el tratamiento y la atención de seguimiento
 - Los pacientes solo deben poder elegir una unidad de gestión de una lista oficial y luego de hacer la elección deben recibir información clara y precisa sobre la necesidad de registrarse en la unidad e iniciar el tratamiento lo antes posible
 - Es esencial que el profesional sanitario que participa en esta discusión inicial responda todas las preguntas que el paciente pueda tener y se asegure de que el paciente entiende qué debe hacer a continuación y porqué
 - El profesional sanitario también debe documentar a cuál unidad de gestión se ha referido al paciente en el registro del laboratorio o el registro de referencias. El sistema utilizado puede variar, pero la enfermera deberá seguir la guía nacional
- El profesional sanitario en la unidad de gestión donde se registra el paciente debe llevar a cabo una evaluación inicial de la experiencia pasada del paciente con TB, comorbilidades, la familia y red de apoyo, y los sentimientos y miedos sobre el tratamiento y sus posibles resultados. La Tabla 4.3 establece cuáles son los temas y preguntas que se deben incluir en la entrevista inicial con el paciente con diagnóstico reciente de la TB. Es improbable que se pueda abarcar todo de una sola vez y puede ser útil centrarse en las áreas que parecen generar mayor preocupación. Vale la pena centrarse en evaluar exhaustivamente a los pacientes lo antes posible para poder solucionar los problemas y que los pacientes se mantengan motivados
 - La información y el apoyo se proporcionan según las necesidades individuales de los pacientes, garantizando que entiendan que: la TB se puede curar; cómo se disemina la TB; las precauciones que se deben tomar para evitar una mayor transmisión; cómo se trata; el hecho de que el tratamiento es gratuito; la importancia del tratamiento regular, observado y completo; cuándo y dónde buscar ayuda; y la diferencia entre los efectos adversos inocuos y nocivos de los fármacos y qué hacer con ellos
 - El profesional sanitario deberá hablar sobre las expectativas de duración del tratamiento, identificar posibles dificultades para completar el tratamiento, transmitir apoyo emocional y determinar si el paciente debe tomar sus medicamentos en otro centro de tratamiento de la TB distinto de la propia unidad de gestión
 - El profesional sanitario y el paciente acuerdan sobre un plan de atención en función de las necesidades y preocupaciones del paciente

- Se le asigna una categoría adecuada al paciente y se registra de forma correcta²
- El registro de TB y la ficha de tratamiento del paciente se completan con toda la información necesaria que incluye las fechas, datos de contacto, datos de la unidad, sitio de la enfermedad, resultados, categoría de tratamiento, régimen de tratamiento, estado de VIH y otras comorbilidades como la diabetes y centro de tratamiento de la TB para el DOT²
- Se evalúa al paciente a intervalos regulares (p. ej., a intervalos acordados mientras recibe DOT o cada vez que concurren a recoger su medicación durante la fase de continuación) tomando en cuenta el impacto de la TB y el tratamiento en el paciente y su familia.

Tabla 4.3: Temas que se deben tratar en las entrevistas iniciales con el paciente

<i>Tema</i>	<i>Preguntas</i>
Actitud frente al diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se siente sobre su diagnóstico de TB? • Tiene preguntas o preocupaciones? • Qué pensarán su familia y amigos cercanos?
Conocimientos sobre TB	<ul style="list-style-type: none"> • Qué sabe sobre la TB? • Qué le han dicho sobre esta enfermedad? • Cómo cree que las personas contraen TB? • Qué preguntas o preocupaciones tiene en este momento?
Antecedentes de tratamiento de la TB, problemas con el tratamiento anterior, riesgo de que vuelva a ocurrir la pérdida durante el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ha recibido tratamiento para la TB antes? • En caso afirmativo, dónde y por cuánto tiempo? Tiene su antigua ficha de paciente con TB? Puedo verla? • Qué fármacos recibió para tratar la TB? • Cómo fue la experiencia? • Qué problemas tuvo, si los hubo?
Conocimientos sobre el tratamiento de la TB Tenga en cuenta: Se debe advertir a las pacientes mujeres sobre la interacción medicamentosa entre la rifampicina y los anticonceptivos orales para evitar embarazos indeseados	<ul style="list-style-type: none"> • Qué sabe sobre el tratamiento de la TB? • Qué piensa que sucederá si no recibe tratamiento? • Cómo hará para tomar los comprimidos de forma regular? • Sabe que el tratamiento es gratuito?
Conocimiento sobre posibles efectos adversos de los fármacos Tenga en cuenta: Se debe informar a los pacientes que su orina será de color rojo debido a la rifampicina, y asegurarles de que se trata de un efecto normal e inofensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ha experimentado algún efecto adverso por la toma de medicamentos? • Qué sabe sobre los efectos secundarios del tratamiento de la TB? • Toma actualmente otros medicamentos (p. ej., antirretrovirales)?
Posibles dificultades para la atención: factores del estilo de vida, costo, distancia entre el centro de salud y el domicilio, horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene usted algún otro problema de salud en este momento? En caso afirmativo, cuál? (Sondee: VIH, diabetes, etc.) • A quién más consulta/ve/visita sobre su salud? • Dónde vive en este momento?

Tabla 4.3: Temas que se deben tratar en las entrevistas iniciales con el paciente

<i>Tema</i>	<i>Preguntas</i>
Posibles dificultades para la atención: factores del estilo de vida, costo, distancia entre el centro de salud y el domicilio, horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cuánto tiempo podrá permanecer allí? • Cómo llega hasta la clínica? • Cuánto tiempo le lleva llegar hasta la clínica? • Cuánto le cuesta? • Tiene a alguien a su cargo (niños pequeños ancianos, parientes enfermos)? • Tiene trabajo? Qué hace? Está desempleado? • Cómo hará para acudir a todas las citas necesarias? • Con qué frecuencia bebe alcohol, fuma cigarrillos, usa tabaco o consume drogas? En caso afirmativo, quisiera recibir ayuda o no? (Se examinará en mayor profundidad en la evaluación posterior)
Otras preocupaciones o problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Padece alguna otra afección, por ejemplo, diabetes o VIH? • Toma algún otro medicamento? En caso afirmativo, cómo se siente sobre agregar el tratamiento de TB? • Qué otras preocupaciones médicas tienen en este momento? • Fuma/usa tabaco? Cuántos cigarrillos fuma por día? • Cuánto alcohol bebe por semana? • Con qué frecuencia usa drogas recreativas?
Apoyo social disponible: familia, amigos, comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • A quién puede acudir si tiene problemas (personal/familia/amigos)? • Cómo podemos ayudarlo?
Conclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene preguntas o preocupaciones adicionales? • Qué hará a continuación? • Recuerde al paciente que debe consultar al personal de enfermería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - efectos secundarios del tratamiento - planes de viaje - medicamentos adicionales para otras afecciones - cualquier circunstancia que pueda interferir con su tratamiento

Nota: La investigación de contactos se trata en la Pauta 4.3

4.1.5 Resultado

Se registrará al paciente de forma precisa en una unidad de gestión adecuada y toda la información, incluidos los resultados, se ingresará correctamente en la ficha de tratamiento y el registro de TB. El paciente entenderá su afección, su tratamiento y a dónde puede acudir si necesita ayuda. La evaluación inicial constituirá la base para un plan de atención enfocado en el paciente, que minimizará las dificultades para el tratamiento, incluida la selección del mejor centro de tratamiento de la TB donde se puede llevar a cabo el DOT. El éxito de esta pauta se puede medir al comparar la información en el registro de TB con la información en la ficha de tratamiento y el registro del laboratorio, las tasas de pérdida durante el seguimiento en la fase intensiva y los comentarios directos de los pacientes.

4.2 Pauta: Inicio del tratamiento – disponer el tratamiento bajo observación directa (DOT) en la fase intensiva

4.2.1 Enunciado de la pauta

El DOT se dispondrá de la forma más conveniente y fiable posible, tomando en consideración las necesidades y deseos del paciente, así como los recursos locales.

4.2.2 Fundamento

Tratamiento bajo observación directa

El DOT es un proceso diseñado para 1) ayudar al paciente a realizar un ciclo completo de tratamiento para la TB para evitar el desarrollo de farmacoresistencia y 2) documentar mediante la observación directa que el paciente toma la medicación. Se recomienda que el DOT se aplique durante la fase intensiva del tratamiento a todos los pacientes y se debe continuar durante la fase de continuación y el tratamiento entero para pacientes que reciben regímenes de retratamiento o regímenes para DR-TB,³ dado que se ha demostrado que reduce el desarrollo de farmacoresistencia² y mejora la finalización del tratamiento.³²

Minimizar el costo para el paciente al identificar el centro de tratamiento más conveniente donde se llevará a cabo el DOT

Es importante mantener los costos lo más bajos posible para el paciente. Aunque el tratamiento se proporciona en general sin costo, el transporte puede volverse costoso y el tiempo necesario para concurrir al DOT puede interferir con compromisos de trabajo o familiares. Reducir estos costos ayudará a que el paciente cumpla con su tratamiento. Esto se puede lograr al identificar cuál centro de tratamiento de la TB designado sería el más conveniente para el paciente. Es importante que el paciente elija el centro, que puede ser cercano a su domicilio o trabajo o conveniente de otra forma. **Nota:** Algunos pacientes prefieren concurrir a un centro alejado de su domicilio para mantener el anonimato.

Garantizar que los responsables de administrar el DOT tienen las habilidades, los conocimientos y el respaldo necesario para hacerlo

El DOT se debe administrar de forma solícita y comprensiva. Si la persona responsable de administrar el DOT, por ejemplo, no entiende su función, no es amistoso o no escucha si el paciente tiene preocupaciones, el paciente se puede desmotivar y dejar de concurrir para recibir el tratamiento. De forma similar, si la persona responsable no recibe el apoyo o supervisión adecuado, se puede desmotivar o dar al paciente información errónea o el tratamiento incorrecto.

Mantener una buena relación con el paciente

Es fundamental informar al paciente sobre las diferentes opciones que la unidad de gestión puede ofrecer para el DOT. La opción seleccionada debe ser realista para los PS y los pacientes, de lo contrario fracasará. Los profesionales sanitarios deben enfatizar el aspecto de apoyo, más que de supervisión, con el fin de fomentar la cooperación del paciente.

Documentación de la toma de medicamentos

Cada dosis de medicamento que reciba el paciente y cada resultado de examen se debe registrar de inmediato en la ficha de tratamiento para que se pueda evaluar la evolución del paciente e identificar la no concurrencia a diario.

4.2.3 Recursos

- Independientemente de la organización del DOT, debe ser realista, manejable y sostenible para el paciente y la unidad de gestión en la que está registrado el paciente
- La disposición de DOT utilizando centros de tratamiento de la TB fuera de la unidad de gestión se debe definir de forma clara en guías y políticas locales o nacionales
- Los pacientes deben participar tanto como sea posible en las elecciones de las disposiciones sobre su tratamiento y, por lo tanto, deben prepararse de forma adecuada
- La persona que observa el tratamiento debe conservar la ficha de tratamiento, y debe saber cómo completarla de forma clara, precisa y oportuna
- Las alternativas al uso de la unidad de gestión para administrar el tratamiento para la TB variarán dependiendo del ámbito local y los recursos disponibles.

Alternativas posibles para el DOT fuera de la unidad de gestión

Se puede administrar el DOT a un paciente fuera de la unidad de gestión, mientras se mantenga el principio de que una persona capacitada y supervisada debe observarlo cuando ingiere sus comprimidos.³³ El paciente puede concurrir a un centro de tratamiento de la TB designado, a diario, para recibir su tratamiento de un proveedor de atención sanitaria o en la comunidad a través de un colaborador de tratamiento capacitado.³² Puede haber diversos centros designados de tratamiento de la TB que ofrecen el DOT y se debe referir al paciente al que le sea más conveniente, es decir, el de su elección. Se pueden adoptar otras disposiciones que dependerán del contexto local, pero solo si la unidad de gestión puede proporcionar un seguimiento regular. Sin embargo, se debe mantener el principio de que una persona capacitada y supervisada debe observar al paciente cuando ingiere sus comprimidos.^{32,33}

Personal responsable de la observación directa del tratamiento

Aquellos que llevan a cabo la observación directa del tratamiento con frecuencia no son las mismas personas designadas como Coordinadores de Unidades. Las personas designadas para llevar a cabo la tarea deben ser nombradas, capacitadas y apoyadas a través de visitas periódicas para ayudarlas a cumplir con sus tareas con un nivel elevado de calidad. En la mayoría de los casos, esto implica visitas mensuales del Coordinador de la Unidad.

Identificar a una persona adecuada

La persona responsable del DOT debe:

- Ser aceptable para el paciente
- Expresar buena disposición para la tarea
- Ser responsable y atento
- Ser capaz de respetar la confidencialidad
- Mostrar dedicación a una tarea
- Estar preparada para expandir sus conocimientos a través de cursos de capacitación y actualización
- Entender la naturaleza del trabajo.

Capacitación

La capacitación de la persona responsable de la observación directa debe estar claramente definida, normalizada y contar con orientación y asesoramiento continuos.

La persona designada tendrá conocimientos sobre:

- Transmisión de la TB y proceso de la enfermedad
- Otras comorbilidades tales como VIH, diabetes, etc.
- Prevención de la infección y la transmisión
- Tratamiento de primera línea y segunda línea contra la TB y posibles efectos adversos asociados.
- Tratamiento de la TB y sus interacciones con otros fármacos tales como TAR, antipsicóticos y anticonceptivos orales
- El posible impacto del uso inadecuado del alcohol y sustancias durante el tratamiento de la TB
- Cuándo referir al paciente de nuevo a una unidad de gestión adecuada.

La persona designada será capaz de:

- Observar y registrar la toma de medicamentos según lo prescrito
- Mantener un ambiente seguro cuando se visita a pacientes y asesorar al paciente y a su núcleo familiar sobre la prevención y el control de la infección a través de buena ventilación e higiene al toser
- Tener en cuenta cuándo el paciente debe concurrir a citas en la clínica y recordárselo a los pacientes, según sea necesario (los diarios, programas o calendarios pueden ayudar)
- Buscar a los pacientes cuando no concurren al tratamiento – después de un día por teléfono, mensajes de texto, visita al domicilio, etc.
- Apoyar y motivar a los pacientes
- Evaluar y observar a los pacientes para detectar signos de efectos adversos de los fármacos y responder en consecuencia
- Referir los pacientes a la unidad de gestión cuando surja un problema
- Referir los presuntos casos de la TB al centro de salud local adecuado
- Concienciar sobre la TB en la comunidad/espacio de trabajo
- Concurrir a actualizaciones de la capacitación.

Supervisión

Independientemente de la organización del DOT, debe mantener un buen vínculo con la unidad de gestión. El paciente continuará concurrendo a citas de seguimiento y el Coordinador de la Unidad deberá hacer visitas de apoyo periódicas (al menos una vez al mes) a la persona que se encarga del DOT. Se debe contar con un proceso vigente para identificar, informar y resolver cualquier problema lo antes posible. Los Coordinadores deben contar con medios de transporte que les permitan las visitas mensuales de supervisión. Cuando no se puede organizar una supervisión adecuada, no se deben adoptar disposiciones alternativas para administrar el DOT fuera de la unidad de gestión.

En TODAS las circunstancias, la responsabilidad del cuidado de los pacientes, incluido el DOT, corresponde a la unidad de gestión local y su personal.²

4.2.4 Práctica profesional

- Las necesidades y circunstancias del paciente se evalúan cuando inicia el tratamiento
- El DOT se organiza tomándolas en consideración, así como también los recursos del servicio
- Se debe hacer una negociación cuidadosa con todas las personas implicadas y crear un plan claro donde se determinen las responsabilidades
- El Coordinador de la Unidad proporcionar supervisión mensual y apoyo a la persona responsable de observar el tratamiento del paciente
- El Coordinador de la Unidad es, en última instancia, responsable del éxito del tratamiento
- Se debe mantener una buena comunicación entre todos los implicados en la atención del paciente con TB, desde la unidad de gestión hasta la clínica del hospital y la persona designada para encargarse del DOT.

4.2.5 Resultado

El DOT se aplica con éxito. Esto se puede demostrar mediante las fichas de tratamiento, que tienen el registro de cada dosis administrada y la justificación de cada incumplimiento.

4.3 Pauta: Rastreo e investigación de contactos

4.3.1 Enunciado de la pauta

La investigación y el rastreo de contactos se llevan a cabo según los protocolos acordados a nivel local.

4.3.2 Fundamento

Identificación de contactos vulnerables

Se recomienda la investigación de contactos para los más cercanos físicamente al paciente, ya que se encuentran en mayor riesgo de infección por bacilos de la TB y de desarrollar la enfermedad de la TB. El proceso varía según los recursos disponibles, pero como mínimo se debe investigar a todos los contactos para detectar síntomas de la TB y a toda persona con síntomas que habite la misma casa que un paciente con TB confirmada bacteriológicamente (con frotis positivo para detectar BAR o un resultado de MTB/RIF Xpert – según las guías nacionales). Los niños menores de cinco años y toda persona infectada por VIH o con diabetes se encuentran en mayor riesgo y, por lo tanto, deben tener prioridad en los exámenes e investigaciones si presentan síntomas.^{2, 13}

Identificación de casos activos

La investigación de contactos es el medio de acción más eficaz para la detección de casos activos debido al hecho de que las personas más cercanas a un caso recientemente diagnosticado de la TB con capacidad de contagio tienen mayor probabilidad de estar infectados o padecer la enfermedad activa.³⁴

La investigación puede identificar a la persona de quien se contrajo la enfermedad, quien puede desconocer su afección y, por lo tanto, permanecer sin tratamiento y con capacidad de contagiar. Aunque es siempre una posibilidad, las fuentes de la TB adulta a menudo no se detectan, dado que el paciente puede haber sido infectado en cualquier momento previo de su vida. Sin embargo, si el paciente es un niño, es probable que haya sido infectado recientemente por un adulto o adolescente con la enfermedad activa, tal como un miembro de su hogar, pariente cercano o amigo de la familia.

Educación

La investigación de al menos los contactos del mismo domicilio ofrece una valiosa oportunidad para educar a las personas que puedan haber sido potencialmente infectadas por TB, para que puedan reconocer los signos y síntomas, y buscar la ayuda y el tratamiento necesarios si presentan la enfermedad en el futuro. Esto también es importante en lugares donde no hay recursos disponibles para investigar más allá del domicilio del paciente. Se debe preparar e instar a los pacientes a que hablen sobre su afección con otros con los que han tenido contacto y exhiben signos o síntomas de la enfermedad.

Terapia preventiva

El tratamiento de la infección por TB latente (LTBI) para prevenir el desarrollo de la enfermedad activa es más eficaz para niños y otras personas vulnerables, especialmente aquellos que viven con VIH.^{35, 36} El régimen de tratamiento más común comprende isoniácida diaria a una dosis de 7-15mg/kg (generalmente 300 mg/día) durante un mínimo de seis meses y se denomina TPI.^{36, 37} Se debe descartar cualquier posibilidad de enfermedad activa antes de iniciar el tratamiento preventivo para evitar la posibilidad de un tratamiento parcial que podría conducir al desarrollo de farmacorresistencia. En la actualidad no existe una terapia preventiva recomendada para contactos de pacientes con DR-TB. En casos donde ha habido contacto con un paciente con DR-TB, se deberá buscar asesoramiento en centros para DR-TB de excelencia en relación con la política local.

Cuando existe la posibilidad, una prueba cutánea de tuberculina (TST) puede identificar la TB latente y se puede ofrecer el tratamiento preventivo a los que presentan el riesgo más elevado de desarrollar la enfermedad. Cuando la tuberculina no se encuentra disponible, La Unión y la OMS recomiendan que, en ausencia de la enfermedad activa, se ofrezca el tratamiento preventivo a todos los niños menores de 5 años que viven en el mismo domicilio que una persona con enfermedad de TB pulmonar activa confirmada bacteriológicamente. La evidencia ha demostrado que este es el modo más eficaz y efectivo para prevenir la TB en niños pequeños.³⁴

Sensibilidad y discreción

A menudo, el rastreo de contactos puede ser una experiencia traumática para el paciente, quien puede sentirse muy expuesto y vulnerable debido a la naturaleza estigmatizante de la TB. Por lo tanto, es vital que todo el proceso se maneje con la mayor sensibilidad y discreción posibles y que se proporcione suficiente explicación y consentimiento al paciente. Se deben hacer todos los esfuerzos para mantener la confidencialidad del paciente. En algunos casos, el paciente no deseará ni siquiera que su cónyuge o familia cercana sepa sobre su diagnóstico. En otras situaciones, el paciente se sentirá culpable sobre el hecho de que puede haber infectado a las personas más cercanas a él. Para algunos puede ser un alivio saber que las personas más cercanas se someterán a exámenes y recibirán el tratamiento que puedan necesitar. Como se comentó anteriormente, las reacciones al diagnóstico de TB pueden variar en gran medida, y es importante evaluar a cada paciente de forma individual para proporcionarles el nivel de apoyo y confianza adecuado.

TENGA EN CUENTA: Se deberá instar a toda persona que desconozca su estado de VIH y exhiba signos de VIH (Anexo 3), o presente factores de riesgo relevantes, a que se realice una prueba ya que podría beneficiarse de la TPI.³⁵ Véase la Pauta 7.1.

4.3.3 Recursos

Es esencial preguntarle al paciente si en su domicilio viven niños menores de cinco años y, además, si hay personas cercanas a él que exhiban algún signo o síntoma de la TB. Además, es importante verificar si algún miembro del núcleo familiar puede estar inmunodeprimido, específicamente si podría estar infectado por VIH. Si, en la evaluación, existe un riesgo de que alguien en el núcleo familiar pueda estar infectado por VIH o se desconozca su estado, se deberá ofrecer una prueba. Luego se podrá examinar y tratar a estos contactos según corresponda.

- Los pacientes con TB son un recurso vital para la detección de TB, dado que se vuelven muy alertas y reconocen a personas que pueden padecer los síntomas de TB similares a los suyos. Si han recibido un buen tratamiento, apoyo e información, motivarán a otros para que busquen ayuda
- Los profesionales sanitarios que participan en la atención de los pacientes con TB deben recibir suficiente información para entender la enfermedad y cómo se transmite para evaluar los niveles de riesgo con precisión y dar prioridad a los que necesitan la investigación
- Se necesita tiempo y espacio para conversar de forma confidencial con cada paciente sobre la importancia de identificar a otros en su entorno cercano que puedan estar infectados por TB, especialmente niños menores de cinco años y cualquier persona que conozcan (o crean que puede estar) infectada por VIH
- Deberá existir un medio de transporte disponible para los proveedores de atención médica puedan desplazarse hasta el domicilio del paciente y evaluar el entorno de su hogar
- Se deberá proporcionar equipamiento y capacitación para aplicar las pruebas de LTBI según los protocolos locales (p. ej., TST)

4.3.4 Práctica profesional

Se recomienda que todo niño menor de cinco años con síntomas que resida en el mismo domicilio que una persona con diagnóstico de reciente de TB activa reciba el tratamiento completo para presunta TB activa, y este tratamiento deberá reflejar el patrón de resistencia de las persona con la cual ha estado en contacto.³ Todos los demás niños menores de cinco años del domicilio deberán recibir tratamiento preventivo.³⁷

El profesional sanitario que atienda a un paciente con diagnóstico reciente deberá:

- Evaluar al paciente cuidadosamente en relación con su entorno domiciliario para determinar la cantidad de contactos, los posibles casos activos (hay alguien con tos?) y aquellos con el riesgo más elevado de infección (niños pequeños, personas que viven en VIH/SIDA (PLWHA), diabéticos, mujeres embarazadas, adultos mayores, etc.)
- Utilizar buenas habilidades de comunicación para hablar sobre el proceso de rastreo de contactos e investigación y responder de forma adecuada a las preocupaciones del paciente
- Mantener un diálogo abierto sobre posibles contactos a lo largo del tratamiento del paciente y desarrollar la capacidad del paciente para reconocer posibles casos entre sus familiares y amigos y motivarlos para que busquen ayuda
- Educar al paciente y su familia (con el consentimiento del paciente) sobre la TB
- Documentar de forma clara y precisa en la ficha de registro/ficha de tratamiento del paciente y/o cualquier formulario de rastreo de contactos NTP asociados, los contactos con riesgo elevado identificados, aquellos que fueron examinados y cualquier medida tomada (se puede adjuntar una hoja al registro del paciente con una tabla manuscrita tal como la que se muestra en la Figura 4.1)
- Se deberá transmitir tranquilidad al paciente, su familia y amigos cercanos, así como también información clara y precisa sobre la TB y sobre qué les sucederá como resultado de estar en contacto con una persona con TB:
 - algunos se someterán a investigaciones y otros recibirán un tratamiento completo si se determina que padecen TB
 - a otros para quienes se determinó que padecen LTBI se les podrá ofrecer tratamiento preventivo
 - a otros simplemente se les transmitirá tranquilidad y recibirán consejos y motivación para buscar ayuda en caso de presentar síntomas
- Explicar el valor del tratamiento preventivo para prevenir la enfermedad activa, especialmente en niños pequeños y personas que viven con VIH.

Realizar una visita a domicilio, si es posible, para evaluar el entorno domiciliario en relación con los miembros del núcleo familiar, el tamaño y la ocupación de las habitaciones y la ventilación.

Figura 4.1: Posible formato para registrar información sobre los contactos del domicilio

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Peso</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Fecha de prueba*</i>	<i>Resultado*</i>	<i>Medida tomada</i>

* Si hay exámenes disponibles

La OMS se creó una lista de verificación para llevar a cabo las investigaciones que se puede encontrar en el siguiente enlace: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf.³⁸

Nota: Un PS o colaborador del tratamiento que visite el domicilio de un paciente en tratamiento para la TB deberá presentar especial atención a los otros miembros que residen en el domicilio y aprovechar la visita para insistir sobre la importancia de reconocer los síntomas y presentarse para la investigación.

4.3.5 Resultado

Se identificará a los contactos con el riesgo más elevado, se los evaluará y se los tratará según corresponda. Se contará con registros para demostrar la cantidad de contactos identificados, la cantidad de examinados y un desglose de los resultados de la evaluación y las medidas tomadas.

5

Atención durante la fase intensiva: promoción del cumplimiento

Muchas personas sufren una gran conmoción cuando se les dice que padecen TB. Algunas se niegan a aceptarlo y otras se sienten aliviadas por saber qué les sucede y que existe un tratamiento disponible. Como ya se mencionó, la reacción depende de muchos factores que incluyen las creencias y valores culturales, la experiencia previa y los conocimientos sobre la enfermedad. Aunque la TB es más común en grupos vulnerables, puede afectar a cualquiera y es importante que los pacientes puedan hablar sobre sus preocupaciones en relación con su propio contexto individual. Las enfermeras y los otros PS tienen el importante papel de ofrecer un ambiente acogedor a todos los pacientes que padecen TB. La cura para la TB depende de que el paciente reciba un ciclo de tratamiento completo e ininterrumpido, y esto solo se puede lograr si el paciente y el servicio de salud trabajan juntos. Las pautas en este capítulo se centran en los procesos para aumentar la capacidad del paciente para cumplir con el tratamiento prescrito hasta el máximo, sin importar cuán largo sea y cualquiera sea la combinación de medicamentos. Los principios subyacentes para tratar la TB y la DR-TB son los mismos, aunque se reconoce que las personas con regímenes más complejos para DR-TB que utilizan regímenes con fármacos de segunda línea necesitarán apoyo y atención prolongados. En algunos casos extremos, incluso puede ser necesario considerar un cuidado paliativo.

5.1 Pauta: Atención y seguimiento del paciente

5.1.1 Standard statement

Se hace un seguimiento de la evolución del paciente y las disposiciones para el DOT según un programa acordado entre el Coordinador de la Unidad, todos los PS y otras personas designadas que participarán en la atención de los pacientes con TB.

5.1.2 Fundamento

Atender las prioridades del paciente

Los pacientes con TB a menudo tienen muchas otras preocupaciones que consideran más importantes y esto puede afectar su capacidad para cumplir con el tratamiento. Proporcionar simplemente alimentos puede tener un impacto importante sobre la capacidad y motivación del paciente para acudir al tratamiento, especialmente si también ayuda a las personas a tolerar el tratamiento con mayor facilidad. El acceso a una variedad de servicios de apoyo locales que atiendan las necesidades más amplias del paciente puede marcar la diferencia entre un paciente que es capaz de continuar el tratamiento o no. Se debe tratar a los pacientes con respeto y deben sentir que pueden hablar sobre los problemas a medida que surjan. El servicio debe poder responder a los problemas de inmediato para minimizar la posibilidad de interrupción del tratamiento. Si el paciente confía en el servicio, es más probable que proporcione sus datos de contacto correctos. Además, es más probable que el paciente informe al servicio si ocurre algo que le impide concurrir a la clínica, por ejemplo, si debe cumplir con otros compromisos o si viajará a otro lugar. Es importante mantener un diálogo abierto entre el paciente y el profesional sanitario para que problemas como estos se puedan tratar a medida que surjan y se puedan adoptar disposiciones para evitar que se interrumpa el tratamiento.

Manejo de los efectos adversos de los fármacos

Se debe incitar al paciente para que reconozca e informe sobre efectos adversos de los fármacos para que se puedan manejar de forma adecuada. Un paciente que presenta efectos adversos graves como ictericia y

malestar abdominal intenso deberá recibir orientación para suspender el tratamiento de inmediato y referirse a un médico. Los efectos adversos menores, tales como náuseas y prurito, aunque no son suficientemente graves para justificar un cambio en la medicación, pueden ser muy preocupantes e incómodos para el paciente y, por lo tanto, el profesional sanitario debe considerarlos seriamente. El apoyo, tratamiento y comprensión pueden aliviar el malestar del paciente y motivarlo a continuar con la medicación.

En todos los casos, es importante determinar si la afección informada es una reacción al tratamiento de la TB o a algo no relacionado con el tratamiento que puede requerir una intervención adicional. Si no está relacionada, el tratamiento para la TB del paciente puede cambiarse de forma innecesaria o una afección distinta puede no tratarse. Se puede encontrar una lista detallada de los efectos adversos de los fármacos y las medicaciones con más probabilidad de causarlos en el *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis* de la OMS http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf?ua=1&ua=1.⁵

Manejo de pacientes que no concurren a las citas

Se debe contactar a un paciente que no concurre cuando se lo espera lo antes posible para minimizar la interrupción del tratamiento (véase la pauta 5.2). El seguimiento oportuno, persistente y amistoso de pacientes que no concurren a las citas, aunque lleve tiempo, puede demostrarle al paciente que las personas se preocupan y, a su vez, puede motivarlo a continuar con el tratamiento. Se deberá hacer todos los esfuerzos posibles para garantizar que el paciente pueda continuar y no abandone el seguimiento.

Examen de esputo de seguimiento

Se necesita un examen de frotis de esputo de seguimiento para determinar la presencia de BAR para confirmar que la enfermedad ha pasado de un frotis positivo a un frotis negativo. Esto es importante no solo en relación con la evolución del paciente, sino también para determinar el tratamiento adecuado para el paciente (por ejemplo, el cambio de la fase intensiva inicial a la fase de continuación del tratamiento). Cabe recordar que el MTB/RIF Xpert no tiene una función en los exámenes de seguimiento con esputo, salvo en situaciones donde hay sospecha de DR-TB (por ejemplo, en pacientes con buen cumplimiento del tratamiento sin conversión del esputo al finalizar la fase intensiva del tratamiento). Es importante identificar la resistencia lo antes posible y que el paciente inicie el tratamiento adecuado.

Al igual que para el diagnóstico y el examen de seguimiento, completar los formularios de solicitud de esputo y rotular los recipientes de esputo de forma correcta para el examen de seguimiento es esencial para recibir los resultados precisos y de forma oportuna. Es importante recordar que hasta un 25 % de los pacientes con TB sensible a fármacos puede seguir presentando frotis positivo después de tratarse durante dos meses de forma correcta. La mayoría se curará con tratamiento adicional.

Documentación precisa

A lo largo de la fase intensiva, la ficha de tratamiento, el registro de TB y el registro del laboratorio deben mantenerse actualizados para hacer un seguimiento de la evolución de los pacientes individuales, así como proporcionar información precisa y fácil de acceder para monitorizar la regularidad del tratamiento durante la fase intensiva.

Apoyo a la persona encargada del tratamiento bajo observación directa

La persona designada como responsable de observar el tratamiento debe sentirse valorada y estimulada para mantenerse motivada y ser capaz de continuar motivando al paciente. De lo contrario, la persona puede sentir que su trabajo se subestima y dejar de apoyar, especialmente si la relación con el paciente se deteriora.

Apoyo al paciente hospitalizado

Si un paciente está muy enfermo o recibe tratamiento para DR-TB, podrá permanecer hospitalizado durante períodos de tiempo prolongados. Esto puede ser muy estresante, especialmente si el paciente está lejos de su hogar y separado de sus familiares, incluso sus propios niños. Independientemente de si se trata a pacientes con DR-TB en el hospital, en el domicilio o en la comunidad, se debe contar con medidas de control y

prevención de infección vigentes para proteger al paciente y a otros que puedan exponerse a la TB. Es esencial proporcionar atención de la forma más compasiva posible. De lo contrario, el paciente puede deprimirse o intentar dejar el hospital contra lo aconsejado sin disposiciones para su tratamiento o apoyo continuo. Se deberá contar con el equipamiento de protección correcto (mascarillas para partículas N95 o FFP2 para el personal y los visitantes y máscaras quirúrgicas para los pacientes) para estimular la interacción social entre el personal y los pacientes, de lo contrario, es probable que el personal intente protegerse y pasar el menor tiempo posible con los pacientes. Las oportunidades para conversar y socializar en áreas bien ventiladas, de forma ideal, al aire libre, son útiles, al igual que el entretenimiento como la televisión y radio, equipamiento para ejercicios, juegos recreativos (p. ej., mesas de billar) y pasatiempos como las artes y oficios. Tal vez el hospital no pueda proporcionar estas cosas, pero las organizaciones de la comunidad local y/o ONG pueden brindar ayuda.

Atención a las personas que reciben inyecciones diarias

Un paciente que necesita inyecciones intramusculares (IM) diarias, especialmente si tiene un peso insuficiente, puede sufrir mucho dolor e incomodidad en el sitio de la inyección. Esto puede desalentarlo a concurrir a la clínica si la atención se proporciona sin requerir hospitalización. Escuchar al paciente, dar un buen cuidado a los sitios de inyección y asistir en la nutrición pueden ayudar a aliviar la situación. Para los pacientes con DR-TB que requieren inyecciones IM diarias durante un período de tiempo prolongado (es decir, 6-8 meses), se deberá tener especial cuidado para garantizar que haya suficiente masa muscular para alojar el volumen de medicación que se inyecta, el sitio de inyección se deberá rotar a diario y se deberá examinar los sitios de inyección de forma regular para detectar signos de complicaciones asociadas con la inyección (p. ej., absceso, infección, etc.). Esto es especialmente importante en niños pequeños y lactantes que pueden estar en mayor riesgo de sufrir lesiones relacionadas con la inyección.

5.1.3 Recursos

- Información actualizada para asistir a los profesionales sanitarios con conocimientos y comprensión acerca de la TB/DR-TB y su tratamiento
- Capacitación para asistir a los profesionales sanitarios que pueden reconocer y referir a pacientes con efectos adversos de los fármacos graves y manejar a pacientes con efectos adversos leves
- Un sistema que permita que el PS evalúe y responda a factores que afectan el cumplimiento (véase la Tabla 5.1), tener una actitud empática y responsabilizarse de los resultados del tratamiento
- Contar con los formularios y registros necesarios y con PS que los puedan completar de forma clara, oportuna y precisa
- Unidades de gestión y centros de tratamiento de la TB asociados con un sistema vigente para el seguimiento de pacientes que no concurren a sus citas o no se presentan para DOT (véase la pauta 5.2)
- Colaboración con los servicios de apoyo y otras organizaciones que podrían auxiliar al paciente, en especial, con acceso a alimentos y apoyo nutricional
- Posibilidad de admitir a pacientes muy enfermos, aunque esto pueda redundar en costos adicionales para el paciente que deben tenerse en cuenta
- Supervisión para mantener las buenas prácticas
- Apoyo y supervisión regular a los proveedores que observan el tratamiento
- Todo el equipamiento y los suministros a disposición de un profesional sanitario competente, capacitado para proporcionar inyecciones diarias, si es necesario
- Instalaciones de aislamiento adecuadas, espacios sociales bien ventilados y EPP disponible en centros para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio eficientes, bien aprovisionados, con suficiente personal y de calidad asegurada para garantizar el examen e informe inmediato de los frotis de esputo de seguimiento (y resultados de cultivos o LPA para pacientes con DR-TB)
- Acceso a pruebas de laboratorio para monitorizar las toxicidades de los fármacos y la farmacovigilancia para pacientes con regímenes antituberculosos de segunda línea
- Acceso a medicamentos adyuvantes para tratar los efectos adversos de los fármacos comunes de los regímenes antituberculosos de segunda línea (p. ej., antieméticos, piridoxina, cloruro de potasio, reemplazo tiroideo).

Tabla 5.1: Factores que podrían presentar dificultades para el cumplimiento

<i>Variables del paciente</i>	<i>Posible respuesta</i>
<i>Factores socioeconómicos y circunstancias personales</i>	
Falta de recursos personales	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar acceso a cualquier beneficio/ incentivo disponible.
Prioridades contrapuestas abrumadoras tales como el trabajo, atender a animales y/o cultivos, nutrición básica de la familia y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y auxiliar según sea posible. • Adaptar la rutina de tratamiento para que se ajuste a las circunstancias del paciente.
Problemas relacionados con la edad, p. ej., niño, adolescente, anciano	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar la orientación y hacer que otros participen, según la edad.
Pérdida del empleo, debido al estigma o la discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar sobre posibles fuentes de apoyo, p. ej., los ONG locales.
Deberes y restricciones sociales/familiares (p. ej., concurrir a otros compromisos, trabajo, visitas o auxiliar a parientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiparse y conversar con el paciente sobre el tratamiento en caso de que deba ausentarse debido a un acontecimiento inesperado.
Pérdida del domicilio, sin domicilio antes o pérdida del mismo debido al estigma o la discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar según sea posible, p. ej., organizaciones voluntarias. • Conversar y acordar cómo organizar de la mejor forma el tratamiento.
<i>Factores psicológicos y emocionales</i>	
Creencias e ideas erróneas personales y culturales acerca de la TB	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar e informar con respeto y sensibilidad
Apatía, pesimismo, depresión, negación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y apoyar
Falta de un sistema de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar vías de apoyo – centro de salud, voluntarios de la comunidad, otro paciente, grupos de pacientes o comunitarios, etc.
Insatisfacción con el profesional sanitario, experiencias negativas con proveedores de servicios sanitarios en el pasado	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los problemas y las expectativas. Comunicar cuando necesario y orientar mediante el ejemplo
Vergüenza - sentirse estigmatizado por la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y transmitir tranquilidad • Ser discreto • Trabajar con el paciente, su familia y grupos comunitarios, según corresponda
Falta de control sobre su vida	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que el paciente elija, según sea posible, donde recibir el tratamiento
<i>Factores relacionados con la salud</i>	
Antecedentes de incumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las circunstancias anteriores – qué impidió el cumplimiento antes?
Impaciencia con el nivel de evolución/ respuesta al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Replantear las expectativas y tranquilizar
Discapacidades sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la mejor forma comunicar y trabajar de forma estrecha con los proveedores de atención
Incapacidad para seguir el plan de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar para identificar el problema y cambiar, según corresponda

Tabla 5.1: Factores que podrían presentar dificultades para el cumplimiento

<i>Factores relacionados con la salud</i>	<i>Posible respuesta</i>
Consumo excesivo de alcohol y sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar con comprensión y sensibilidad • Referir a servicios adecuados, si es posible • De lo contrario, aceptar y ofrecer apoyo según lo que sea posible para el paciente
Preocupación sobre ser también positivo para el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo y orientación continuos • Referir para recibir tratamiento y ayuda adicional si corresponde y existe la posibilidad
<i>Variables del tratamiento</i>	<i>Posible respuesta</i>
Complejidad o duración del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer instrucciones claras, información y apoyo
Características de la medicación (cantidad de comprimidos, efectos adversos de los fármacos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo; proporcionar información clara sobre los efectos adversos de los fármacos y motivar al paciente para que plantee sus problemas. Ofrecer ayuda para aliviar los efectos, según sea posible. Los efectos adversos graves se deben informar y se deben tomar medidas sin demoras
Interacción del medicamento con los alimentos: p. ej., los pacientes pueden sentir náuseas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y orientar sobre la dieta y el horario de toma de los medicamentos
<i>Variables de la enfermedad</i>	<i>Posible respuesta</i>
Afecciones coexistentes:	
- VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado, ofrecer orientación y exámenes, trabajar con los servicios de atención de VIH, especialmente si se administra TAR; y monitorizar las interacciones entre fármacos
- Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre la dieta y verificar el tratamiento para la diabetes
- Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el acceso a alimentos, aumentar el acceso a alimentos, cuando sea posible y orientar sobre la dieta
- Problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar para garantizar que no haya medicamentos incompatibles, p. ej., antipsicóticos • Trabajar de forma estrecha con los proveedores de atención. Si no se cuenta con ellos, identificar apoyo adicional alternativo
<i>Variables del sistema sanitario</i>	<i>Posible respuesta</i>
Imposibilidad de acceder a la clínica / colaborador del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar el tratamiento según convenga al paciente, tanto como sea posible
Largas esperas en la clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar de otro modo el servicio para que los pacientes no tengan que esperar durante largo tiempo, por ejemplo, al crear una entrada propia para pacientes con TB sin hacer filas
Servicios fragmentados, no coordinados	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la coordinación y establecer buenas relaciones con otros servicios, mantener una comunicación regular y compartir protocolos, etc.

Tabla 5.1: Factores que podrían presentar dificultades para el cumplimiento

<i>VARIABLES DEL SISTEMA SANITARIO</i>	<i>POSIBLE RESPUESTA</i>
Problemas en el personal (falta de motivación, escaso personal, sobrecarga)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la supervisión del personal • Garantizar que el personal se sienta valorado y apreciado; escuchar sus ideas, presentar esquemas de incentivos para el personal, p. ej., recompensas por buenas prácticas/oportunidades de capacitación
Estigma y discriminación por parte del personal	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas y educación dentro del centro de atención sanitaria • Desalentar las conductas de estigmatización en todos los niveles • Garantizar que las políticas organizativas no sean estigmatizantes ni discriminatorias

5.1.4 Práctica profesional

- El proveedor de atención médica responsable de proporcionar atención al paciente deberá ser capaz de evaluar a cada paciente según las variables establecidas en la Tabla 5.1, que pueden influir sobre su capacidad para cumplir con el tratamiento prescrito
- Se deben cumplir las medidas de control y prevención de infección según las políticas locales. El proveedor de atención médica deberá orientar a los pacientes, visitantes y otros miembros del personal sobre la higiene al toser y el uso correcto de la protección personal disponible. Se deberá evaluar el ajuste de las mascarillas N95 (o FFP2) para cada persona que los use, almacenarlos de forma adecuada en un ambiente limpio y seguro y desecharlos de forma segura. Todo paciente que reciba una máscara quirúrgica (NO se debe dar mascarillas N95/FFP2 a pacientes) deberá recibir orientación sobre cómo usarla y desecharla de forma segura
- En el caso de la TB susceptible a fármacos (DS-TB), al finalizar la fase intensiva, se debe someter al paciente a una exploración física para garantizar que se haya logrado la evolución adecuada. Se recomienda obtener una muestra y examinarla por microscopía una semana antes de finalizar la fase intensiva. Independientemente del resultado, el paciente deberá iniciar la fase de continuación²
- Todos los pacientes con DS-TB que siguen presentando frotis positivo tras dos meses de tratamiento se deben evaluar con respecto a:
 - Si el régimen que se le ha prescrito al paciente durante la fase intensiva es adecuado
 - Cualquier problema que hayan tenido mientras recibían el tratamiento según lo prescrito
 - Cualquier malentendido sobre el régimen de tratamiento, p. ej., está tomando la dosis correcta en los intervalos correctos?
 - Cualquier problema en relación con la persona que supervisa su tratamiento
 - **NT: en este punto se recomienda recoger esputo y enviarlo para prueba de MTB/RIF Xpert o para DST (cultivo de TB o LPA),** dependiendo de las guías nacionales
- Se deberá hacer un seguimiento de los pacientes en regímenes más extensos para DR-TB según los protocolos acordados a nivel local que el profesional sanitario debe conocer
- Debe existir una buena comunicación entre el profesional sanitario que proporciona la atención diaria continua al paciente con DR-TB y el equipo médico especializado, de manera que se puedan informar y resolver los problemas que surjan de forma inmediata y adecuada
- La atención se debe planificar y evaluar de forma regular, según sea posible, de acuerdo con las necesidades de cada paciente

- Al igual que en cualquier otro momento durante el tratamiento, los efectos adversos graves de los fármacos se deben identificar, registrar y referir el paciente a un proveedor de atención médica adecuado sin demoras
- Se debe identificar, registrar y manejar los efectos adversos de los fármacos en la unidad de gestión²
- La documentación que incluye el registro de TB, la ficha de tratamiento y el registro del laboratorio se debe mantener actualizada. Una persona identificada debe verificar las fichas de tratamiento con respecto al registro de TB todas las semanas para garantizar que la información esté completa. Se debe dar especial atención a la transcripción del resultado del examen de frotis a los dos meses en el registro de TB para cada paciente con TB susceptible a fármacos TB y el examen de frotis y cultivo a los seis meses para cada paciente con DR-TB que recibe un régimen antituberculoso de segunda línea
- El suministro de fármacos, equipamiento para inyecciones, EPP y otros materiales se deberá mantener sin interrupciones en todo momento
- Si el paciente no concurre para recibir el DOT, se debe marcar esto de forma clara en la ficha de tratamiento. Se debe visitar al paciente en su domicilio para determinar el motivo y garantizar que retome el tratamiento de forma adecuada y sin demoras
- Puede ser necesario coordinar con otras agencias en el área local para proporcionar a los pacientes un apoyo adicional según sus necesidades.

5.1.5 Resultado

La fase intensiva del tratamiento se completa con éxito. Esto se puede medir utilizando la ficha de tratamiento del paciente y el registro de TB.

5.2 Pauta: Rastreo de pacientes que no concurren a las citas

Se debe implementar un sistema para rastrear a los pacientes que no concurren a sus citas para el tratamiento (pacientes ausentes) para evitar las interrupciones en el tratamiento y las pérdidas durante el seguimiento. Se logrará un mayor éxito a través del uso de abordajes flexibles, innovadores y personalizados, tales como utilizar teléfonos, mensajería instantánea u otras aplicaciones de salud móvil. El tratamiento y la atención que el paciente ha recibido tendrán un impacto inevitable sobre su buena disposición para concurrir a futuro.

En muchos casos, puede tratarse de un obstáculo simple que se debe superar para que el paciente continúe de forma exitosa con el tratamiento, de manera que es esencial determinar cuál es el problema. Habrá pacientes que no se podrán rastrear y no todos los encontrados volverán al tratamiento. Sin embargo, es importante hacer todos los esfuerzos necesarios con el fin de que vuelva la mayor cantidad de pacientes posible al tratamiento.

Nota: En todas las situaciones, es obligatorio contar con un sistema bien definido para rastrear a los pacientes que no concurren. Sin embargo, cuando las tasas de pacientes que abandonan el seguimiento son elevadas (más del 10 %), cualquier sistema de rastreo será ineficaz si no se analiza el servicio como un todo. Dicho análisis es necesario para identificar y solucionar problemas más extensos que dificultan la concurrencia de los pacientes o motivos por cuales el paciente decide no concurrir.

5.2.1 Enunciado de la pauta

Se hará un seguimiento de los pacientes que no concurren a los servicios de la TB cuando se los espera, se evaluará la situación y se permitirá que retomen el tratamiento lo antes posible.

5.2.2 Fundamento

Priorizar a los pacientes más infecciosos

Los pacientes con resultados de frotis de esputo o MTB/RIF Xpert positivos que no concurren al centro para recibir tratamiento deben tener prioridad, dado que es probable que sean infecciosos y podrían continuar diseminando la enfermedad y tengan, además, el mayor riesgo de muerte si no se tratan de manera satisfactoria.

Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para garantizar que estos pacientes reciban un ciclo de tratamiento completo e ininterrumpido. De esta manera, se reducirá la cantidad de personas con capacidad de contagiar en la comunidad, se evitará el aumento de la farmacorresistencia, se curará a más pacientes y morirán menos personas.

Acción inmediata

Se debe identificar a los pacientes que no concurren lo antes posible para evitar interrupciones prolongadas en el tratamiento. Cuanto antes se los pueda rastrear e incitar a retornar a su centro de tratamiento, menor será el riesgo de que su estado empeore.

Documentación clara, precisa y oportuna

Se deben documentar los datos de contacto correctos lo antes posible cuando el paciente inicia el tratamiento y verificarlos de forma regular para determinar si cambiaron (véase la pauta 4.1)

Marcar de forma clara e inmediata la ficha de tratamiento es esencial para alertar al personal sobre pacientes que no han concurrido. Las fichas de tratamiento son muy útiles para demostrar cuánto de un ciclo se ha completado y con qué regularidad se toman los fármacos. Además, pueden ayudar a que el paciente vea la evolución que ha seguido y la importancia de cada dosis de la medicación.

Análisis continuo de los motivos dados para la no concurrencia

Es útil recopilar información sobre los motivos para la no concurrencia del paciente, a fin de identificar y resolver las dificultades que pueda enfrentar. Cuando una persona tiene un problema, se pueden hacer ajustes en las disposiciones para el tratamiento; pero del mismo modo, si surge un problema común a varios pacientes, se pueden tomar medidas más drásticas en relación con el modo en que se ofrece el servicio.

El uso de abordajes flexibles e innovadores

Se necesita flexibilidad para adaptar los servicios a las necesidades del paciente con el fin de resolver problemas que hagan que un paciente no concurra a la clínica a recoger el tratamiento o no cumpla el tratamiento. Puede ser necesario abrir una clínica satélite para reunir a una cantidad de pacientes en una determinada localidad; se puede modificar o extender los horarios de la clínica para adaptarlos a los horarios de trabajo u otros compromisos de los pacientes. También puede ser necesario educar de forma continua a los pacientes para resolver cualquier laguna de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento.

5.2.3 Recursos

- En cada unidad de gestión y centro de tratamiento de la TB debe existir un proceso acordado (incluidos intervalos de tiempo acordados) para el seguimiento de pacientes que no concurren. Personas asignadas y con responsabilidades definidas deben coordinar este proceso y el Coordinador de la Unidad lo debe monitorizar
- Se necesita personal capacitado que comprenda la importancia de un tratamiento continuo, tanto dentro de los servicios para TB como en otras organizaciones que puedan prestar servicios al paciente, tales como los trabajadores sociales, los farmacéuticos, etc. Todas las personas que participan en la atención del paciente deben hacer énfasis en la importancia de recibir un ciclo de tratamiento completo
- La buena comunicación con los pacientes, las familias y las comunidades puede ayudar a localizar a un paciente que no ha concurrido a la clínica como se esperaba
- La buena comunicación es esencial entre y dentro de las organizaciones que participan en el cuidado del paciente
- Los pacientes deben entender desde el inicio que se harán todos los esfuerzos para permitirles que reciban un ciclo completo de tratamiento y las medidas que se tomarán en caso de que no concurren. Se debe motivar a los pacientes para que se pongan en contacto con la clínica cuando no pueden concurrir para que se puedan adoptar disposiciones alternativas. Se deben ofrecer datos claros sobre las personas a quienes contactar y cómo hacerlo. También deben confiar en que recibirán un trato amable e interesado

- Es esencial mantener un registro preciso, claro y oportuno con un suministro de fichas de tratamiento para hacer un seguimiento del cumplimiento terapéutico y la concurrencia.

5.2.4 Práctica profesional

El proveedor de atención médica:

- Establecerá un sistema mediante el cual las fichas de tratamiento de todos los pacientes a los que se espera para tratamiento en un día específico se dispongan en un estante y, luego de que se vea y registre al paciente, se pasen a un segundo estante, para identificar así de inmediato a cualquier paciente que se esperaba y no concurrió a la cita programada durante el día
- Garantizará que la documentación se completa de forma oportuna y correcta. Si un paciente no concurre para recibir tratamiento, el casillero en la ficha de tratamiento que representa el día de la cita se deberá dejar en blanco (o marcarlo como inasistencia) para identificar de forma clara la inasistencia del paciente a la cita. Lo mismo sucederá si el paciente abandona el hospital de forma inesperada. Las fichas de tratamiento son una herramienta esencial para hacer el seguimiento de la evolución y el cumplimiento terapéutico de los pacientes en tratamiento
- Garantizará que se contacte/visite lo antes posible a todos aquellos cuyas fichas de tratamiento permanecieron en el primer estante, de preferencia al finalizar la jornada, para motivarlos a volver al centro adecuado para continuar con su tratamiento
- Utilizará buenas habilidades de comunicación con los pacientes que no concurren de forma interesada y demostrando cooperación. Si el paciente siente que será criticado al regresar a la unidad de gestión u otro centro de tratamiento, puede ser reacio a hacerlo
- Establecerá vínculos con otras agencias que estén involucradas con los pacientes (y que les inspiran confianza), por ejemplo, trabajadores sociales, profesores, farmacéuticos, etc. para enfatizar la importancia del cumplimiento terapéutico y que se lleve a cabo un mejor seguimiento
- Determinará el motivo de la no concurrencia del paciente. Existen diversos motivos para que las personas no concurren a sus citas y es importante conversar sobre esta situación de forma amigable y sin emitir juicios de valor. Pueden ser necesarios varios intentos para rastrear a un paciente. Si no se ha localizado en dos meses, se debe registrar como una “pérdida durante el seguimiento”. Si más adelante el paciente vuelve al centro de tratamiento, se deberá repetir la investigación inicial, p. ej., el examen de esputo para TB utilizando MTB/RIF Xpert o cultivo para evaluar a posible resistencia a fármacos
- Negociará de forma eficaz con el paciente que no puede (o no quiere) volver al centro de tratamiento, para trazar un plan alternativo de atención que sea aceptable para el paciente y la enfermera o proveedor de atención médica. También se deben tomar en cuenta los incentivos y facilitadores (véase la Tabla 5.2)
- Responderá de forma adecuada si no se puede encontrar al paciente y dejará información a los amigos o familiares adecuados que motive al paciente a volver a la clínica cuando le sea posible.

Nota: Cuando las tasas de pacientes que no concurren son elevadas en general, los profesionales sanitarios deben analizar el servicio como un todo e intentar detectar el problema, solicitar asesoramiento al supervisor local y, si es necesario, a los miembros con años de servicio en el programa de control de la TB. El personal de la clínica o centro de salud también puede considerar hacer entrevistas de salida con pacientes para evaluar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

Planes alternativos de atención

Si un paciente tiene dificultades para cumplir con el tratamiento debido a problemas con el transporte, renuencia a cumplir o simplemente olvidos, puede ser necesario adoptar disposiciones alternativas. El plan se debe acordar entre el paciente y el proveedor de atención médica según las políticas locales/nacionales. Todas las disposiciones alternativas se deben registrar en las notas del paciente y el Coordinador de la Unidad las debe evaluar con regularidad.

Incentivos/facilitadores

El uso de incentivos para motivar al paciente con TB para que cumpla con el tratamiento está definido en las políticas locales/nacionales. En la Tabla 5.2 figuran varios ejemplos de incentivos y facilitadores que se utilizan en diversos ámbitos. Es importante recordar que gestos simples como felicitar al paciente por concurrir a una cita y mostrarse complacido de verlo pueden funcionar como incentivos eficaces.

Aunque los incentivos y facilitadores más complejos pueden fortalecer la interacción entre el proveedor de atención médica y el paciente, también pueden complicarla y se debe organizar de manera muy cuidadosa con varias reglas claras para ambas partes, el paciente y el profesional sanitario. Por ejemplo, si el profesional sanitario promete un incentivo y luego no cumple, la relación entre el paciente y el profesional sanitario empeorará rápidamente. Es fundamental que el proveedor de atención médica cumpla de la misma manera que desea que el paciente lo haga. Las noticias llegan rápido en una comunidad cuando un miembro del personal del departamento de salud no cumple con lo prometido.

Cuando se dan incentivos se debe diferenciar entre las necesidades del paciente y las necesidades que se perciben para él. Muchos PS sienten que los pacientes deben asumir toda la responsabilidad de su salud y, por lo tanto, de su tratamiento y querer proteger a quienes los rodean. Este tipo de actitud puede generar dificultades, ya que los pacientes que han sufrido pobreza e injusticia social pueden volverse indiferentes a los problemas de los otros.

Además, estos factores resultan en la pérdida de la autoestima y algunas personas podrán no sentirse lo suficientemente buenas para merecer la atención. A menudo, con los incentivos se producen cambios en la relación entre el paciente y el proveedor de atención médica. El cuidado y la preocupación que demuestre el proveedor de atención médica al utilizar la combinación del DOT y el programa de incentivos pueden constituir la máxima “atención” que hayan recibido algunas personas en años. Es esencial llegar a conocer al paciente con el fin de utilizar de forma eficaz los incentivos y lograr el éxito posterior en el tratamiento. También es importante preparar al paciente para el fin del tratamiento, ya que una suspensión abrupta de la atención puede generar angustia.

Tabla 5.2: Ejemplos de incentivos/facilitadores

• Alimentos, especialmente para pacientes sin ingresos y/o que reciben tratamiento para MDR-TB o pacientes coinfectados por VIH que reciben TAR
• Grupos de apoyo (son útiles si los pueden organizar o incluir la participación de personas que se han recuperado de la TB)
• Ceremonias de premiación, p. ej., certificados de culminación exitosa del tratamiento
• Reembolso del transporte
• Visitas/llamadas telefónicas a pacientes en el hospital por parte del personal del centro de salud para motivarlos
• “Té de agradecimiento” para la familia de los pacientes en tratamiento para la TB para reconocer el apoyo que brindan
• Recordar el cumpleaños o aniversario de un paciente para hacerlo sentir especial
• Recompensa por completar la fase intensiva/de continuación del tratamiento

5.2.5 Resultado

Las interrupciones en el tratamiento se reducirán al mínimo. En la ficha de tratamiento se podrá ver el patrón de concurrencia del paciente y todas las dosis no recibidas. Habrá información sobre cada paciente que no concurrió en relación con los motivos dados para no concurrir y las medidas que se tomaron, y será posible calcular la cantidad de pacientes que no concurren, a cuántos se encontró posteriormente y cuántos retomaron el tratamiento.

6

Atención durante la fase de continuación

A medida que avanza el tratamiento del paciente, los síntomas empiezan a desaparecer y el paciente se familiariza con el tratamiento. Las pautas que figuran en esta sección se centran en los aspectos que se deben tener en cuenta cuando el paciente comienza a tener menos contacto con el servicio de TB y retoma sus actividades normales. El tratamiento para la TB lleva un mínimo de 6 meses y, durante este tiempo, los cambios en el régimen de tratamiento y los cambios personales asociados con la recuperación pueden crear dificultades para continuar con el tratamiento. Los cambios en el estilo de vida y otros cambios que se pueden producir en 6 meses en la vida de cualquier persona pueden complicar o complicarse debido al tratamiento para la TB. En consecuencia, se deben hacer esfuerzos por mantener el contacto con el paciente y adaptar la atención a cualquier cambio que surja en sus circunstancias personales.

6.1 Pauta: Evaluación del paciente durante la transición entre la fase intensiva y la fase de continuación

6.1.1 Enunciado de la pauta

Al finalizar la fase intensiva del tratamiento se evalúa a los pacientes y se traza un plan con el paciente para la fase de continuación, en la cual es probable tengan menos contacto con la unidad de gestión

6.1.2 Fundamento

Manejo del cambio en el tratamiento

A medida que el paciente comienza a sentirse mejor, pueden surgir otras prioridades que lo distraigan de su tratamiento. Si el paciente ha recibido DOT durante la fase intensiva y luego se suspende en la fase de continuación, esto puede representar una señal para el paciente de que el tratamiento no es tan importante. Lo mismo puede ocurrir cuando un paciente que ha recibido inyecciones diarias avanza a solo medicación por vía oral. Es esencial reiterar la necesidad de un tratamiento y apoyo continuos.

Reevaluación de las necesidades del paciente

La reevaluación de las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente ayudará a planificar una atención centrada en el paciente en la fase de continuación, a medida que el paciente asume más control y responsabilidad sobre su propio tratamiento. Todavía puede ser necesario ofrecer apoyo adicional, por ejemplo, cuando el paciente está coinfectado por VIH o padece otra afección tal como diabetes. Se deberán buscar otras fuentes de ayuda con el paciente, si es necesario, para garantizar la continuación de la atención después de finalizar el tratamiento para la TB.

Manejo de acontecimientos imprevistos

Diversos tipos de acontecimientos en la vida pueden tener un impacto inesperado en el tratamiento y la capacidad del paciente para continuar recibéndolo. Puede tener otros compromisos, un cambio de trabajo o la necesidad de mudarse en poco tiempo. Esto es particularmente difícil para trabajadores migrantes o pacientes transfronterizos. Es importante estar preparado para dichos acontecimientos y ayudar al paciente a adaptarse a sus nuevas circunstancias mientras continúa con el cumplimiento del régimen de tratamiento. Es muy importante conversar sobre esto con el paciente en el momento del cambio del tratamiento, ya que tendrá menos contacto con el servicio en la fase de continuación.

6.1.3 Recursos

- Cuando el paciente cambia de tratamiento, las buenas habilidades de comunicación y evaluación se necesitan más que nunca
- Se necesita el tiempo adecuado para reiterar los mensajes importantes sobre la necesidad de continuar el tratamiento sin interrupción y motivar al paciente a informar al centro de atención sanitaria si se producen cambios en sus circunstancias personales que puedan afectar su capacidad de continuar el tratamiento o concurrir a las citas de seguimiento
- Los proveedores de atención médica deben saber cuándo solicitar al laboratorio exámenes de frotis de esputo de seguimiento, según la categoría del paciente y el patrón de resistencia. (En la Tabla 3.1 se ofrece una guía paso a paso sobre los aspectos prácticos de la recolección de muestras de esputo. Los mismos principios deberán aplicarse cuando el paciente reciba instrucciones para producir las muestras posteriores en su domicilio, además de información sobre la entrega de las muestras en el lugar y momento precisos)
- La documentación sobre la solicitud y los resultados de los exámenes de laboratorio (frotis de esputo o cultivo) es fundamental en este momento
- Se necesitan servicios de laboratorio eficientes, bien aprovisionados, con suficiente personal y calidad asegurada de manera que no se retrasen en el examen de los frotis de esputo o cultivos de seguimiento, para que el tratamiento se pueda cambiar en el momento adecuado

6.1.4 Práctica profesional

Documentación

Es esencial que toda la documentación se complete de forma precisa en el momento de la recolección de las muestras. Los formularios de solicitud destinados al laboratorio para examen de esputo y cultivo deben indicar de forma clara el examen que se solicita para el seguimiento y el mes de tratamiento en el cual se tomó la muestra. Los resultados y cualquier cambio en el tratamiento se deben ingresar de forma clara en la ficha de tratamiento y en el registro de TB. Esto tiene especial importancia en relación con el examen de frotis de esputo para determinar la presencia de BAR que se lleva a cabo al finalizar la fase intensiva del tratamiento de primera línea estándar (también el frotis y el cultivo realizados en el sexto mes de tratamiento de pacientes que reciben regímenes antituberculosos de segunda línea para RR-TB); la falta de este dato o una nota que indique frotis no realizado en el registro de tuberculosis puede ser una señal de pérdida durante el seguimiento o de seguimiento inadecuado y se debe investigar.

Orientación práctica para pacientes que comienzan a tomar el tratamiento a domicilio

Es útil conversar con el paciente sobre un sistema para recordar la toma de los comprimidos (tal como antes de una actividad rutinaria como una comida). Los fármacos se deben almacenar en un lugar seguro, oscuro y seco, fuera del alcance de los niños.

Este constituye un momento esencial para garantizar que se mantiene una buena relación con el paciente, de manera que informe de cualquier problema que pueda surgir. Se deben evaluar todas las posibles dificultades para el cumplimiento terapéutico, como un cambio en la rutina, la posibilidad de extraviar temporalmente los fármacos o que le sean robados, el consumo excesivo de sustancias, etc. (Tabla 5.1).

Apoyo y seguimiento continuos

El paciente debe estar al tanto de las citas de seguimiento, las muestras y los exámenes que se necesitan. También se debe recordar a los pacientes que los efectos adversos de los fármacos son raros, pero se les debe enseñar a reconocer e informar cualquier posible efecto adverso, p. ej., erupciones cutáneas, ictericia, alteraciones visuales, trastornos gastrointestinales, hormigueos en los dedos de manos y pies e incluso pérdida de la audición por el tratamiento de segunda línea (MDR-TB), entre otros.

Se debe evaluar al paciente de forma continua para hacer un seguimiento de su evolución y mantenerse al día sobre cualquier cambio que pueda afectar al tratamiento y a la atención. Se debe evaluar una variedad de factores que incluyen:

- Capacidad y motivación para continuar con el cumplimiento del régimen de tratamiento
- Evolución clínica en puntos clave:
 - Tratamiento estándar de primera línea – esputo a los dos meses, esputo a los cinco meses y finalización del tratamiento
 - Tratamiento de segunda línea – según los protocolos locales, pero en general incluye un cultivo a los seis meses como resultado provisional
- Precisión de la medicación prescrita
- Disponibilidad de fármacos
- Capacidad de concurrir a las citas
- Cualquier duda y/o pregunta
- Todo lo que pueda interrumpir el tratamiento: efectos adversos de los fármacos, embarazo, trabajo u otros compromisos, información contradictoria, migración, problemas transfronterizos, etc.

Se debe acordar una rutina de seguimiento regular entre el paciente, el Coordinador de la Unidad y el proveedor de atención médica que supervisó la fase inicial del tratamiento. Esta rutina puede incluir visitas domiciliarias o en la clínica o una combinación de ambas, de acuerdo con las preferencias del paciente y los recursos disponibles. Independientemente de la organización, se debe ver a los pacientes al menos una vez al mes durante la fase de continuación. Es esencial que los pacientes sepan a quién acudir cuando tienen un problema y el servicio debe responder de forma rápida y adecuada.

6.1.5 Resultado

Los pacientes pasan de la fase intensiva a la fase de continuación después de repetir el examen del esputo. Cada ficha de tratamiento de cada paciente y el registro de TB incluyen información. Los pacientes continúan el tratamiento mientras se vuelven más independientes, aumentan su confianza y mantienen el contacto con el servicio de TB.

6.2 Pauta: Gestión de casos durante la fase de continuación

6.2.1 Enunciado de la pauta

Se ofrece apoyo continuo según las necesidades del paciente y se llevan a cabo las exploraciones de seguimiento necesarias.

6.2.2 Fundamento

Reevaluación de las necesidades del paciente

El paciente adquiere más control y responsabilidad, se ha acostumbrado al tratamiento y ya no se siente mal ni vulnerable como en la fase intensiva. En esta etapa, es importante reevaluar las necesidades del paciente y actualizar los planes de atención para que reflejen esta nueva situación, especialmente cuando el paciente pasa de DOT a un tratamiento autoadministrado. De lo contrario, el paciente puede sentir que ya no importa demasiado continuar o no con el tratamiento. Como ya se mencionó anteriormente, si el paciente ha recibido inyecciones diarias y ahora pasa a recibir solo medicación por vía oral, esto puede enviarle el mismo mensaje. Algunos pacientes que reciben tratamiento de segunda línea para DR-TB pueden haber estado hospitalizados durante parte, o todo, su tratamiento y se deberá organizar el DOT (véase la Pauta 4.2).

Flexibilidad para responder a problemas que enfrenta el paciente

Las respuestas deben ser inmediatas y adecuadas, mientras se mantiene el compromiso de proporcionar atención. Se puede generar confianza y motivar a los pacientes si notan que sus prioridades se toman en serio. El problema puede no estar relacionado directamente con el tratamiento del paciente, pero si se ignora puede representar una barrera para el tratamiento a futuro.

Minimizar el costo para el paciente

Los costos que tienen el paciente se deben mantener al mínimo para que conserve su capacidad de continuar con el tratamiento. Por ejemplo, se deben evitar las citas innecesarias en la clínica que puedan generar costos de transporte e interrumpir el trabajo del paciente.

Examen de frotis de esputo de seguimiento

Para DS-TB, después de cinco meses de tratamiento, se requiere un examen de seguimiento de frotis de esputo para determinar la presencia de BAR positiva de todos los pacientes que inicialmente exhibieron frotis de esputo positivo para confirmar la evolución o identificar fallas en el tratamiento.²

Para DR-TB, la frecuencia de seguimiento del esputo puede variar; sin embargo, el frotis de esputo y el cultivo se deben evaluar durante la fase de continuación para garantizar que el paciente no incumpla el tratamiento. La documentación de la “curación” para pacientes con TB resistente a rifampicina requiere tres o más cultivos de esputo negativos consecutivos tomados con al menos 30 días de intervalo.⁵

Evaluar los resultados del tratamiento

Es esencial evaluar y registrar el resultado del tratamiento para cada paciente para entender los resultados del programa de TB. Al finalizar el tratamiento del paciente, se repite el examen del esputo para confirmar que se produjo la “curación”, que constituye un indicador mucho más fuerte del éxito que “completar el tratamiento”.²

Documentación

Al igual que para el diagnóstico y la primera muestra de seguimiento, completar los formularios de solicitud de esputo y rotular los recipientes de esputo de forma correcta es esencial para recibir resultados precisos y de forma oportuna. Los resultados se deben ingresar en el registro del laboratorio, la ficha de tratamiento y el registro de TB en cuanto se acceda a ellos, de modo que cualquier proveedor de atención médica pueda evaluar la evolución del paciente y garantizar que se está administrando el tratamiento correcto. La precisión de los informes trimestrales sobre los resultados del tratamiento depende de la precisión de la información en el registro de TB. Por su parte, los informes trimestrales demuestran la eficacia del programa.²

6.2.3 Recursos

- Recursos humanos adecuados para permitir un manejo de la carga de casos adecuado
- Servicios de laboratorio eficientes, bien aprovisionados, con suficiente personal y de calidad asegurada para garantizar el examen e informe inmediato de los frotis de esputo de seguimiento
- Si durante la evaluación se identifica un posible problema, es importante trazar un plan de atención adecuado y evaluar la evolución con regularidad, tal como se acordó con el paciente
- El paciente debe poder contactar con el proveedor de atención médica adecuado cuando surge un problema
- El servicio debe responder de forma oportuna para solucionar el problema y garantizar que se tomen todas las medidas para prevenir una posible interrupción del tratamiento
- Dado que puede ser necesario referir al paciente para que reciba apoyo adicional, es necesario que el proveedor de atención médica establezca vínculos con otros servicios, incluidas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales o comunitarias
- Se debe contar con un sistema vigente donde se pueden proporcionar incentivos y facilitadores cuándo y cómo sea necesario para reducir el riesgo de interrupción del tratamiento
- El proveedor de atención médica tiene la competencia suficiente para solicitar exámenes de esputo a los cinco meses y responder de forma adecuada a los resultados para pacientes con regímenes de primera línea y para solicitar esputo para frotis y cultivo, de acuerdo con el protocolo nacional y responder de forma adecuada a los resultados para pacientes con regímenes de segunda línea

6.2.4 Práctica profesional

- El proveedor de atención médica que maneja el caso tiene la responsabilidad de mantener el contacto con el paciente y evaluar su evolución con regularidad, incluso si hay alguien en la comunidad que apoya al paciente con el DOT. Si el paciente recibe DOT para DR-TB, es esencial mantener el contacto regular con los colaboradores del tratamiento. Si el paciente aún tiene una persona designada para apoyarlo, la relación puede cambiar debido al seguimiento menos frecuente en la fase de continuación
- Se debe volver a evaluar a cada paciente al menos mensualmente según el grado de apoyo que pueda necesitar. Todavía se deben tener en cuenta los factores que afectan al cumplimiento terapéutico, señalados en la Tabla 5.1, dado que las circunstancias del paciente pueden cambiar durante la fase de continuación. Esto es especialmente fundamental para el paciente que recibe un tratamiento prolongado para DR-TB, dado que necesitará motivación y apoyo continuos para continuar con el tratamiento
- El proveedor de atención médica tiene la competencia suficiente para evaluar y registrar los resultados del tratamiento
- Al finalizar el tratamiento, se reitera el examen de esputo para confirmar que se produjo la “curación”. Es fundamental contar con una documentación oportuna y precisa de los exámenes solicitados, las fechas y los resultados. Si los pacientes no pueden producir el esputo, puede ser necesario recolectar y procesar saliva para tener una información más exhaustiva del tratamiento
- Si el paciente no se presenta a recoger un suministro de medicamentos como se había acordado, se debe dejar constancia de esta situación de forma clara en la ficha de tratamiento. A un paciente que no concurre cuando se lo espera, se lo debe rastrear utilizando un enfoque sin juicios de valor y evaluar y resolver los motivos de su no concurrencia (véase la Pauta 5.3)
- A algunos pacientes puede resultarles difícil adaptarse a la separación del servicio de TB cuando finalizan su tratamiento. A algunos les puede preocupar que puedan volver a enfermarse, mientras que otros pueden haber desarrollado una dependencia de las relaciones sociales que les brindó el servicio. Es importante preparar al paciente para la finalización de su tratamiento con anticipación, comenzando por hablar al respecto al menos dos meses antes de la fecha prevista para el final del tratamiento y transferirlo a otros servicios. Esto es particularmente importante cuando los pacientes todavía necesitan tratamiento continuo de por vida para otras afecciones tales como VIH o DM
- Al finalizar el tratamiento, todos los registros deben estar completos y ser precisos
- La información faltante en el registro de TB se debe cruzar con regularidad con la ficha del paciente y el registro del laboratorio, para garantizar que cualquier información faltante corresponde a una ausencia de datos y no a un registro inadecuado, p. ej., la ausencia del resultado del examen de esputo a los cinco meses en el registro de TB significa que dicho examen no se hizo, solo si se tiene la seguridad de que no se debe a una falta de información o documentación.

6.2.5 Resultado

Se apoyará a los pacientes lo suficiente para lograr la “curación” y minimizar las interrupciones del tratamiento. Se registrarán todos los resultados de forma oportuna y precisa, y de esta manera se permitirá un análisis trimestral al nivel de cohorte de los resultados del tratamiento.

6.3 Pauta: Gestión de la transferencia

6.3.1 Enunciado de la pauta

Treatment is continuous throughout the course and appropriate arrangements are made if the patient needs to transfer his or her care to another management unit.

6.3.2 Fundamento

Adaptación a la movilidad del paciente

Durante al menos seis meses de tratamiento, la atención que recibe el paciente se puede transferir entre proveedores de atención médica. Puede tratarse de una transferencia desde un hospital hacia un centro de atención comunitario a medida que el paciente mejora; de una localidad a otra cuando el paciente se muda o viaja por cualquier período determinado; o de una clínica urbana a una comunitaria, p. ej., si el paciente concurre a un lugar central, para que se realice el diagnóstico pero volvió a su domicilio para el tratamiento continuo. Si el paciente mantiene una buena relación con el profesional sanitario y comprende la necesidad de continuar con el tratamiento, es más probable que informe al servicio si sus circunstancias personales cambian y si ya no puede concurrir a la misma clínica para recibir el tratamiento. Se debe tener especial atención cuando se atiende a trabajadores migrantes, de manera que la transferencia de la atención y el tratamiento se manejen de forma segura.

Minimizar las interrupciones en el tratamiento

Se debe prestar especial atención a la continuación del tratamiento cuando se transfiere la atención que recibe el paciente desde una unidad de gestión a otra. No se debe interrumpir el tratamiento, dado que los intervalos en el tratamiento aumentan el riesgo de recidiva y el desarrollo de resistencia al fármaco.

Documentación sobre la transferencia del paciente

Se debe registrar a los pacientes que se trasladan de una unidad de gestión a otra como “transferencia enviada” en la unidad que dejan y como “transferencia recibida” en la unidad nueva. Los resultados del tratamiento de aquellos registrados como “transferencia recibida” se deben enviar a la unidad donde se registraron primero e incluirlos en los informes trimestrales de dicha unidad. De esta manera, se evitará la duplicación u omisión de los resultados del tratamiento.²

6.3.3 Recursos

- Existe un sistema de referencias que es común y que todas las unidades de gestión comprenden
- El proveedor de atención médica está capacitado para organizar la transferencia y completar toda la documentación necesaria de forma clara, oportuna y precisa
- Se tiene acceso a los formularios de transferencia y se utilizan de forma correcta
- Es útil tener una buena comunicación con otras unidades de gestión para mantener el seguimiento de los pacientes cuando se trasladan.

6.3.4 Práctica profesional

- La OMS recomienda el uso del “Formulario de referencia/transferencia para la tuberculosis”, que se debe completar por triplicado: una copia se entrega al paciente para que la lleve a la nueva unidad de gestión, otra se conserva en la unidad que hace la transferencia y la tercera se entrega al Coordinador de Tuberculosis del Distrito³⁹
- Cuando el paciente llega a la nueva unidad de gestión, se debe registrar como una transferencia recibida y la parte inferior del formulario de transferencia se enviará a la unidad que hace la transferencia para confirmar que se produjo la misma. Si no se envía, la unidad de gestión que hace la referencia debe ponerse en contacto con la nueva unidad para verificar si el paciente se presentó o no. En caso negativo, se debe notificar al Coordinador de Tuberculosis del Distrito
- Si los pacientes han recibido un apoyo adecuado a lo largo de su tratamiento y comprenden la importancia de terminar el ciclo de tratamiento, es más probable que informen al centro al que concurren para su tratamiento sobre cualquier plan de marcharse

- Antes de dejar la unidad, los pacientes deben tener muy clara la importancia de continuar con su tratamiento. El profesional sanitario debe asegurarse de que el paciente comprendió lo que se le pidió que haga, es decir, cuándo y dónde debe presentarse
- Se debe orientar a los pacientes que van a otro país o no están seguros de su destino, para que busquen ayuda tras su llegada. Se los debe incitar a que se presenten en un centro de salud lo antes posible, con una constancia que dé cuenta de su diagnóstico, el tipo y duración del tratamiento que recibió y la dirección de la unidad de gestión en la que están registrados. En estos casos, puede ser útil conocer los sistemas sanitarios de otras zonas, aunque esto puede ser difícil
- Se debe suministrar al paciente una cantidad de medicación razonable para el período en que se desplazará, hasta que pueda registrarse en otra parte y recibir tratamiento continuo
- El proveedor de atención médica que esté más vinculado con el tratamiento del paciente debe tomar la responsabilidad de asegurarse de que el tratamiento del paciente se continuará en otra parte, en lugar de pensar que ya no le corresponde preocuparse por esto
- La unidad de gestión que comenzó el tratamiento del paciente tiene la responsabilidad de registrar el resultado del tratamiento, sin importar el lugar al que se haya ido el paciente.

6.3.5 Resultado

Los pacientes continuarán recibiendo el tratamiento adecuado, a pesar de ya no concurrir a la unidad de gestión original. Esto se puede monitorizar a través del registro de TB y el análisis trimestral de cohortes.

7

Prueba de VIH y atención a pacientes con TB y VIH

La infección por VIH representa uno de los mayores desafíos para el control y la prevención de la TB, dado que la TB provoca la muerte de más personas con VIH que cualquier otra infección oportunista.

La asociación entre las dos enfermedades es tan significativa que no se puede tratar una sin tener en cuenta la otra. Gracias al desarrollo de una mejor atención y oportunidades de tratamiento al alcance de los infectados por VIH, existen mayores incentivos para que las personas determinen su estado. Al mismo tiempo, los PS deben estar preparados de forma adecuada para proporcionar la mejor atención y tratamiento que tienen a su alcance.²

Las pautas que figuran en este capítulo abarcan la orientación y el análisis de VIH impulsado por el proveedor (PICT) y la atención a las PLWHA que también padecen TB. Se reconoce que las personas que tienen a cargo la atención de pacientes con TB deben garantizar que las PLWHA se transfieran para recibir atención adecuada continua luego de que finalicen el tratamiento para la TB. En algunos casos, puede ser necesaria la referencia para recibir atención especializada para el VIH durante el tratamiento para la TB.

Es esencial que todas las actividades cumplan con las políticas y guías nacionales.

7.1 Pauta: Análisis de VIH

Se deberá ofrecer un análisis de VIH a todos los pacientes con TB supuesta o diagnosticada que no se hayan hecho un análisis de VIH previamente o que desconozcan su estado.⁴ De lo contrario, se negaría a las personas el acceso a la atención y al tratamiento que podrían necesitar, especialmente en el contexto de un mayor disponibilidad de tratamientos para prevenir las infecciones asociadas con el VIH, tales como tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC) y medicaciones antirretrovirales (ARV). Debe existir un plan de atención definido de forma clara para aquellos que se determina que presentan coinfección por TB y VIH, con procedimientos que garanticen que el paciente tenga acceso a la atención antes de ofrecer un análisis de VIH de rutina para personas con TB. Se recomienda ofrecer el análisis a través de un mecanismo donde se cuenta con la opción de exclusión, es decir, que se llevará a cabo de forma rutinaria a menos que el paciente se niegue a hacerlo.

7.1.1 Enunciado de la pauta

El análisis y asesoramiento de VIH se ofrecerá de forma rutinaria a todos los pacientes con TB que no conocen su estado con respecto al VIH, de forma interesada, consensuada y confidencial y con su consentimiento informado.

7.1.2 Fundamento

Asociación entre el VIH y la TB

El VIH constituye el principal factor de riesgo conocido para el desarrollo de la enfermedad de la TB en personas con infección por TB. Por otro lado, la TB es la infección oportunista más frecuente entre personas infectadas por VIH.² La mortalidad durante y después del tratamiento para la TB es también más elevada en los pacientes infectados por VIH que en pacientes con TB no infectados por VIH.

Manejar la ansiedad del paciente

El nivel de ansiedad que provocan el VIH y la TB, ambas afecciones estigmatizadas y potencialmente mortales, puede hacer que el paciente se sienta muy vulnerable y confuso. Esto es especialmente intenso cuando el paciente acaba de recibir el diagnóstico de TB y debe enfrentarse a la posibilidad de ser también positivo para VIH. Es fundamental evaluar los pensamientos, sentimientos y comprensión que tiene el paciente sobre el VIH para responder de forma adecuada. Al igual que con la TB, la respuesta del paciente a la posibilidad de estar infectado por el VIH variará según:

- sus conocimientos y comprensión acerca de la infección
- cualquier experiencia que haya tenido personalmente o a través de familiares o amigos que estén infectados
- el acceso a la atención y al tratamiento para VIH, incluido el TAR

La conversación sobre el VIH puede continuar a lo largo del trascurso del tratamiento de la TB, si es necesario, dado que puede ser difícil que el paciente considere todo al mismo tiempo.

Conservar la confianza y la confidencialidad

Entablar una buena relación con el paciente es esencial para conservar la confianza del paciente y su seguridad en relación con servicio que se le brinda. Esto se enfatiza a través de un compromiso abierto de mantener la confidencialidad del paciente y responder a la discriminación.

Documentación

Se debe mantener un registro claro, oportuno y preciso según las políticas y procedimientos acordados para garantizar que las personas con resultado positivo para VIH reciban una atención adecuada. El programa de TB debe monitorizar la cantidad de pacientes con TB con análisis de VIH, la cantidad de resultados positivos para VIH, la cantidad que iniciaron TAR o TPC y los resultados del tratamiento de la TB.

7.1.3 Recursos

- Los programas de TB y VIH nacionales y los proveedores de servicios deben acordar y definir de forma clara las disposiciones para ofrecer el análisis de VIH a pacientes con TB según las guías nacionales y locales en relación con quién ofrece el análisis, quién recoge las muestras, quién realiza el análisis, quién comunica los resultados al paciente y cómo y quién ofrecerá la atención y asesoramiento continuos
- La discriminación y el estigma harán que muchas personas no acepten realizarse un análisis de VIH, especialmente si el PS que ofrece el análisis no está bien informado o se siente incómodo con el proceso. Todo el personal que participa en estas discusiones debe ser consciente de sus pensamientos y sentimientos sobre el VIH y resolver cualquier prejuicio personal que pueda tener
- Cuando se capacita al personal para ofrecer análisis de VIH, deben recibir motivación para expresar sus puntos de vista y preocupaciones e incluso para que se realicen el análisis para entender mejor el procedimiento e identificarse con los pacientes con quienes trabajan
- Es poco probable que el ofrecimiento del análisis de VIH sea eficaz sin acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención integrados. El ofrecimiento del análisis se debe reforzar garantizando al paciente que, en caso de un resultado positivo, contará con apoyo adicional y tratamiento
- Debe existir un sistema de capacitación y supervisión de los proveedores de atención para garantizar su competencia para llevar a cabo las conversaciones necesarias de orientación antes y después del análisis. Los PS que ofrecen los análisis de VIH deben tener un nivel adecuado de conocimientos sobre la TB y el VIH, sobre la interacción entre las enfermedades y sobre el tratamiento disponible para poder informar al paciente con precisión y responder a las preguntas de forma adecuada. Con el fin de reforzar los mensajes, puede ser útil contar con folletos, pero en determinados ámbitos puede que no estén disponibles o no sean convenientes y nunca deben reemplazar a una conversación frente a frente

- Se necesita contar con un espacio adecuado en el que el profesional sanitario pueda conversar de forma abierta y confidencial con el paciente mientras se mantiene la privacidad
- Se debe tener acceso a suministros clínicos y a personal de laboratorio competente para realizar los análisis y debe existir un buen mecanismo implementado para transmitir los resultados, que mantenga la confidencialidad del paciente. Si personal de fuera del laboratorio realiza los análisis rápidos, se debe contar con un sistema de aseguramiento de calidad
- Debe existir un sistema implementado de conformidad las políticas nacionales para documentar (p. ej., la ficha de tratamiento) el hecho de que se ofreció el análisis de VIH al paciente y si se hizo el análisis y cuándo. Como con toda la información, esto debe permanecer confidencial y los registros del paciente se deben mantener seguros
- Se debe contar con el mejor control y prevención posibles de las infecciones en los centros de salud para reducir el riesgo de transmisión de TB a pacientes y al personal que puedan estar infectados por VIH⁴⁰

7.1.4 Práctica profesional

Antes del análisis de VIH⁴¹

- Antes que nada, el proveedor de atención médica debe determinar si el paciente conoce o no su estado con respecto al VIH. Si el análisis más reciente del paciente tuvo resultado negativo, el proveedor de atención médica debe conversar sobre la necesidad de repetirlo, dependiendo de cuándo se realizó y de las conductas de riesgo y posible exposición del paciente a la infección por VIH desde entonces. También es útil determinar si alguna persona en el domicilio o cercana al paciente se ha hecho un análisis de VIH. Si se desconoce el estado con respecto al VIH o se necesita repetir el análisis, el paciente debe:
 - entender el propósito, los riesgos y los beneficios de hacerse el análisis o no; y
 - sentirse bien informado y capaz de elegir si desea seguir adelante con el análisis.

La OMS recomienda ofrecer el análisis de VIH con un enfoque basado en los derechos humanos en virtud de las 5 C (por las siglas en inglés): consentimiento informado, servicios confidenciales, orientación, resultados de pruebas correctos y cuidado de conexiones.^{41, 42}

Confidencialidad

Como en cualquier otra enfermedad, se deberá mantener la confidencialidad del paciente en todo momento. Es esencial que el paciente se sienta seguro de que así se hará para que pueda confiar en los proveedores de atención médica y tenga confianza en los servicios ofrecidos.

Orientación

La conversación y orientación antes del análisis deben incluir:⁴¹

- una evaluación de los conocimientos y la comprensión el paciente acerca del VIH y su relación con la TB
- la identificación de cualquier conducta o circunstancia que pueda sugerir que el paciente tiene un riesgo mayor de estar infectado por el VIH, tal como el uso incorrecto o inconsistente de condones durante las relaciones sexuales; la posibilidad de que el paciente haya recibido una transfusión sanguínea o productos sanguíneos no estudiados para detectar el VIH; la posibilidad de que el paciente pueda haber sido inyectado con una aguja no esterilizado o una aguja compartida durante el uso de drogas intravenoso; múltiples parejas sexuales
- una evaluación de cualquier signo clínico característico que sugiera la infección por VIH (Anexo 2)
- una descripción del análisis

- información sobre cómo y cuándo se le comunicará el resultado al paciente
- un análisis sobre el posible impacto de un resultado positivo o negativo
- información sobre la atención y el tratamiento disponibles en caso de resultado positivo
- información sobre la transmisión del VIH y la reducción de riesgos, según corresponda.

Consentimiento

Según el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)⁴³ y la OMS^{41, 42} el paciente necesita un mínimo de información para poder dar su consentimiento informado (Nota: no es necesario que el consentimiento informado sea por escrito):

- El beneficio clínico y los beneficios de la prevención gracias al análisis
- Beneficios para la salud de los tratamientos disponibles
- Conocimiento sobre el estado con respecto al VIH para disipar la ansiedad
- Una prueba positiva puede motivar al paciente a reducir sus actividades de riesgo
- Oportunidad para reducir el riesgo de transmisión a otros
- El hecho de que el paciente conserva su derecho a rechazar la prueba, los proveedores de atención sanitaria deben asegurarse de que el paciente cuenta con la “opción de exclusión” del análisis cuando el ofrecimiento se hace de forma sistemática
- Qué servicios de seguimiento se ofrecerán
- En caso de resultado positivo, la importancia de anticipar la necesidad de informar a cualquier persona en riesgo que de otra manera no sospecharía su exposición a la infección por VIH
- Si el paciente elige no realizarse el análisis, en las siguientes visitas para recibir atención y tratamiento para la tuberculosis, el profesional sanitario debe:
 - determinar el motivo por el cual el paciente no quiso hacerse el análisis
 - reiterar la importancia del análisis y la atención disponible durante las citas posteriores a la clínica
 - motivar al paciente a evitar la exposición al VIH o prevenir la transmisión a su pareja o parejas sexuales
- Si el paciente otorga su consentimiento, se deben tomar las muestras adecuadas o el paciente debe enviarlas al lugar adecuado, de acuerdo con los procedimientos locales. El paciente también debe recibir información sobre cuándo y dónde recibirá los resultados. Cuando se puede acceder a un análisis rápido, esto podría hacerse a la media hora de realizar el análisis

Nota: Véase en el Anexo 4 un modelo de texto para la orientación antes del análisis

Después del análisis de VIH

- Los resultados se deben comunicar de forma confidencial, sensible y demostrando interés, independientemente del resultado
- Si el resultado es negativo, se debe aconsejar al paciente sobre cómo protegerse contra la infección y mantenerse negativo para el VIH toda su vida. Este consejo se debe reiterar a lo largo del tratamiento para la TB del paciente
- Si el resultado es positivo, la orientación después del análisis debe incluir:
 - consejo sobre cómo el paciente puede protegerse a sí mismo y a otros; es decir, cómo practicar relaciones sexuales seguras y, si es necesario, cómo utilizar condones y dónde conseguirlos
 - tratamiento disponible para el VIH a nivel local y afecciones relacionadas
 - aspectos emocionales, sociales y económicos
 - servicios locales de apoyo disponibles de acuerdo con las necesidades y las preferencias del paciente
 - informar sobre su estado e incitar al análisis de la pareja o parejas sexuales del paciente, mientras se trata sobre los riesgos asociados, p. ej., la culpa, la violencia, el abandono.⁴¹

Nota: Puede no ser posible ni adecuado hablar sobre todos los aspectos necesarios en la primera visita. La orientación tras el análisis debe continuar a lo largo del tratamiento para la TB del paciente y después, cuando esté a cargo del servicio que asuma la atención del paciente (véase la Pauta 7.2). Véase también en el Anexo 4 con modelos de texto para la orientación tras el análisis.

- Referencia a los servicios de apoyo apropiados, según se trató con el paciente, y
- Documentación clara, precisa y oportuna de los resultados utilizando los protocolos acordados.

7.1.5 Resultado

Se ofrecerá el análisis de VIH de acuerdo con los protocolos acordados, cuya aplicación se monitorizará. Los pacientes con resultado positivo recibirán la atención y el tratamiento adecuados que estén disponibles a nivel local y los pacientes con resultado negativo recibirán la atención y el apoyo adecuados para mantenerse negativos.

7.2 Pauta: Atención al paciente coinfectado por TB y VIH

Con un tratamiento adecuado, un paciente con TB coinfectado por VIH tiene las mismas probabilidades de recuperación total que una persona no infectada por VIH.² La principal prioridad debe ser tratar la TB de forma eficaz en el paciente para darle las mejores oportunidades de recuperarse. Con el apoyo, orientación y tratamiento adecuados, un paciente que vive con VIH puede mantener un buen estado de salud. Si se trata a la persona por DR-TB, las cosas se vuelven más complicadas, dado que el tratamiento tiene efectos secundarios más graves, y puede ser muy difícil de soportar la cantidad de comprimidos para alguien que también recibe TAR.

7.2.1 Enunciado de la pauta

El paciente recibe tratamiento profiláctico contra las infecciones oportunistas comunes, apoyo e información sobre cómo permanecer sano con VIH e inicia el tratamiento con fármacos ARV en cuanto el paciente inicia y tolera el tratamiento de la TB.⁴⁴

7.2.2 Fundamento

Tratamiento para la TB

Se debe considerar prioritario el tratamiento de la TB (susceptible a fármacos o resistente a fármacos) con un régimen normalizado adecuado, dado que la TB sin tratar puede volverse rápidamente fatal para personas con infección por VIH.

Prevención de otras infecciones

Las personas infectadas por el VIH son vulnerables a una variedad de infecciones respiratorias, gastrointestinales, cutáneas, bucales, neurológicas y de transmisión sexual. Se puede reducir el riesgo de varias infecciones bacterianas comunes, así como las más frecuentemente asociadas con la infección por VIH a través de determinados tratamientos preventivos. Se recomienda considerar la TPC para todos los pacientes con TB infectados por VIH. Se recomienda iniciar el tratamiento preventivo al mismo tiempo que el tratamiento para la TB.⁴⁴

Además, estas infecciones se pueden prevenir a través de medidas prácticas, tales como una buena higiene general, en especial lavarse las manos, hervir el agua que se va a tomar y practicar relaciones sexuales seguras.

Tratamiento antirretroviral (TAR)

El tratamiento con medicamentos ARV se debe iniciar en cuanto el paciente tolere el tratamiento para la TB y después de dos a ocho semanas de iniciar el tratamiento para la TB. Se debe tener en cuenta la cantidad de comprimidos que el paciente debe tomar y qué probabilidad tiene de manejar ambos tratamientos, pero se recomienda que se inicie el TAR alrededor de dos semanas después del inicio del tratamiento para la TB independientemente del recuento de CD4 de la persona.^{32, 44}

Posibles complicaciones

La toma de los fármacos antirretrovirales (TAR) al mismo tiempo que el tratamiento para la TB puede provocar interacciones entre los fármacos que el paciente puede no ser capaz de tolerar; imponer una gran carga de comprimidos que puede dificultar el cumplimiento; y provocar una exacerbación de la TB a medida que el sistema inmunitario se recupera.³⁵ También pueden surgir problemas en la eficacia de algunos fármacos TAR y de la rifampicina, debido a las interacciones entre los fármacos. Un proveedor de atención médica con experiencia en el tratamiento de VIH y TB debe participar para que pueda identificar y manejar de forma adecuada cualquier complicación que surja.

Prevención de la transmisión del VIH

Cualquier persona positiva para VIH debe recibir orientación sobre la prevención de la transmisión a otros. El paciente debe recibir orientación en relación con la práctica de relaciones sexuales seguras y evitar conductas de riesgo como compartir agujas cuando consume drogas intravenosas.

La transmisión del VIH entre pacientes en los centros de atención sanitaria se puede evitar si se cumplen los procedimientos de esterilización recomendados en relación con los equipos médicos, quirúrgicos y odontológicos y si se reduce el uso general de jeringas. Con escasa frecuencia, el personal se puede infectar por lesiones provocadas por pinchazos con agujas o con otros objetos cortantes contaminados. Estos riesgos se reducen significativamente si se cumplen los procedimientos de control de infecciones habituales y se desechan los objetos cortantes de forma segura según las políticas locales.

Apoyo y orientación continuos

El paciente puede estar muy angustiado tras saber que está infectado por VIH además de padecer TB. Es fundamental evaluar las reacciones del paciente y responder de forma adecuada para generar confianza en la atención que se le ofrece. Se debe conversar acerca de informar sobre el estado del paciente en relación con el VIH, pero puede ser necesario tratar este tema a lo largo del tiempo para que el paciente tenga la oportunidad de aceptar el diagnóstico y comprender la afección.

Evaluación de la necesidad de información del paciente

Es esencial que el paciente reciba la información necesaria para ayudarlo a mantenerse sano. Se deben tener en cuenta muchos aspectos, pero es importante ofrecer la información a lo largo del tiempo, ya que puede ser difícil para el paciente absorber grandes cantidades de información cuando está angustiado. Se deben evaluar las necesidades de información acerca del VIH del paciente que acaba de recibir el diagnóstico de su coinfección de la misma forma en que se evaluaron sus necesidades sobre la TB (véase la Pauta 4.1). No se puede asumir que el paciente absorberá todo lo que se le diga y, por lo tanto, es importante comprobar que el paciente comprendió y motivarlo para que haga preguntas.

Vínculo con otros servicios

El paciente probablemente presentará necesidades complejas que pueden requerir una variedad de servicios ofrecidos por organizaciones locales externas a la unidad de gestión. El paciente debe estar al tanto de otras organizaciones donde obtener ayuda en la comunidad local. Las referencias solo se deben realizar con la autorización explícita del paciente, ya que se debe mantener la confidencialidad si se espera generar confianza en el servicio.

Documentación

Se debe mantener un registro claro, oportuno y preciso para monitorizar la evolución de cada paciente y su tratamiento. Se deben respetar las políticas y los procedimientos nacionales en relación con los métodos de registro de la información sobre pacientes coinfectados.

7.2.3 Recursos

- Se deben elaborar planes, directrices y políticas conjuntos para el tratamiento y la atención de pacientes coinfectados, en colaboración con el Programa nacional para el SIDA (PNS) y el PNT. Los mismos deben incluir guías sobre la documentación
- El personal debe comprender el tratamiento y la atención de la TB y el VIH
- El personal de enfermería y médico con la experiencia adecuada debe hacer un seguimiento de ambas afecciones
- Se debe conservar el espacio de privacidad
- Se debe contar con suministros y almacenamiento confiables de fármacos y materiales de laboratorio para el tratamiento y el seguimiento de la TB y las infecciones comunes asociadas con el VIH, así como para TPC
- Educación grupal e individual que trate una variedad de temas asociados con el tratamiento, prácticas sexuales más seguras y prevención de otras infecciones
- Acceso a una variedad de servicios de apoyo locales, que pueden ofrecer atención adicional a los pacientes según sus necesidades
- Personal capacitado con acceso a la información, según las directrices de la OMS, IMAI, ONUSIDA
- Medidas de control de la infección por TB y VIH implementadas de conformidad con las directrices de la OMS⁴⁰
- Se necesita un sistema de referencia implementado para la atención continua de los pacientes que completan su tratamiento para la TB.

7.2.4 Práctica profesional

El proveedor de atención médica debe evaluar al paciente coinfectado cuando se establece el diagnóstico de TB y VIH y de forma continua en las siguientes citas. Se deben abarcar las siguientes áreas:

- La comprensión del paciente sobre la TB y el VIH, cómo se transmiten y cómo se tratan
- La presencia de afecciones relacionadas con el VIH que pueden requerir o no tratamiento
- La disposición del paciente a iniciar el TAR y su capacidad para cumplir con el régimen
- Aspectos psicosociales que pueden afectar a la atención o al tratamiento del paciente
- Los sentimientos del paciente acerca de informar a otras personas sobre su estado en relación con el VIH y la TB
- Cualesquiera efectos adversos de los fármacos que experimente el paciente y qué medicamento está probablemente asociado a estos.

Cuadro 7.1: Regímenes de tratamiento para TAR

La OMS recomienda el uso de determinados regímenes de TAR estandarizados de primera línea y segunda línea.⁴⁴

Cualquier decisión en relación con el TAR, p. ej., cuándo iniciarlo y el régimen de tratamiento que se utilizará, debe respetar los protocolos y las directrices nacionales. El TAR se puede iniciar entre dos y ocho semanas después del inicio del tratamiento antituberculoso. Se recomienda que los pacientes coinfectados por VIH y TB con inmunosupresión aguda (un recuento de CD4 < 50 células/mm³) inicien el TAR dos semanas después de iniciar el tratamiento antituberculoso.

Tras estas evaluaciones:

- Se puede proporcionar la información de apoyo adecuada en el momento en que el paciente pueda necesitarla y absorberla
- Se pueden realizar referencias con el permiso del paciente según sus necesidades y los servicios disponibles locales.
- Los efectos adversos de los fármacos se pueden manejar de forma adecuada, ya sea que estén relacionados con el tratamiento para la TB o para el VIH
- Si el paciente recibe TAR, se hará una evaluación periódica con respecto a:
 - Todo cambio en el estado del paciente, p. ej., el aumento de peso y la resolución de infecciones oportunistas pueden indicar una buena respuesta al tratamiento; los recuentos de CD4 y las cargas virales también se pueden utilizar, pero no siempre están disponibles.

Nota: El proveedor de atención médica debe estar al tanto del síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI), que puede agravar la TB incluso mientras el sistema inmunitario se recupera

- Garantizar que los regímenes y dosificaciones prescritos se basan en directrices nacionales
- Monitorizar el laboratorio según las políticas locales
- El cumplimiento del paciente al régimen prescrito
- Los principios de apoyo al cumplimiento son iguales para el TAR y para el tratamiento antituberculoso, a saber: sistemas implementados que garanticen la disponibilidad de los medicamentos de forma gratuita, la participación de la familia o de miembros de la comunidad, el apoyo psicosocial, apoyo nutricional el uso de pastilleros o de envases tipo blíster y el DOT, según sea posible
- El proveedor de atención médica respetará los procedimientos locales para mantener registros claros, precisos y oportunos
- El proveedor de atención médica preparará al paciente para la transferencia hacia un centro adecuado para recibir atención y tratamiento continuos necesarios para la infección por VIH.

7.2.5 Resultado

Los pacientes coinfectados completarán con éxito el ciclo de tratamiento para TB completo mientras desarrollan conocimientos, reciben apoyo y atención para el VIH durante el tratamiento de su TB y serán referidos a los servicios adecuados para continuar con la atención para el VIH.

REFERENCIAS

1. Stop TB Partnership. *Plan Mundial para poner fin a la TB: El cambio de paradigma 2016-2020*. Ginebra, Suiza: 2015.
Versión en inglés disponible:
http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf.
Version en español disponible:
http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/GPRSpanish_2016-2020_WEB.pdf
2. Ait-Khaled N, Alarcón E, Armengol R, Bissell K, Boillot F, Caminero J A, et al. *Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good practice*. 6ª ed. París, Francia: *Manejo de la Tuberculosis: Una Guía Esencial de Buenas Prácticas*: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.
Version en español disponible:
https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/spanish/pub_orange_guide_spa.pdf
3. Caminero J A, editor. *Guidelines for Clinical and Operational Management of Drug-Resistant Tuberculosis*. París, Francia: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2013.
Lineamientos para el Manejo Clínico y Operativo de la Tuberculosis Drogorresistente.
Version en español disponible:
<http://origin.theunion.org/what-we-do/publications/technical/spanish/Lineamientos-Manejo-clinico-TB-MDR.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. *Treatment of tuberculosis: guidelines*. Tratamiento de la tuberculosis: directrices - 4ª ed. Ginebra: 2009. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf?ua=1.
5. Organización Mundial de la Salud. *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Ginebra: 2014. Disponible en inglés:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf?ua=1&ua=1.
6. Organización Mundial de la Salud. *La estrategia para poner fin a la TB*. Ginebra: 2015. Disponible en inglés:
http://who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1.
Resumen en español: <http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. *La estrategia para detener la TB*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
Disponible en inglés:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf.
Version en español disponible:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/estrategia_alto_tb.pdf
8. Consejo Internacional de Enfermeras. *ICN TB/MDR-TB Project News*. Ginebra: 2016.
Disponible en inglés: <http://www.icn.ch/es/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html>
9. TB CARE I. *International standards for tuberculosis care*, Edición 3. La Haya: TB CARE 1, 2014. Disponible en inglés:
http://www.who.int/tb/publications/ISTC_3rdEd.pdf?ua=1.
10. Luthert J M, Robinson L, editors. *The Royal Marsden Hospital manual of standards of care*. Oxford; RU: Blackwell Scientific Publications; 1993.
11. Bryar R M, Griffiths J M, editors. *Practice development in community nursing: Principles and processes*. Londres: Arnold Publishers; 2003.
12. Griffiths J M, Leeming A., Bryar R M. Evaluating developments in practice In: Bryar R M, Griffiths J M, editors. *Practice Development in Community Nursing: Principles and Processes*. Londres: Arnold; 2003. p. 93-116.
13. Organización Mundial de la Salud. *Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide*. Suiza: 2015.
Disponible en inglés:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181164/1/9789241549172_eng.pdf?ua=1.
14. Organización Internacional del Trabajo. *The joint WHO-ILO-UNAIDS policy guidelines on improving health workers'*

- access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo, 2011. Disponible en inglés:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf.
15. Organización Mundial de la Salud. *HIV-Associated Tuberculosis*. 2015 [actualizada en noviembre de 2015; citada en junio de 2017]: Disponible en inglés: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tbhiv_factsheet_2015.pdf?ua=1.
 16. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la tuberculosis 2015*. Ginebra: 2015. Disponible en inglés: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
 Version en español disponible: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
 17. Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis and Diabetes*. 2016 [actualizada en 2016; citada en junio de 2016]: Disponible en inglés: http://www.who.int/tb/publications/diabetes_tb.pdf.
 18. Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis and tobacco. La tuberculosis y el tabaco*. 2009 [actualizada en noviembre de 2009; citada en abril de 2016]; Disponible en inglés:
http://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/factsheet_tub_tob.pdf?ua=1.
 Version en español disponible: http://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/es_factsheettbtoacco.pdf?ua=1
 19. Yen Y F, Yen M Y, Lin Y S, Lin Y P, Shih H C, Li L H, et al. *Smoking increases risk of recurrence after successful anti-tuberculosis treatment: a population-based study*. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18(4):492-8.
 20. Stop TB Partnership. *Key populations brief: Miners*. Ginebra: 2016. Disponible en inglés:
http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Miners_Spreads.pdf.
 21. Stop TB Partnership. *Key populations brief: Prisoners*. Ginebra: 2016. Disponible en inglés:
http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Prisoners_Spreads.pdf.
 22. Joshi R, Reingold A L, Menzies D, Pai M. *Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review*. PLoS Med. 2006;3(12):e494.
 23. Menzies D, Joshi R, Pai M. *Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings*. Int J Tuberc Lung Dis. 2007;11(6):593-605.
 24. Stop TB Partnership. *Key populations brief: Health care workers*. Ginebra: 2016. Disponible en inglés:
http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf.
 25. Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis diagnostics: Xpert MTB/RIF test*. Ginebra: 2014 [actualizada en octubre de 2014; citada en mayo de 2016]: Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/Xpert_factsheet.pdf.
 26. Organización Mundial de la Salud. *Chest radiography in tuberculosis detection – summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches*. Suiza: 2016. Disponible en inglés:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252424/1/9789241511506-eng.pdf>.
 27. Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis diagnostics: Molecular line-probe assay for the detection of resistance to second-line anti-TB drugs (SL-LPA)* 2016 [actualizada en mayo de 2016; citada en mayo de 2016]; Disponible en inglés:
http://www.who.int/tb/publications/factsheet_tb_sltpa.pdf?ua=1
 28. CLSI. *Laboratory detection and identification of mycobacteria; approved guideline*. Documento de CSLI M48-A. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2008.
 29. Lumb R, Van Deun A, Bastian I, Fitz-Gerald M, editors. *Laboratory Diagnosis of Tuberculosis by Sputum Microscopy: The Handbook Global edition*. Adelaide, Australia: SA Pathology; 2013.
 30. Organización Mundial de la Salud. *WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis: 2016 update*. Suiza: 2016. Disponible en inglés: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250125/9789241549639-eng.pdf>
 31. Donovan J L, Blake D R. *Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?* Soc Sci Med. 1992;34(5): 507-13.
 32. Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update*. Ginebra: 2017. Disponible en inglés: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255052/1/9789241550000-eng.pdf?ua=1>.

-
33. Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Ginebra: 2008. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547581_eng.pdf?ua=1.
34. Rieder H L. *Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries*. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7 (12 Supl. 3):S333-6.
35. Fujiwara P, Dlodlo R, Ferrussier O, Nakanyagi-Mukwaya A, Cesari G, Boillot F, editors. *Implementing collaborative TB/HIV activities - A programmatic guide*. París: La Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2012.
36. Organización Mundial de la Salud. *WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders*. Ginebra: 2012. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf?ua=1.
Version en español disponible: http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/es/
37. La Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. *Desk-guide for diagnosis and management of TB in children 2010*. París: 2010. Disponible en inglés: http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/pub_tbdeskguide_eng.pdf.
38. Organización Mundial de la Salud. *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries*. Francia: 2012. Disponible en inglés: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf.
39. Organización Mundial de la Salud. *Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision* (updated December 2014). *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis – Revisión 2013 (actualizado en diciembre de 2014)* Ginebra: 2013. Disponible en inglés: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf
Version en español disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111016/9789243505343_spa.pdf?sequence=1
40. Organización Mundial de la Salud. *WHO Policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households*. Ginebra: 2009. Disponible en inglés: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44148/1/9789241598323_eng.pdf.
41. Organización Mundial de la Salud. *Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection*. Ginebra, Suiza: 2015. Disponible en inglés: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
42. Organización Mundial de la Salud. *Service delivery approaches to HIV Testing and counseling (HTC): A strategic HTC programme framework*. Ginebra, Suiza: 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf.
43. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Organización Mundial de la Salud. *UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing*. 2004. Disponible en inglés: www.who.int/ethics/topics/en/hivtestingpolicy_who_unaids_en_2004.pdf
44. Organización Mundial de la Salud. *Policy brief: consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new*. Ginebra, Suiza: 2015. Disponible en inglés: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064/1/9789241509893_eng.pdf.
45. Departamento de Salud, República de Sudáfrica. *National tuberculosis management guidelines 2014*. Pretoria: 2014. Disponible en inglés: http://www.tbonline.info/media/uploads/documents/ntcp_adult_tb-guidelines-27.5.2014.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. *Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*. Ginebra, Suiza: 2007. Disponible en inglés: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf?ua=1>.
47. Centros para el control y la prevención de enfermedades. *Diagnostic HIV counselling and testing in TB clinical settings*. Atlanta: 2005.

ANEXO 1: Herramientas de ejemplo para la práctica de la evaluación, planificación y aplicación

Esta herramienta se puede utilizar con cada pauta

ETAPA 1: Evaluación y preplanificación	Evaluación: en qué aspectos se cumple la pauta y cuáles son las fallas?	Plan: qué se puede hacer para resolverlas?
Enunciado de la pauta: <i>Ingresar el enunciado actual</i>	Cuál es la pauta de atención actual en su ámbito?	Puede cumplir esta pauta en su ámbito o necesita modificarla para volverla más relevante o realista? Si debe modificarla, ¿cuál sería su enunciado de la pauta?
Fundamento <i>Enlace al texto</i>	Cuál es el impacto de la pauta de atención actual sobre el paciente/ servicio?	Qué diferencia hará para los pacientes/ servicio si cumple con la pauta que acordó a apuntar?
Recursos <i>Ingresar resumen con <u>enlace</u> al texto entero</i>	Qué recursos tiene disponibilidad de aplicar en la actualidad de esta pauta específica?	Qué recursos adicionales se necesitan y dónde podría obtenerlos? Quién debe participar?
Práctica profesional <i>Ingresar resumen con <u>enlace</u> al texto entero</i>	Cuál es la práctica actual? Quién hace qué?	Qué se debe modificar en la práctica para cumplir la pauta? Quién debe hacer qué de forma diferente y cómo cambiará su práctica?
Resultado <i>Ingresar completo</i>	Cuál es la situación actual? Qué información tiene (de los informes trimestrales, pacientes o documentos tales como el registro del laboratorio, el registro de TB o las fichas de registro de pacientes) que indica que pueda haber un problema?	Cómo sabrá que mejoró la pauta de atención? Qué buscará y cómo encontrará la información para demostrar el cambio?

ETAPA 2: Planificación y aplicación

Enunciado de la pauta:

	Quién debe participar?	Qué debe hacer cada grupo/ persona?	Cuál es el resultado esperado?	Para cuándo se lo espera?
Qué recursos se necesitan para cumplir la pauta? <i>(indique a continuación los identificados en la etapa 1)</i>				
Qué elementos de la práctica profesional deben mejorarse para cumplir la pauta? <i>(indique a continuación los identificados en la etapa 1)</i>				

ANEXO 2: Muestra de herramienta para detectar síntomas de la TB

Fuente: *National tuberculosis management guidelines 2014*.⁴⁵

HERRAMIENTA DE SELECCIÓN DE SÍNTOMAS DE TB PARA ADULTOS Y NIÑOS

DETALLES DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:
Dirección física:	Edad:
Número de teléfono	Número de carpeta del paciente:

HISTORIAL MÉDICO

Contacto cercano con una persona con TB infecciosa:

Tipo de paciente índice:

Diabético:

Estado del VIH:

Otra (especificar):

Si	No	Desconocido
DS-TB	TB resistente a rifampicina	MDR-TB o XDR-TB
Si	No	Desconocido
positivo	Negativo	Desconocido

la marca de aprobación



ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS DE LA TB

1. ADULTOS

Síntomas (la marca de aprobación)	Si	No
Tos durante dos o más semanas O tos de cualquier duración en aquellos que viven con VIH		
Fiebre persistente de más de dos semanas		
Pérdida de peso inexplicable > 1.5 kg en un mes		
Sudores nocturnos empapados		

2. NIÑOS

Síntomas (la marca de aprobación)	Si	No
Tos de dos semanas o más que no mejora en el tratamiento		
Fiebre persistente de más de dos semanas		
Pérdida documentada de peso / fracaso para prosperar (ver registro de salud)		
Fatiga (menos juguetón / siempre cansado)		

Si la respuesta es afirmativa a una o más de estas preguntas, considere TB.

Si el paciente está tosiendo, tome una muestra de esputos y envíela para la prueba de Xpert.

Si el paciente no está tosiendo pero tiene otros síntomas, evalúe clínicamente al paciente o remita para realizar más pruebas.

Fecha de la última prueba de TB:		
Paciente referido para evaluación e investigaciones (la marca de aprobación)	Si	No
Fecha de referencia:	Nombre de la instalación:	
Nombre:	La fecha:	

ANEXO 3: Características clínicas que sugieren la coinfección por VIH en pacientes con TB

Antecedentes clínicos	Infección transmitida sexualmente (ITS)
	Herpes zóster (zóster), que a menudo deja una cicatriz
	Neumonía reciente o persistente
	Infecciones bacterianas graves (sinusitis, bacteriemia, piomiositis)
	Tuberculosis recientemente tratada
Síntomas	Pérdida de peso sin explicación (>10 kg o >20 % del peso original)
	Diarrea crónica sin explicación (>1 mes)
	Dolor retroesternal con la deglución (indica candidiasis esofágica)
	Sensación de quemazón en los pies (neuropatía sensorial periférica)
Signos	Cicatriz por herpes zóster
	Erupción cutánea papular pruriginosa (con picazón)
	Sarcoma de Kaposi
	Linfadenopatía simétrica generalizada
	Candidiasis bucal
	Queilitis angular
	Tricoleucoplaquia bucal
	Gingivitis necrotizante
	Afta gigante
	Úlcera genital dolorosa persistente

Para obtener información más detallada con referencias específicas para lactantes, niños, adolescentes y adultos, véase: WHO's *Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*.⁴⁶

Siga el enlace: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf?ua=1>

ANEXO 4: Modelos de texto para usar antes y después del análisis

Un modelo de texto para la orientación antes de la prueba
<p>La infección por VIH es frecuente en los pacientes con TB de En nuestra clínica se ofrece el análisis de VIH a todas las personas con TB, dado conocer si se padece la infección o no supone varios beneficios. Algunas de ellos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a atención para el VIH que puede mejorar su salud, si se determina que tiene la infección. • Prevención de la diseminación del VIH a otros. • Referencia a los servicios de prevención materno-infantil de la transmisión del VIH (cuando el paciente es una mujer). • Capacidad para planificar su futuro. <p>Para garantizar que recibe los servicios necesarios, es importante saber si usted tiene o no el VIH. Salvo que no esté de acuerdo, como parte de su visita a la clínica hoy, se le hará el análisis de VIH. Qué preguntas puedo responderle sobre este tema?</p>
Un modelo de texto para la orientación después de la prueba (resultado negativo)
<p>El resultado de su análisis de VIH es negativo. Es importante que se mantenga libre de VIH durante toda su vida. La infección por VIH es común en nuestra comunidad. Debe evitar las relaciones sexuales sin protección con una pareja positiva para VIH o cuyo estado no se conoce. A veces las parejas tienen diferentes resultados de VIH. Usted mencionó antes que tiene pareja. Sabe si alguna vez se ha hecho el análisis de VIH? (Suponiendo que no lo sabe):</p> <p>En tal caso, le recomiendo que vayan juntos a para que reciban orientación y se hagan el análisis.</p> <p>Si su pareja no tiene el VIH, ambos pueden disfrutar su relación como prefieran siempre que recuerden la necesidad de fidelidad mutua.</p> <p>Si su pareja es VIH positiva, deben tener relaciones seguras y usar siempre condones para estar protegido contra el VIH. Es aconsejable que no tenga relaciones sexuales con su esposa/marido/compañero/a hasta saber si tiene el VIH.</p> <p>Contamos con condones en la clínica y lo invitamos a que tome algunos.</p> <p>Espero que pida a su esposa/marido/compañero/a que se haga el análisis antes de su próxima cita, donde volveremos a conversar sobre este asunto.</p> <p>Tiene alguna pregunta?</p>
Un modelo de texto para la orientación después de la prueba (resultado positivo)
<p>Entiendo lo difícil que puede ser recibir este resultado, saber que tiene VIH. Es normal que se sienta enojado y abrumado al principio. Debe tomarse un tiempo para adaptarse a esta situación, sé que con el tiempo será capaz de asimilarlo. En esta clínica estamos para ofrecerle ayuda. Además, a la mayoría de las personas le parece útil contarle sus problemas a alguien y recibir apoyo. Hay alguien con quien pueda hablar sobre lo que sucedió hoy?</p> <p>Además del apoyo familiar, necesita tratamiento médico que puede ayudarlo a sentirse mejor, aunque tenga infección por TB y VIH. En esta clínica contamos con otros análisis para el VIH, como el recuento de CD4 y la carga viral.</p> <p>Como sabe, el VIH se puede diseminar a través de las relaciones sexuales. Por consiguiente, es importante que su esposa/marido/compañero/a también se haga la prueba de inmediato para conocer su resultado. Cree que su pareja tendría interés en venir a la clínica con usted cuando vuelva la próxima vez? Dado que recibe atención para la TB en esta clínica, podemos ayudar a su familia para que acceda a los análisis para ambas afecciones.</p> <p>Tiene alguna pregunta?</p>

Adaptado de los ejemplos utilizados en Zimbabue, que, a su vez, están basados en materiales desarrollados por CDC en 2005 titulados *Diagnostic HIV counselling and testing in TB clinical Settings*⁴⁷

Colaboradores

La Unión

Unión Internacional Contra
la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
Soluciones de salud para los pobres



Consejo Internacional de Enfermeras
La voz global de la enfermería

ACERCA DE LA UNIÓN INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (LA UNIÓN)

La Unión es una organización científica mundial cuya misión consiste en mejorar la salud de las personas que viven en situación de pobreza. Cumplimos nuestro objetivo efectuando investigaciones científicas, trabajando con los gobiernos y otras entidades para convertir la investigación en el mejoramiento de la salud en todo el mundo y realizando proyectos en el terreno. La Unión se compone de miembros del mundo entero que nos ayudan a cumplir nuestra misión, y también dispone de un instituto científico que ejecuta proyectos de salud pública en distintos países. Desde hace casi cien años, somos líderes de la lucha contra algunas de las principales causas de mortandad mundiales, como la tuberculosis, las enfermedades pulmonares y el tabaquismo.

www.theunion.org

ISBN: 979-10-91287-18-0