

El “factor humano” en el control de la tuberculosis: La no adherencia al tratamiento y cómo prevenirla

The “Human Factor” in the Control of Tuberculosis: Non-Adherence to Treatment and How to Prevent it

Palmero, Domingo J. 

La “Estrategia Fin a la Tuberculosis”, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, tiene como objetivo para 2035 reducir el número de muertes por tuberculosis (TB) en un 95 %, la incidencia en un 90 % y los gastos catastróficos relacionados con la enfermedad al 0 %.¹ A 11 años de 2035, vemos con poco optimismo el cumplimiento de estos objetivos. Una de las razones por la cual la TB se mantiene endémica en el mundo es su prolongado tratamiento y las dificultades en lograr una adecuada adherencia a este. La adherencia a los tratamientos prolongados, incluso el de la TB, es un fenómeno complejo y dinámico en el que una amplia gama de factores influye en la conducta de aceptación del tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.²

La adherencia comprende diversas conductas: propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; asistencia a citas de seguimiento; uso correcto de la medicación prescrita; realizar cambios apropiados en el estilo de vida; evitar conductas contraindicadas. Según la OMS, existen cinco factores interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica: socioeconómicos (pobreza, acceso a la atención de salud y medicamentos, analfabetismo, existencia de redes de apoyo social efectivas y adaptación cultural a las prácticas de

salud); tratamiento (complejidad y duración del régimen prescripto, fracasos terapéuticos anteriores, efectos adversos); el paciente (falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental); la enfermedad, como su gravedad y la repercusión en el estado mental del paciente; y el sistema sanitario y el equipo de salud (centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimientos sobre la adherencia y como mejorarla).^{3, 4}

En Argentina, Arrossi y cols., efectuaron un estudio transversal en el que identificaron como factores relacionados significativamente con la no-adherencia las condiciones de pobreza y la asistencia en hospitales y no en centros de salud cercanos a su domicilio.⁵

Un estudio de casos y controles en Perú mostró como factores adversos para la adherencia el sexo masculino, las reacciones adversas, el antecedente de no cumplimiento del tratamiento, la pobreza y el uso de drogas ilícitas. Por el contrario, una apropiada información brindada sobre la TB y el fácil acceso al centro de salud durante el horario hábil fueron factores que mejoraron la adherencia.⁶

Correspondencia: Domingo J. Palermo. E-mail: djpalmero@intramed.net

Rev Am Med Resp 2024;24:1-3
<https://doi.org/10.56538/ramr.DXNE2178>

Profesor titular Neumología, UBA - Director Instituto Vaccarezza, UBA - Jefe División Neumotisiología, Hospital Muñiz

En este número de la *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, Jajati y cols.⁷ publican un estudio original para Argentina sobre los costos directos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes adherentes y no adherentes en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. En su estudio, comparan los costos que implica un paciente a) ambulatorio adherente con pacientes internados, b) adherentes y c) no adherentes. El costo en USD fue, respectivamente, de 257,79; 4015,26 y 8165,87; es decir, los costos directos del tratamiento de un paciente ambulatorio fueron aproximadamente 15 veces menores que con la internación y, a su vez, un paciente internado no adherente costó el doble que uno adherente. Mencionan como factores de no adherencia significativos estadísticamente, el tabaquismo, la situación de calle (pobreza extrema), desnutrición, alcoholismo, adicciones y el VIH.

Varios estudios internacionales citados por Jajati y cols. arriban a las mismas conclusiones: la no adherencia tiene un costo económico y sanitario, dado que los pacientes que persisten infecciosos por no completar sus tratamientos son focos de diseminación de la enfermedad y, más aún, se corre el riesgo de la selección de mutantes resistentes y la creación y diseminación de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* drogorresistentes.

Las estrategias de gestión y control de la TB se han mostrado vulnerables e insuficientes durante la pandemia de COVID-19. El aislamiento, el distanciamiento social y el colapso del sistema médico han reducido el acceso de los pacientes a los centros asistenciales, lo que agrava la situación de la TB en los países y conspira contra una adecuada adherencia.⁸

Particularmente en Argentina y especialmente en el AMBA, el agravamiento de las condiciones socioeconómicas es otro importante factor que afecta negativamente la adherencia de los pacientes al tratamiento. En el ámbito hospitalario, asistimos pacientes de muy bajos ingresos, abrumados por la realidad diaria de alimentarse, la posibilidad de tener una vivienda, transportarse, la criminalidad y las adicciones (entre otros lamentables factores). Dentro del sombrío panorama en que se desenvuelven estas personas, una tos crónica es algo así como una preocupación menor y concurren al sistema de salud en condiciones extremas de gravedad de su TB. Lamentablemente, en estas condiciones, vemos fallecer jóvenes por TB, una enfermedad

prevenible, diagnosticable fácilmente y con un tratamiento eficaz. Si logran salir adelante de su situación de salud, al externarlos vuelven a toda su problemática y, lamentablemente, es frecuente que dejen su tratamiento.

¿No hay posibilidades de mejorar la adherencia? Sí. El tratamiento directamente observado (TDO) es una herramienta que lleva años aplicándose con éxito diverso. Un aspecto importante es que se realice en la cercanía del domicilio o lugar donde habite (para los “sin techo”) el paciente. La tecnología digital ayuda. El VOT (tratamiento video-observado) y sus variantes, a través de un teléfono celular está mostrando una eficacia superior al TDO.^{9,10}

Bien, asumamos un escenario ideal donde tengamos un sistema de salud eficiente y, además, preocupado por la TB. ¿Lograríamos una adherencia cercana al 100 % y con eso la TB tendría que disminuir hasta desaparecer?

Veamos el ejemplo de una enfermedad bacteriana, fácilmente diagnosticable, con un tratamiento corto y sin que exista resistencia al fármaco empleado: la sífilis.

Con un panorama tan halagüeño, ¿ha desaparecido?: NO. En Estados Unidos, las tasas de sífilis están en su punto más alto en 70 años. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos indicaron que se reportaron 207 255 casos en 2022, lo que representa un fuerte aumento en cinco años.¹¹

Entonces, ¿qué se nos está escapando de nuestro análisis?: el factor humano, tanto de parte del sistema de salud como de los pacientes. ¿Podríamos modificar el sistema de salud para volverlo “amistoso” para quien requiere sus servicios? Atención rápida, cordial, eficaz, comprensiva, sin turnos “milenarios” ni burocracia incomprensible para muchos pacientes. Tal vez, pero llevará un largo tiempo, considerables esfuerzos y, sobre todo, el interés por hacer esta transformación.

Y respecto de los pacientes, ¿podríamos lograr la comprensión del estado de enfermedad que padecen y la necesidad de tratarse? Con un esfuerzo de educación, en la mayoría, sí, pero siempre quedará un remanente difícilmente abordable, con barreras aparentemente infranqueables y que, lamentablemente, cargarán con su TB hasta las últimas consecuencias (de ellos y de la sociedad que los circunda).

No quiero cerrar este editorial con una visión tan pesimista del futuro de la TB. Recordemos el porcentaje “áurico” del 80 % (por ejemplo, en vacunación). Si logramos que un porcentaje similar o mayor de los pacientes con TB puedan encarrilarse en un sistema de salud continente y sostenible y, si se les brinda un adecuado soporte social y económico, tal vez veamos disminuir francamente la incidencia y prevalencia de TB a lo largo del tiempo. ¡Ojalá!

BIBLIOGRAFÍA

1. Uplekar M, Weil D, Lonroth K, et al. WHO's new end TB strategy. *Lancet*. 2015;85:1799-801. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60570-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60570-0)
2. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
3. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2018;6(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
4. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Med*. 2007;4(7):e238. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
5. Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Predictive factors of non-adherence to tuberculosis treatment in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. *Salud colectiva*. 2012;8(Suppl 1):S65-S76. <https://doi.org/10.18294/sc.2012.866>
6. Culqui DR, Munayco CV, Grijalva CG, et al. Factors Associated With the Non-completion of Conventional Anti-Tuberculosis Treatment in Peru. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:150-5. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2011.12.008>
7. Jajati M, Sívori, M, Capelli L, y cols. Costos directos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes adherentes y no adherentes en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Am Med Resp*. 2024;24:22-31. <https://doi.org/10.56538/ramr.LKZF6121>.
8. Wang X, He W, Lei J, et al. Impact of COVID-19 pandemic on pre-treatment delays, detection, and clinical characteristics of tuberculosis patients in Ningxia Hui autonomous region, China. *Front Public Health*. 2021;9:644536. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.644536>
9. Pradipta IS, Houtsma D, van Boven JFM, et al. Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: a systematic review of randomized controlled studies. *Prim Care Respir Med*. 2020;30:21. <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0179-x>
10. Nisha KJ, Vaz C, Chai PR, Rodrigues R. The Acceptability of Adherence Support via Mobile Phones for Antituberculosis Treatment in South India: Exploratory Study. *JMIR Form Res*. 2022;6(5):e37124. <https://doi.org/10.2196/37124>
11. Nelson R. Syphilis rates soar in the USA amid penicillin shortage. *The Lancet*. 2023;402(10401):515. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01665-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01665-3)