

TRABAJO FINAL DE MASTER TRABAJO SOCIAL SANITARIO.
ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD
ABIERTA DE CATALUÑA.

**“Estudio retrospectivo de los factores de riesgo sociales
asociados al tipo de recurso al alta hospitalaria de los pacientes
diagnosticados de tuberculosis”**

Ana Rocío Ciudad Padilla. Trabajadora Social Sanitaria. Unidad de Trabajo
Social. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

RESUMEN:

Objetivos: 1.Describir las posibles relaciones entre los factores sociales de riesgo social y el recurso al alta hospitalaria en pacientes diagnosticados de tuberculosis.2. Describir el perfil social de los pacientes diagnosticados de TBC.

Métodos: Estudio retrospectivo de los enfermos valorados por la UTS durante los años 2008 y 2014.

Resultados: Se han entrevistado 58 pacientes, 48 (82.8%) fueron varones. En esta serie todas las mujeres siguieron el tratamiento en consultas externas. No se han apreciado diferencias significativas entre el tipo de recurso al alta y los años analizados. Tampoco entre pacientes extranjeros y españoles. La disponibilidad de vivienda y la indigencia se asociaron significativamente a un recurso diferente al alta hospitalaria (consultas externas versus ingreso hospitalario) ($p \leq 0.05$). El mayor porcentaje de pacientes que viven en un entorno familiar (84.6%) siguieron el tratamiento en consultas externas. En cuanto al núcleo de convivencia el 77.5 % de los pacientes convivían con un máximo de 5 personas y continuaron el tratamiento en consultas externas. El 100% de los pacientes que trabajaban regularmente (n=15) siguieron tratamiento ambulatorio. El 70% de los pacientes (n=41) estaban regularizados. De estos, el 95,1% (n=39) siguieron el tratamiento en consultas externas. Por el contrario, de los pacientes no regularizados (n=17), el 41.1% fue derivado a TDO y el 17.6% requirió ingreso hospitalario para garantizar el tratamiento ($p \leq 0.05$). El 63.7% de los pacientes (n=37) que no consumían alcohol fueron remitidos a consultas externas.

Conclusiones: Apoyando lo descrito en la literatura, ciertos factores sociales se asociaron a la necesidad de un mayor control del seguimiento de la TBC, requiriendo incluso ingreso hospitalario. Estos factores fueron el género masculino, la inmigración, la pobreza (incluida la indigencia), la falta de un entorno familiar estable, la situación de irregularidad, las deficiencias en la comunicación y el alcoholismo. En base a esto, el perfil de un varón de origen africano, sin ingresos propios, indigente o viviendo con un grupo de amigos, no regularizado, con problemas de comunicación con el entorno sociosanitario y con consumo alcohólico actual o pasado, es más probable que requiera un TDO o ingreso hospitalario para continuar el tratamiento en la provincia de Tarragona

Abstract:

Objectives: 1. Explore possible relationships between social social risk factors and the

use of hospital discharge in patients diagnosed with tuberculosis. 2. Define the social profile of patients diagnosed with tuberculosis.

Methods: This is a retrospective study in TB patients assessed by the Social Work Unit during 2008 and 2014.

Results: Fifty-eight patients were interviewed, 48 of these (82.8%) were male. In this series all women followed in outpatient treatment. No significant differences have been noted in the resource used during the study period. In this sense, there were no differences between foreign and Spanish patients. The availability of housing and homelessness were significantly associated with a different resource to hospital discharge (outpatient treatment vs. hospital admission) ($p \leq 0.05$). The highest percentage of patients who live in a family environment (84.6%) were able to continue treatment as outpatient. Regarding coexistence, 77.5% of patients lived with a maximum of 5 people and all of them could continue treatment as outpatient too. All patients who had a job ($n = 15$) continued outpatient treatment. In addition, 70% of patients ($n = 41$) were regularized. Of these, 95.1% ($n = 39$) followed outpatient treatment. By contrast, undocumented patients ($n = 17$), 41.1% of them require observed treatment and in 17.6% was required hospitalization to ensure treatment ($p \leq 0.05$). Nonalcoholic patients ($n = 37$) continued outpatient treatment.

Conclusions: As described in the literature, certain social factors were associated with greater control of treatment, even requiring hospital admission. These factors were male gender, immigration, poverty, lack of a stable family environment, situation of irregularity, poor communication and alcoholism. Based on this, in tuberculous African male, without income, homeless or living with a group of friends, not regularized, with communication problems and current alcohol consumption, it is more likely that observed treatment or hospital admission was required for further treatment in the province of Tarragona.

TITULO: "Estudio retrospectivo de los factores de riesgo sociales asociados al tipo de recurso al alta hospitalaria de los pacientes diagnosticados de tuberculosis.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ana Rocío Ciudad Padilla.

Diplomada en Trabajo Social.

Lugar de Trabajo: Trabajadora Social Sanitaria del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Dirección laboral: Unidad de Trabajo Social. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona . C/ Dr. Mallafrè Guasch 4, 43005 Tarragona. Teléfono: 977295857

DIRECTORA DEL TRABAJO FINAL DE MASTER:

Marta Ballester Albarracín.

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutora, la profesora Marta Ballester Albarracín por su gran ayuda y colaboración en cada momento de consulta y soporte en este trabajo de investigación.

A la Dra. Monserrat Olona, responsable de la Unidad de Calidad y Epidemiología del Hospital Universitario Joan XXIII, por ayudarme con los aspectos metodológicos y estadísticos del estudio.

A María de la Coba, secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica, por informarme y guiarme en los aspectos técnicos y éticos de la presentación de un proyecto.

A Gemma y Montse, bibliotecarias del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, por su paciencia y rápida respuesta a cada consulta realizada.

Al Dr. Gonzalo Sirgo, por estar siempre a mi lado.

A nuestros pacientes, por la parte que les ocupa.

INDICE:

Justificación del estudio.....	pág.6
Introducción.....	pág.7
Metodología.....	pág.20
Aspectos éticos y legales.....	pág.22
Análisis resultados.....	pág.23
Discusión.....	pág.33
Conclusiones.....	pág.38
Propuestas de intervención e innovación.....	pág.39
Nuevas líneas de recerca.....	pág.40
Bibliografía.....	pág.42
Anexos.....	pág.46

- **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

En el año 2008 una Dra. de Medicina Preventiva se dirigió a la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, donde yo trabajo, para solicitar la realización un informe social de un paciente diagnosticado de tuberculosis (TBC), con el objetivo de iniciar los trámites de ingreso en Servicios Clínicos de Barcelona debido a que era un incumplidor del tratamiento.

Ese fue mi primer contacto con este tipo de pacientes y la toma de conciencia de cómo las circunstancias sociales podían influir en el tratamiento de la enfermedad, a través del cumplimiento. Además, fue el desencadenante de la elaboración de un protocolo de intervención social de detección proactiva de los pacientes con tuberculosis que ingresasen en nuestro hospital. Desde entonces se aplica este protocolo en el hospital. Éste consiste en realizar una valoración social de los pacientes diagnosticados de TBC y determinar, junto con el equipo médico responsable, si es un potencial cumplidor o no del tratamiento. Posteriormente se determina el recurso al alta más adecuado, para garantizar la continuidad del tratamiento.

Mi motivación principal para realizar este estudio es conocer si existe alguna relación entre las características sociales de los pacientes y el recurso al alta determinado por el equipo asistencial y, por otra parte, tengo mucha curiosidad por conocer el perfil de paciente diagnosticado de TBC que es valorado por nuestra UTS.

Después de años atendiendo a este tipo de pacientes, el máster en Trabajo Social Sanitario me ha facilitado el conocimiento y las herramientas para poder realizar un estudio basado en los datos recogidos sobre los pacientes diagnosticados de TBC en mi práctica diaria.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, que es el centro de referencia de la Región Sanitaria de Tarragona. Es también el referente en algunos servicios terciarios: servicio de cardiología intervencionista, radiología intervencionista, cirugía de raquis y oncológica de complejidad. Dispone de un total de 310 camas.

Es un hospital gestionado por la Gerencia Territorial de Tarragona, que es el organismo que gestiona los servicios del Instituto Catalán de la Salud (ICS) en este territorio.

La Región Sanitaria Camp de Tarragona está situada al sur-oeste de Cataluña y tiene una extensión de 2.989,6 km², con 85 km de costa. Comprende las Comarcas de l'Alt Camp, la Conca de Barberà, el Baix Camp, el Baix Penedès, el Tarragonès y el Priorat, con un total de 130 municipios y una población de referencia de unas 600.000 personas. Al igual que en otras zonas de Cataluña, la población se concentra en pocos núcleos: cerca de 40% vive en las ciudades de Reus y Tarragona.

- **INTRODUCCIÓN**

Concepto de tuberculosis.

La TBC es una enfermedad contagiosa producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Afecta a las personas y también a algunos animales. En los seres humanos el órgano diana suele ser el pulmón, aunque también se pueden infectar otros órganos. Normalmente la TBC presenta una historia natural lenta (de meses o, incluso, años), aunque se pueden ver cursos agudos en personas inmunodeprimidas como, por ejemplo, las personas portadoras del virus del SIDA, neoplasias o en pacientes diabéticos. La enfermedad destruye lentamente el órgano afectado y, en el caso de los pulmones, llega a formar lo que se conoce como "cavernas". Si la tuberculosis no es tratada, el paciente de forma progresiva pierde peso y vitalidad, y presenta una fatiga cada vez más importante que puede llegar a impedirle la realización de las tareas habituales. El 50% de los casos no tratados mueren, aproximadamente, unos dos años después del desarrollo de los primeros síntomas. El otro 50% llega a curarse al cabo de muchos años, pero el órgano afectado sufrirá irreversiblemente graves limitaciones funcionales.

Tuberculosis y VIH

En 2014, como mínimo, una tercera parte de las personas infectadas por el VIH en todo el mundo estaban infectadas también con el bacilo tuberculoso. Las personas doblemente infectadas tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de llegar a padecer tuberculosis activa que quienes no están infectadas por el VIH. La combinación de la infección por el VIH con la tuberculosis es letal, pues la una acelera la evolución de la otra. En 2014, alrededor de 400 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH.

Aproximadamente un tercio de las muertes de entre las personas infectadas por el VIH fueron causadas por la tuberculosis en 2014. Según cálculos, en 2014 había aproximadamente 1,2 millones de casos nuevos de tuberculosis en personas infectadas por el VIH y el 74% de ellas vivía en África.

La epidemiología

Según la OMS, aunque la TBC ha ido disminuyendo año tras año y se calcula que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento, resulta preocupante el aumento de los niveles de resistencia y los malos resultados terapéuticos. Actualmente la TBC es una de las enfermedades que causa un mayor número de muertes en todo el mundo, a pesar de estar bien establecidas sus bases terapéuticas. Según el informe Mundial sobre TBC del 2015 a nivel mundial, 9,6 millones de personas han enfermado de tuberculosis en el 2014 (más del 10% fueron VIH-positivos): 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1.0 millones de niños. En nuestro país la TBC es un problema de Salud Pública muy importante ya que su tasa de incidencia es mayor que en otros países de nuestro entorno y en Cataluña el Informe preliminar de la tuberculosis a Cataluña del año 2011 señala: que el 47,7% de los casos de TBC corresponde a personas nacidas fuera del Estado español, proporción inferior a la de 2010. En las personas nacidas fuera del estado español la tasa de TBC (53,5 casos per 100.000 habitantes) es 4,7 veces superior a la de las personas autóctonas (11,4 casos per 100.000 habitantes). Según la OMS la prevalencia de Tuberculosis en África es de 281 casos por 100000 personas, más del doble de la media mundial.

La distribución de casos de TBC en el territorio no es homogénea. El 70,8% de casos se concentran a la Región Sanitaria Barcelona i el 29,7%, en la ciudad de Barcelona. La tasa de incidencia de la TBC oscila de los 14 casos per 100.000 habitantes en la Región Sanitaria Catalunya Central y en la Región Sanitaria Barcelona (Zona Vallès Occidental y Vallès Oriental) hasta los 24,6 casos per 100.000 habitantes en la ciudad de Barcelona.

La tasa de este año 2011 respecto de la del año anterior ha disminuido en la mayor parte del territorio, salvo en la de la Región Sanitaria Catalunya Central i la Región Sanitaria Camp de Tarragona, donde ha aumentado un 25,4% y un 7,8%, respectivamente. Los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa más frecuentes continúan siendo el tabaquismo, la precariedad social y el alcoholismo.

La nueva estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptada en la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó en mayo de 2014 acabar con la epidemia mundial de tuberculosis y puso como objetivos reducir la mortalidad por esta causa en un 95%, reducir la aparición de nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia tenga que hacer frente a gastos desproporcionados debidos a la tuberculosis. Se fijaron hitos provisionales para los años 2020, 2025 y 2030.

El contagio

El contagio de la TBC pulmonar² se produce por vía aérea. Los enfermos con esta afectación expulsan al exterior miles de gotas microscópicas donde se aíslan los bacilos. Estos pueden vivir en el medio ambiente durante horas. Si un individuo sano respira ese aire, el bacilo entra en su organismo y se instala en los pulmones, infectando a la persona.

Estar infectado no es equivalente a tener la enfermedad. Ésta se puede desarrollar o no, dependiendo fundamentalmente de la capacidad del sistema inmunitario de cada individuo. Concretamente, el riesgo de contagio dependerá de 2 factores: 1) el tipo y extensión de las lesiones pulmonares de la persona enferma que transmite el bacilo. 2) la duración e intimidad del contacto con la persona enferma (cuanto mayor sea el tiempo de contacto y la proximidad, mayor será el riesgo de infectarse). En ausencia de tratamiento se estima que la persona con TBC pulmonar contagia de media entre diez y quince personas al año. El contagio puede ser evitado si se considera como una amenaza para la salud pública. Eso exige una prevención, un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

No hay peligro de contagio cuando se toca o se usa la ropa u otros objetos que pertenezcan a la persona afectada, ni tampoco dándole la mano, ni bebiendo del mismo

vaso, ni utilizando los mismos cubiertos o la misma vajilla. También es muy poco probable el contagio al aire libre.

Aparte de los niños, la gente mayor, los enfermos crónicos y las personas inmunodeprimidas por terapias o enfermedades, otras personas con un alto riesgo de contraer la tuberculosis son:

- Las personas que están en contacto estrecho con una persona con tuberculosis pulmonar contagiosa, especialmente los niños menores de 5 años.
- Las personas que se han contagiado recientemente, en los dos primeros años después de la infección (que han pasado de tener un resultado negativo a uno positivo en la prueba de la tuberculina).
- Las personas portadoras del virus del SIDA.
- Las personas que abusan del alcohol o las drogas.
- Las personas que conviven o trabajan amontonadas en espacios cerrados o pequeños (prisiones, albergues para personas sin techo, cuarteles, embarcaciones, etc.).
- Los cooperantes, los profesionales sanitarios relacionados con la atención a la tuberculosis.

Sintomatología:

Los síntomas y signos de la TBC varían según el órgano afectado. En el caso de la tuberculosis pulmonar, el síntoma más habitual es la tos persistente, es decir, de más de tres semanas de duración. Por este motivo, cuando se padece una tos que no remite, es importante no atribuirlo al uso de tabaco o a un resfriado, sino que hay que consultar al médico.

También es frecuente la fiebre (habitualmente poco alta), la sudoración nocturna, el malestar general, la pérdida de peso y de energía y a veces, la emisión de sangre con la tos. En las personas portadoras del virus del SIDA, es más frecuente la inflamación de ganglios del cuello y de otras partes del organismo.

A veces en los niños y en algunos adultos la enfermedad se presenta asintomática, es decir, el enfermo no tiene ningún síntoma.

El diagnóstico, tratamiento y necesidades de ingreso hospitalario

El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de:

- La prueba de la tuberculina.
- Las técnicas de detección de gamma-interferón.

La prueba de la tuberculina consiste en la administración por vía intradérmica en la cara anterior del antebrazo (intradermorreacción de Mantoux) de 2UT de PPD-RT 23 disuelto en 0,1cc de detergente Tween 80. Su lectura se realiza a las 48-72 h (preferiblemente a las 72 h). Posteriormente se medirá la induración, no el eritema. Hay que medir el diámetro mayor transversal y registrar la lectura en milímetros (mm). Se considera positiva si aparece una induración visible y palpable con un diámetro transversal al eje del antebrazo igual o superior a 5 mm. La interpretación del resultado depende del tamaño de la induración y del grupo de riesgo al que pertenezca la persona, determinado por factores epidemiológicos o por la situación médica del individuo.

Si la prueba de la tuberculina es positiva nos encontramos ante una infección tuberculosa. A mayor diámetro de la induración y aparición de vesícula o de necrosis, aumenta la probabilidad de que haya infección tuberculosa.

En el caso de los estudios de contactos, se debe repetir la PT a los 2-3 meses para descartar viraje tuberculínico (excepto si ya han pasado 2-3 meses del contacto).

Falsos negativos: Se ha descrito que hasta el 23% de los enfermos tuberculosos pueden tener una PT negativa en su valoración inicial (sobre todo en coinfección por VIH, inmunosupresión y otros factores de riesgo). En los pacientes inmunodeprimidos, en caso de que hayan estado en contacto con un caso de TB, siempre se deberá realizar una radiografía de tórax para descartar la enfermedad tuberculosa. Los falsos negativos también pueden ser debidos a defectos de la técnica o a la mala conservación de la tuberculina.

Las personas que deben realizarse la prueba son:

- Las personas que indique el médico.

- Personas que hayan tenido contacto con una persona enferma de TBC (familiares, amigos, compañeros de trabajo o de la escuela)
- Personas que tengan los siguientes síntomas: tos, fiebre, cansancio constante, pérdida de peso, que tomen drogas, personas procedentes de países donde la tuberculosis es frecuente, personas a las que se les exija por motivos laborales.

La vacuna contra la tuberculosis no protege siempre contra esta enfermedad. Si a una persona a la cual se le administrado la vacuna la prueba de la tuberculina le da positivo, este resultado puede ser provocado por la vacuna o por una infección tuberculosa auténtica. Probablemente la persona estará infectada de TBC en los casos siguientes:

- Si la reacción a la prueba es muy alta.
- Si fue vacunada hace mucho tiempo.
- Si alguien cercano tienen tuberculosis.
- Si procede de algún país, donde haya estado residiendo durante meses y la tuberculosis es frecuente.

Recientemente se han desarrollado nuevas pruebas diagnósticas de la infección por el bacilo tuberculoso, los IGRAS (Interferon Gamma Release Assays). Las ventajas de esta prueba son:

- No tienen interferencias con la vacuna BCG.
- Es un método objetivo y rápido.
- Evitan la visita de lectura.
- Mayor especificidad.

Finalmente y para el diagnóstico de la enfermedad tuberculosa se ha desarrollado el GENE X PERT MEB/RIF que es una técnica diagnóstica rápida de biología molecular que a más a más de la detección de la bacteria de la tuberculosis, permite determinar si éste es resistente a uno de los antibióticos más utilizados en la pauta farmacológica, la rifampicina, lo que permite adaptar el tratamiento desde un inicio. Es una prueba rápida, menos de dos horas que se puede realizar en una muestra biológica.

El tratamiento:

Los fármacos antituberculosos se clasifican en:

- De primera línea: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E) y estreptomina (S). Se deben utilizar en casos nuevos (nunca tratados antes).
- De segunda línea: protionamida, etionamida, capreomicina, kanamicina, cicloserina, quinolonas. Utilizados en retratamientos y resistencias.

Pauta: Utilizar la asociación de fármacos en combinación fija reduce el número de pastillas por toma (3-5), mejora la posología y facilita el cumplimiento del tratamiento (grado de recomendación B).

El tratamiento se debe tomar en ayunas y en una sola dosis. No se debe comer ni beber leche en unos 20-30 minutos y su duración es entre 6 y 9 meses.

Efectos adversos: La mayoría son leves, pero en algunas ocasiones pueden ser graves y pueden obligar a suspender la medicación de forma temporal o definitiva e incluso causar la muerte. En caso de efectos adversos importantes, se debe derivar a una unidad especializada. Las toxicidades hepáticas, cutáneas o gástricas son frecuentes. Se debe evitar el consumo de alcohol porque puede favorecer la hepatotoxicidad.

Criterios de ingreso hospitalario:

- Problema diagnóstico con necesidad de exploraciones complementarias.
- Paciente bacilífero con problemas de asilamiento en su domicilio
- Enfermos en condiciones sociales de precariedad.
- Gravedad de los síntomas hemoptisis, insuficiencia respiratoria, meningitis, neumotórax.
- Toxicidad grave por fármacos antituberculosos.
- Inicio de tratamiento con fármacos de segunda línea.
- Enfermo infectado por HIV.
- Algunas enfermedades acompañadas: cirrosis, diabetes descompensada, delirium tremens, entre otras.
- Interferencias de los fármacos antituberculosos con otros fármacos imprescindibles para el enfermo.

Se aplicarán medidas de aislamiento respiratorio a todos los pacientes con bacteriología positiva y a los pacientes pendientes de diagnóstico cuando haya sospecha sólida de TBC, tanto a los enfermos ingresados como a los que permanezcan en urgencias. Las medidas se aplicarán hasta los 15-21 días de haber comenzado el tratamiento inicial con una pauta que incluya R y H, tanto a los pacientes ingresados al hospital como los tratados en su domicilio, hasta la negativización bacteriológica en los enfermos con tratamientos no estándar. En los grupos en los que se sospeche la posibilidad de resistencias, habrá que disponer de antibiograma antes de retirar el aislamiento.

Las medidas a aplicar en los pacientes ingresados en situación de aislamiento son:

Habitación individual y con baño. La puerta ha de permanecer cerrada y con un cartel que indique el aislamiento respiratorio. Los enfermos multirresistentes han de estar siempre en una habitación individual. La habitación debe tener una amplia ventana al exterior que se ha de mantener abierta al menos 15 minutos, tres o cuatro veces al día, si no se dispone de un sistema adecuado de descontaminación del aire. Se elegirán las habitaciones más soleadas y el sistema de climatización debe ser único para cada estancia y no recirculará a otra habitación, sino al exterior. Lo ideal sería conseguir unas 6 renovaciones del aire por hora. No se han de adoptar medidas especiales, objetos, alimentos entre otros.

El personal indicará a los pacientes que se cubran la boca y la nariz con pañuelos de un solo uso en el momento de toser o estornudar y los depositaran en una bolsa adecuada para su posterior incineración. Los pacientes deberán llevar una mascarilla quirúrgica cuando estén con otras personas y cuando tengan que salir de la habitación. La utilización de mascarillas por parte del personal sanitario proporciona una protección incompleta, ya que los bacilos existentes en el ambiente las pueden atravesar. Es importante tener en cuenta este hecho para evitar la falsa sensación de seguridad que pueda tener el personal que las lleva.

Hay una justificación legal y técnica que establece que las mascarillas quirúrgicas no son equipos de protección para los trabajadores, ya que están catalogadas como categoría de certificación 0 y si su función es proteger al usuario de las infecciones bacterianas deben pertenecer a la categoría de certificación (RD 1407/92 i Resolución 25/96 de la Dirección General de Calidad y Seguridad Industrial). Se recomienda el uso de mascarillas FFP2 o FFP3 (con válvula inspiratoria) al personal sanitario como mínimo en las circunstancias siguientes: realización de broncoscopias y técnicas que induzcan la tos, autopsias, drenajes de accesos tuberculosos, manejo de la orina en enfermos con TBC renal, traslado en ambulancia, entrada en las habitaciones con aislamiento, asistencia en urgencias, y consultas de enfermos con alto riesgo, laboratorios donde se procesen muestras de microbacterias.

Visitas: se recomienda ponerse la mascarilla FFP1, aunque la visita sea corta, hasta después de salir de la habitación. Se recomienda limitar el número de entradas a la habitación y los desplazamientos del enfermo fuera de la misma.

Importancia social de la TBC

La TBC puede considerarse una enfermedad social porque las causas que la originan, y potencian, tienen su raíz en hechos y motivos sociales o porque afecta preferentemente a los estratos más pobres de la sociedad.

Además, existen una serie de condicionantes socioeconómicos, de soporte familiar, hábitos personales, ocupación laboral, percepción de la enfermedad y educación inherentes al paciente y su entorno social que pueden condicionar significativamente en el cumplimiento del tratamiento⁴. La infección tuberculosa se transmite más rápidamente en las condiciones ambientales asociadas con la pobreza: hacinamiento, ventilación deficiente y malnutrición. El informe anual del 2014 sobre la situación epidemiológica y tendencia de la endemia tuberculosa en Cataluña señala como factor de riesgo la precariedad social, presente en un 17,6 % de los casos diagnosticados. Además, actualmente ha surgido otra problemática social en torno a esta enfermedad: el incumplimiento terapéutico. Esta circunstancia afecta negativamente tanto a la salud del enfermo como al control de la enfermedad desde el punto de vista de la salud pública. En este sentido algunos estudios señalan que una de

las intervenciones más eficaces para disminuir la TBC en una comunidad es la mejora de las condiciones socioeconómicas y la aplicación de tratamientos eficaces.

El incumplimiento terapéutico.

La OMS clasifica los resultados del tratamiento de la TBC en seis categorías: curación, tratamiento completo, muerte, fracaso terapéutico, incumplimiento o abandono y traslado.

Desde un punto de vista clínico el incumplimiento llevado a su extremo resulta en abandono del tratamiento. Un paciente que abandona el tratamiento es aquel que habiendo empezado el tratamiento, lo interrumpe durante dos meses consecutivos o más⁵. El cumplimiento terapéutico de los pacientes con TBC es uno de los pilares en los que se basan los programas de control de la enfermedad. Por su parte, el incumplimiento incrementa significativamente la incidencia de la enfermedad, el fracaso terapéutico y la aparición de cepas resistentes a los fármacos empleados en su tratamiento. En general, las proporciones de abandono son muy variadas dependiendo del desarrollo de los países, la epidemiología de la TBC en cada uno de ellos, la dinámica de los programas de vigilancia y control y el interés de los gobiernos en la TBC como problema de salud pública. En cualquier caso, si bien es imposible predecir si un enfermo concreto va a ser cumplidor del tratamiento, existen estudios que han tratado de identificar los factores predictivos de riesgo de incumplimiento terapéutico (que en España podría estar por encima del 20%)⁸ y que son atribuidos a una compleja interrelación de factores entre los que se encuentran:

1. Factores socioeconómicos. Género (los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres), estrato socioeconómico (vivir en un estrato bajo es factor de riesgo para abandono), nivel educativo (a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, debido a que la comunicación tanto con el personal sanitario como con la familia es más deficiente), ingresos económicos (la TBC, desde la antigüedad, ha sido asociada a la desnutrición, la pobreza, el hacinamiento, la falta de servicios básicos y la inadecuada vivienda e higiene de la misma), abuso de alcohol.

2. Factores relacionados con la enfermedad. Desconocimiento sobre algunos aspectos de la enfermedad, comorbilidad (la coinfección con VIH, tener antecedentes de trastornos psiquiátricos, diabetes, hepatopatía, neoplasias, desnutrición,

gastrectomía o tratamiento esteroideo prolongado, disminuyen la adherencia terapéutica).

3. Factores relacionados con el régimen terapéutico. La adherencia terapéutica disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.

4. Factores relacionados con el equipo asistencial. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente en la adherencia terapéutica.

5. Inmigración: así como las tasas de morbilidad y mortalidad son mayores entre personas inmigrantes, también hay dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos niveles de inmigración.

6. Factores relacionados con el impacto que genera la enfermedad: la depresión y la ansiedad son más frecuentes en pacientes con TBC que se sienten estigmatizados, siendo esta percepción mayor si existen coinfecciones, por ejemplo, VIH o son extranjeros.

La intervención del trabajador social sanitario

El trabajador social sanitario (TSS) en el hospital de agudos interviene sobre los desajustes psicosociales que genera la TBC, tratando de dar respuesta a las necesidades que garanticen el bienestar de la persona enferma, su atención una vez finalizado el ingreso hospitalario y asegurar el cumplimiento terapéutico. La integración del TSS en los programas de control de la TBC no sólo facilita a los enfermos la toma de tratamiento, sino que también ayuda a prevenir la enfermedad en inmigrantes y otros grupos con aislamiento social⁸.

Hay estudios que relacionan la intervención del TSS con la curación de esta enfermedad. Algunos autores señalan que la intervención psicosocial individual permite una mejor calidad de vida en los pacientes con TBC. En cuanto al papel de la familia, hay estudios que demuestran que los pacientes con apoyo familiar tienen menos riesgo de abandonar el tratamiento.

Aunque según el *European Center for Disease Prevention and Control* sólo uno de cada tres pacientes cumplimenta con éxito el tratamiento. Este informe señala la necesidad de un tratamiento multidisciplinar que contemple las necesidades sociales para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

La valoración que realiza el TSS aporta al equipo asistencial información determinante sobre los condicionantes sociales que determinan la adhesión al tratamiento, evitando que recaiga exclusivamente sobre el paciente la responsabilidad del cumplimiento del tratamiento. De este modo, para garantizar el éxito del tratamiento y que los programas de atención a la TBC tengan éxito, deben tenerse en cuenta los condicionantes sociales en salud como factores principales para intervenir. En este sentido, la TBC, por su carácter de enfermedad contagiosa de declaración obligatoria, requiere la implementación de procedimientos de trabajo social sanitario que faciliten la continuidad asistencial para garantizar su cumplimiento terapéutico y la Salud Pública.

El Hospital Joan XXIII de Tarragona dispone de un procedimiento de intervención para pacientes ingresados con diagnóstico de TBC en el que el TSS, mediante su valoración social, evalúa conjuntamente con el equipo médico si el paciente será un potencial o no cumplidor del tratamiento y planifican de forma coordinada el recurso al alta más adecuado que garantice el cumplimiento terapéutico.

Estos recursos pueden ser:

- Consultas externas de Tuberculosis: dirigido a aquellos pacientes con una situación social normalizada y potenciales cumplidores.
- Tratamiento directamente observado, TDO: si se identifican algunos problemas que pueden impedir el cumplimiento del tratamiento, las unidades de Tuberculosis o de Vigilancia Epidemiológica disponen del TDO que está actualmente disponible en toda Cataluña. Este suele realizarse de forma ambulatoria mediante el desplazamiento de la persona encargada de la supervisión en el domicilio del enfermo u otro lugar convenido.

- Ingreso en Servicios Clínicos de Barcelona: Es un centro sanitario donde se realizan ingresos hospitalarios en pacientes diagnosticados de TBC, una vez estabilizados clínicamente tras el proceso agudo, y que requieren supervisión del tratamiento porque existe un alto riesgo de incumplimiento terapéutico.(ver anexo I).

Funciones del Trabajador Social Sanitario:

Las funciones del trabajador social sanitario en los equipos interdisciplinarios de la atención especializada donde se atiende a los pacientes con TBC son:

- Realizar el diagnóstico social sanitario de los pacientes con algún factor de riesgo, mediante entrevistas y realizar coordinación con el equipo médico y Servicios Sociales.
- Realizar una planificación de la intervención (breve o prolongada en función de los días de hospitalización).
- Colaborar en el estudio de los contactos colaborando, por ejemplo, en poner a disposición del equipo información relevante obtenida en las entrevistas.
- Facilitar que las personas detectadas acudan a la consulta de estudio de contactos para realizarse las pruebas.
- Proporcionar información y asesoramiento, sobre los diferentes aspectos de la enfermedad, el tratamiento, los recursos, los derechos y los servicios.
- Realizar el seguimiento del tratamiento previsto, motivar la adherencia y localizar a los pacientes no cumplidores.
- Proponer junto con el equipo asistencial modalidades individualizadas de supervisión del de tratamiento.
- Tramitar los recursos y prestaciones pertinentes y derivar a otros servicios cuando sea necesario.

- Trabajar con las familias y el entorno más cercano de las personas afectadas con TBC.
- Participar en actividades de sensibilización y prevención sobre la enfermedad.
- Coordinarse con otros servicios sanitarios, sociales y ONG de referencia.

3. METODOLOGIA

Hipótesis de Trabajo:

Los factores de riesgo sociales pueden estar relacionados con el tipo de recurso necesario para continuar el tratamiento, en el momento del alta hospitalaria, en los pacientes diagnosticados de TBC.

Objetivos:

Principal: Describir las posibles relaciones entre los factores sociales de riesgo social y el recurso al alta hospitalaria en pacientes diagnosticados de tuberculosis.

Secundario: Describir el perfil social de los pacientes diagnosticados de TBC.

Lugar de realización del estudio: El estudio se llevó a cabo en la UTS del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Tipo de estudio: Se trata de un estudio retrospectivo de los enfermos valorados por la UTS durante los años 2008 y 2014.

Población de estudio: Pacientes diagnosticados de TBC en los que intervino la UTS a través de interconsulta hospitalaria siguiendo el procedimiento hospitalario de

atención a los pacientes con TBC durante los años 2008 y 2014.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años ingresados en el hospital diagnosticados de TBC a quienes se realizó consulta intrahospitalaria al la UTS.

Criterios de exclusión: Pacientes no valorados por la TSS.

Definición de variables.

Variables cuantitativas:

- Edad.

Variables cualitativas:

- Género (hombre, mujer).
- Continente: Europa, África, Asia y América.
- Situación Sociofamiliar: con vivienda, indigente o institucionalizado. Núcleo de convivencia: vive solo, con familia o amigos.
- Número de convivientes: menos de 5, mayor o igual a 5, desconocido.
- Situación laboral: trabaja regularmente, trabaja esporádicamente, prestación social, sin ingresos propios.
- En tratamiento con metadona: si, no.
- Salud Mental: sin patología, depresión, esquizofrenia.
- Diagnóstico de VIH: si, no, desconocido. Consumo de alcohol: no consumo, consumo activo, exalcohólico.
- Antecedentes penitenciario: si, no. Situación administrativa. Regularizado, no regularizado.
- Problemas de comunicación: presente, ausente. Se definió problema de comunicación como aquella situación en la que el paciente no entendía el idioma o fue necesaria la intervención de un mediador cultural.
- Destino al alta hospitalaria para continuar el tratamiento: Consultas

Externas, TDO, Ingreso hospitalario.

Métodos de trabajo: Se revisó la base de datos de la UTS, y se recogió la información de aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La información contenida en la base de datos procede de entrevistas realizadas por la TSS, en la intervención sobre aquellos pacientes diagnosticados de TBC, a los que se hizo interconsulta a nuestra UTS siguiendo el protocolo específico.

Manejo de los datos: Los datos se recogieron de forma anónima en una base de datos Excel.

Análisis estadístico: Los datos fueron introducidos en el programa estadístico (SPSS.11). La descripción de las variables cuantitativas se realizó utilizando la media y desviación estándar. La descripción de las variables cualitativas se realizó mediante el uso de frecuencias y proporciones. Análisis univariable: la comparación de grupos se realizó utilizando la prueba chi-cuadrado por variables categóricas y, por el tamaño muestral, la comparación de las variables cuantitativas se realizó a través de la U de Man-Whitney (no paramétrica). Para el análisis de los datos pueden ser necesarias reagrupaciones de variables (número de convivientes). La metodología y análisis estadístico de este estudio ha sido supervisado por la Unidad de Calidad y Epidemiología del Hospital Universitario Joan XXIII (Dra. Montserrat Olona).

4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:

El estudio se llevó a cabo siguiendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013), y las normas de BPC para estudios epidemiológicos. Los datos se recogieron de forma anónima, sin que haya posibilidad de que los pacientes puedan ser identificados. Por este motivo no se contempla la obtención de consentimiento informado de los participantes. En el tratamiento de los datos se siguió lo establecido en la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal y el RD1720/2007 que la desarrolla.

Este estudio ha sido aprobado por el CEIC del hospital Joan XXIII de Tarragona.

5. RESULTADOS:

Se han entrevistado 58 pacientes. De éstos, 48 fueron varones (82.8%) y 10 mujeres (17.2%). La edad media fue de 37.95 (DE 14). La tabla 1 refleja la distribución de los pacientes entrevistados según los años y el tipo de tratamiento al alta. También si incluye el número de casos de tuberculosis diagnosticados en el Hospital Joan XXIII en los años de estudio. No se han apreciado diferencias significativas en la distribución del tipo de recurso al alta en los años analizados. En esta serie todas las mujeres siguieron el tratamiento en consultas externas.

Año	TBC (n)	Externas	Hospitalario	Hospitalario	Total de entrevistados
2008	1 (27.5)	4 (6.8)	0 (0)	20 (34.4)	

En la tabla 2 se refleja la procedencia geográfica de los pacientes respecto al tipo de tratamiento al alta. El 50% de los casos (29 pacientes) fueron de origen africano. De estos, 21 siguieron tratamiento en consultas externas, 5 en TDO y 3 requirieron ingreso hospitalario. Sólo pacientes de origen africano realizaron este tipo de ingreso. Además, fueron entrevistados a 15 pacientes españoles, 13 fueron derivados a consultas externas y en 2 casos se activó un TDO. Ninguno requirió ingreso hospitalario. No se evidenciaron diferencias significativas del recurso al alta entre los pacientes españoles y extranjeros.

Continente	consultas externas	TDO	Ingreso hospitalario	Total de pacientes
Africano	21 (72.4)	5 (17.2)	3 (10.3)	29 (100%)
Español	13 (86.7)	2 (13.3)	0 (0)	15 (100%)
Total	34 (50.7)	7 (10.4)	3 (4.5)	44 (65.6)

En cuanto a la disponibilidad de vivienda (Tabla 3), 54 pacientes disponían de vivienda (93.1%). De estos, 45 siguieron el tratamiento en consultas externas y sólo en 8 casos se activó un TDO. Se han entrevistado 3 indigentes. Dos de ellos requirieron ingreso hospitalario y en 1 paciente se activó un TDO. Sólo hubo un paciente institucionalizado, que continuó el tratamiento en consultas externas. En esta serie la disponibilidad de vivienda y la indigencia se asociaron significativamente a un recurso diferente al alta hospitalaria (consultas externas vs ingreso hospitalario) ($p \leq 0.05$).

Situación	consultas externas	TDO	Ingreso hospitalario	Total de pacientes
Disponibilidad de vivienda	45 (83.0)	8 (15.0)	1 (1.9)	54 (100%)
Indigencia	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0)	3 (100%)
Total	46 (84.6)	10 (18.9)	1 (1.9)	57 (100%)

Respecto al núcleo familiar (tabla 4), 26 pacientes (44.8%) refirieron que tenían soporte familiar y 25 pacientes (43.1%) refirieron que su único soporte era el grupo de amigos. El mayor porcentaje de pacientes que viven en un entorno familiar (84.6%) siguieron el tratamiento en consultas externa. También en un elevado porcentaje de pacientes que viven en un entorno de amigos (72%) fue posible continuar el tratamiento en consultas externas. No obstante, aunque no se evidenciaron diferencias significativas, en el 12%

Entorno	consultas externas	TDO	Ingreso hospitalario	Total de pacientes
Familiar	22 (84.6)	4 (15.4)	0 (0)	26 (100%)
Amigos	18 (72.0)	7 (28.0)	0 (0)	25 (100%)
Total	40 (78.4)	11 (21.6)	0 (0)	51 (100%)

de los que vivían con amigos (n=3) fue necesario el ingreso hospitalario. Finalmente, también la mayor parte de los pacientes que vivían solos pudieron continuar el tratamiento en consultas externas.

El análisis del número de convivientes aporta información sorprendente (Tabla 5). El 77.5% (n=45) de los pacientes refirieron convivir con un máximo de 5 personas. El mayor porcentaje de estos pacientes continuó el tratamiento en consultas externas (62%, n=36). Sin embargo, 2 de los 3 pacientes que requieren ingreso hospitalario también proceden de este grupo.

tipo de ingreso	número de pacientes
ambulatorio	36
ingreso hospitalario	3

La Tabla 6 refleja la situación laboral asociada al tipo de recurso al alta. Se puede observar que el 100% de los pacientes que trabajaban regularmente (n=15) siguieron tratamiento ambulatorio. Sin embargo, si se analizan los pacientes que trabajaron esporádicamente, que percibieron prestación social o que no tuvieron ingresos propios, puede observarse una tendencia (sin que haya significación estadística) hacia la mayor utilización de TDO e ingreso hospitalario como recurso al alta (2 de los 3 pacientes ingresados no tuvieron ingresos propios).

En cuanto a la situación administrativa (Tabla 7), el 70% de los pacientes (n=41) estaban regularizados. De estos, el 95,1% (n=39) siguieron el tratamiento en consultas externas. Por el contrario, de los pacientes no regularizados (n=17), el 41.1% fue derivado a TDO y el 17.6% requirió ingreso hospitalario para garantizar el tratamiento ($p \leq 0.05$).

En la Tabla 8 se representa las dificultades de comunicación en relación con el recurso al alta. El 65.5% de los pacientes (n=38) no tuvieron problemas de comunicación. De éstos, el 89.4% (n=34) fueron derivados a consultas externas. Por el contrario, el 34.5% (n=20) sí los tuvieron. En este caso, el 30% de los pacientes (n=6) continuaron el tratamiento en TDO y el 10% (n=2) fueron ingresados. Aunque no hubo diferencias significativas, se aprecia que a medida que se incrementaban los problemas de comunicación fue más necesario utilizar el TDO y el ingreso hospitalario. (%)

Total de entrevistados	
65.5%	38
89.4%	34
34.5%	20
30%	6
10%	2

En

referencia al consumo de alcohol y el recurso al alta (Tabla 9), se puede observar que el 63.7% de los pacientes (n=37) que no consumían alcohol fueron remitidos a consultas externas. De los 9 pacientes con consumo activo de alcohol, 6 pacientes pudieron continuar el tratamiento en consultas externas. Es destacable que existe una tendencia hacia la significación entre el contacto con el alcohol (presente o pasado) con la decisión de ingreso para continuar el tratamiento. De esta forma, todos los pacientes que requirieron ingreso hospitalario tuvieron contacto de uno u otro modo con el alcohol.

Por otro lado, en la serie analizada, sólo tres pacientes estaban en tratamiento con metadona. Dos de ellos siguieron tratamiento ambulatorio y el tercero fue ingresado. Respecto a la salud mental de los pacientes analizados, sólo un paciente tuvo un trastorno mental (depresión) y fue atendido en consultas externas. El diagnóstico de VIH fue realizado en 5 pacientes. En 4 de ellos se continuó el tratamiento en consultas externas y el quinto requirió ingreso hospitalario.

El análisis del subgrupo de las mujeres (n=10) muestra un 90% de pacientes extranjeras. Todas disponían de vivienda aunque un 40% tenían un entorno de amigos como núcleo de convivencia. El 80% tenían un máximo de 5 personas como convivientes. Sólo trabajaban regularmente el 40%. Ninguna tenía contacto con el alcohol, consumía metadona o tenía problemas psiquiátricos. Como se ha señalado al inicio, el 100% pudieron seguir el tratamiento en consultas externas.

6. DISCUSIÓN:

Este estudio es el primero realizado en la provincia de Tarragona, en pacientes diagnosticados de TBC, tratando de asociar variables sociales con el recurso al alta para continuar el tratamiento. Globalmente se refleja que el perfil de un varón de origen africano, sin ingresos propios, indigente o viviendo con un grupo de amigos, no regularizado, con problemas de comunicación con el entorno sociosanitario y con consumo alcohólico actual o pasado, es más probable que requiera un TDO o ingreso hospitalario para continuar el tratamiento en la provincia de Tarragona.

Este estudio ha sido realizado desde la UTS del Hospital Joan XXIII de Tarragona. Como se reflejó en el apartado de material y métodos, se dispone de un

protocolo titulado *“Acogida del paciente con TBC pulmonar en la Unidad de Medicina Interna y planificación del alta”* para detectar situaciones de riesgo y activar el recurso más adecuado que garantice la continuidad del tratamiento. Este protocolo se aplica a todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis en nuestro centro. Es llamativo que, en el mejor de los casos, sólo en 2011 se llegó a un 50% de cumplimiento del protocolo. En 2012 sólo se cumplió en el 14.2% de los casos.

La falta de cumplimiento de los protocolos asistenciales es un problema que se extiende en el ámbito asistencial a la falta de adherencia a las guías de buena práctica clínica y, en su extremo, a la evidencia científica. Paradójicamente, se ha descrito que esta falta de adherencia es más manifiesta en pacientes que sufren dolencias más graves. Se han señalado múltiples barreras relacionadas con la falta de cumplimiento de los protocolos. Éstas incluyen factores de todo tipo: ambientales (falta de recursos para acceder a las guías), culturales (desconfianza de lo nuevo), personales (sensación de pérdida del control del cuidado), grupales (falta de sintonía y desacuerdos entre los miembros de un equipo).

Todos los esfuerzos encaminados a mejorar el cumplimiento de los protocolos hubieran incrementado en número de pacientes detectados y hubieran arrojado más información. Dentro de este tipo de acciones, una de las que tiene más impacto es el recordatorio periódico de los protocolos asociado o no a actualizaciones.

La **edad media** del paciente de nuestro estudio fue de 37.9 (DE 14) años. Generalmente, en poblaciones autóctonas esta enfermedad se distribuye en pacientes añosos, producto de la reactivación del bacilo por otras enfermedades debilitantes. El hecho de que aumente la incidencia en la población joven traduce dos circunstancias. Una es la inmigración y otra un hecho sanitariamente mejorable: la incapacidad del sistema de proteger de la infección a personas jóvenes⁵.

En esta serie de 58 pacientes, 48 fueron **varones** (82.8%). Se ha descrito que la

incidencia de tuberculosis es mayor en varones⁹. Según estos autores no parece que el género masculino *per se* sea más susceptible a la infección. Las diferencias se hacen evidentes al inicio de la edad adulta donde la prevalencia se incrementa en varones por la acumulación de factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.

Es destacable que en este estudio todas las **mujeres** continuaron el tratamiento en consultas externas. Esta circunstancia, que asocia el género femenino a un mejor cumplimiento terapéutico, ya ha sido descrita por otros autores. Estos autores describen que las mayores diferencias de cumplimiento y no cumplimiento entre hombres y mujeres se produce en el rango de edades de 35-44 años. Sería interesante profundizar en este aspecto y comprobar si los factores culturales asociados al género intervienen significativamente y cómo evoluciona este hecho en las nuevas generaciones.

Otros estudios relativamente recientes en Europa describen series de pacientes en los que predominan los de origen **africano** (más de un 40%). Este hecho puede ser representativo de los flujos de inmigración, por ejemplo en Cataluña, encontramos claramente que el número de casos de TBC en pacientes Africanos predomina por encima de otros continentes⁵. En relación con este aspecto parece esperable que la población más numerosa (africana) ocupe un mayor porcentaje en todas las formas de tratamiento, como así ocurre (21 pacientes en consultas externas, 5 en TDO y 3 hospitalizados para continuar el tratamiento).

Es destacable que sólo en la población de **inmigrantes** se distribuyen los pacientes que requieren ingreso hospitalario. Tampoco este dato es nuevo. Se ha descrito en la literatura la asociación que existe entre el hecho de ser inmigrante y la mayor posibilidad de que existan pérdidas en el seguimiento de esta enfermedad. Por esta razón puede ser imprescindible un régimen de tratamiento más controlado.

Es bien conocida la asociación directa entre la tuberculosis y **la pobreza**. Del mismo modo la forma de continuar el tratamiento está muy condicionada por factores

socioeconómicos. En este estudio la mayoría de pacientes con vivienda propia pudieron seguir un régimen ambulatorio. Sin embargo, el ingreso hospitalario fue utilizado mayoritariamente por pacientes sin vivienda, **indigentes**. La literatura científica señala con claridad el problema de los indigentes en el seguimiento de la enfermedad. Los autores señalan dos problemas relacionados con la indigencia. Uno, el aumento progresivo y la incapacidad de cuantificarla. Dos, la deficiente adherencia al tratamiento. Se da la circunstancia que si en algún momento se produce ésta, son pacientes más proclives a abandonar a medida que mejora la sintomatología.

El entorno más próximo al paciente también tiene repercusión en el tipo de tratamiento al alta. En este estudio, aquellos pacientes que conviven en un entorno familiar pueden ser tratados en consultas externas, lo mismo que ocurre con los que viven con amigos o solos. Sin embargo, los pacientes que viven en un entorno de amigos, son los que requieren ingreso en el hospital para continuar el tratamiento. En relación con este punto algunos autores han descrito el papel de **la familia** en el cumplimiento terapéutico. Se ha llegado a considerar que las personas que no conviven con sus familiares multiplican por 4 el riesgo de abandonar el tratamiento tuberculostático¹¹.

En cualquier caso, esta apreciación se podría considerar simplista. Otros autores realizan una aproximación más adaptada a nuestros días¹⁸. Consideran que lo que resulta determinante para la salud integral del paciente con tuberculosis, aliviando el impacto de las enfermedades crónicas, es la percepción de tener la estima de su entorno. En ese sentido no extraña que, en nuestra serie, el grupo de pacientes con un entorno de amigos pueda continuar el tratamiento en consultas externas. Pero estos autores van un poco más allá y abren la puerta a un terreno por explorar. Consideran que el afecto social puede estar vehiculado también a través de las redes sociales y

que éstas pueden tener un papel beneficioso en el mantenimiento de las conductas saludables, entre las que yo incluiría la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, no perdería la perspectiva que asocia tuberculosis con **pobreza** y, en consecuencia, con poca capacidad de acceso a las redes sociales. En cualquier caso, como TSS, es enriquecedor conocer que existen herramientas potencialmente útiles para complementar la intervención social, por ejemplo las nuevas tecnología.

En la planificación del presente estudio se consideró necesaria la evaluación (categorizada) del número de convivientes del paciente. La hipótesis de trabajo era que a mayor **número de convivientes** más necesidad de garantizar el cumplimiento terapéutico a través de TDO e ingreso hospitalario. Sin embargo, como hemos visto en los resultados la mayor parte de los pacientes que requirieron ingreso hospitalario correspondieron el grupo de pacientes con menos convivientes. Es probable que el planteamiento realizado en este estudio sea inadecuado.

Se ha descrito²¹ que el número de convivientes incide directamente en las posibilidades de contagio, en el sentido que el hacinamiento es un factor de riesgo bien establecido. Sin embargo, es probable que esta variable no intervenga en la adherencia al tratamiento.

En este estudio la situación de **irregularidad** ha condicionado una distribución diferente de los recursos. Si bien de los 41 pacientes regularizados 39 (95.1%) siguieron tratamiento en consultas externas y ninguno requirió ingreso hospitalario, de los 17 pacientes no regularizados, 3 (17.6%), requirieron ingreso hospitalario. Se sabe que los pacientes no regularizados dejan de tener contacto con el sistema sanitario. Probablemente la sensación de ilegalidad no contribuye a que se establezca un nivel de confianza adecuado para continuar el tratamiento, lo que permitirá abonar el terreno del aislamiento social ¹¹.

Un aspecto muy relacionado con el aislamiento social es la posibilidad de comunicación con el entorno. El sistema sanitario que no sepa transmitir, utilizando los códigos culturales apropiados, la importancia y necesidad de mantener un tratamiento prolongado será menos eficaz. Si en nuestro estudio se hubiera contado con mediadores culturales continuados es posible que los dos pacientes que fueron hospitalizados, y que tuvieron problemas de comunicación, pudieran haber sido manejados en otro entorno sanitario³⁵.

Otro aspecto interesante en la problemática de tipo de tratamiento es el

alcoholismo. En este estudio los pacientes que requirieron ingreso hospitalario tuvieron contacto con el **alcohol**, pero hubo otros (aparentemente en las mismas circunstancias) que pudieron continuar tratamiento ambulatorio. En general, los factores sociales se categorizan para poder ser estudiados.

En la mayor parte de los pacientes muchas circunstancias sociales coexisten y es difícil establecer cuál es la importancia relativa de cada una de ellas. En este sentido³⁵ algunos autores señalan que el abuso del alcohol y la indigencia (conjuntamente) son factores que se asocian a un mal cumplimiento terapéutico.

En este entorno tan complejo, ¿qué papel puede desempeñar el TSS? La tuberculosis es una enfermedad que en la actualidad tiene cura. El tratamiento prolongado, los efectos secundarios y los factores sociales de riesgo son variables que influyen en el cumplimiento del tratamiento.

La presencia del TSS en los protocolos de intervención de este tipo de pacientes aporta, a la valoración del enfermo, un enfoque integral de su situación, determinando no solo los condicionantes sociales de riesgo, que pueden ser un motivo de abandono del tratamiento, sino también, garantizando el apoyo que dé respuesta a las necesidades psicosociales que puede generar la enfermedad tanto en el paciente como en su familia. Debe subrayarse que el papel del TSS puede ser determinante, trabajando de manera multidisciplinar con otros profesionales sanitarios y mediadores culturales, en reducir el porcentaje de pacientes que requieren TDO o ingreso hospitalario porque se ha visto que los sistemas de control de tratamiento con seguimiento más estrecho, como el TDO, no siempre son efectivos³⁶ En cualquier caso, también se ha descrito que aunque sea inevitable el ingreso hospitalario, el papel del TSS juega un papel muy importante en el acompañamiento del paciente en el proceso potenciando el vínculo terapéutico³⁷.

Por otra parte la aplicación de protocolos y procedimientos aporta rigurosidad a la intervención del TSS y son un instrumento común que homogeneiza la intervención de los profesionales³⁸.

Limitaciones del estudio:

1. El tamaño muestral. Una de las razones de la falta de potencia estadística es el bajo número de pacientes analizados. El incumplimiento del protocolo ha sido una de las razones.

2. En relación con lo anterior, un mayor tamaño muestral hubiera permitido extraer más conclusiones de los subgrupos de pacientes, por ejemplo, las mujeres.

3. El diseño del estudio es retrospectivo. Este tipo de metodología siempre es inferior a la desarrollada en los estudios prospectivos.

4. El estudio se ha realizado en un área geográfica concreta. Por esta razón los datos no son extrapolables a otras zonas. Sí resultaría interesante poder disponer de la información de estudios similares, en otras áreas geográficas, para poder comparar los resultados.

5. La distribución de las variables sociales se han tratado como categorías excluyentes. Como se ha comentado con anterioridad suelen asociarse varias problemáticas sociales.

6. Hubiera sido de utilidad conocer el desenlace final de los tratamientos mediante un seguimiento individualizado. El ingreso hospitalario, por ejemplo, invita a pensar que se concluyó el tratamiento pero desconocemos si otras circunstancias lo han impedido.

- **CONCLUSIONES**

Apoyando lo descrito en la literatura, ciertos factores sociales se asociaron a la necesidad de un mayor control del seguimiento de la TBC, requiriendo incluso ingreso hospitalario. Estos factores fueron el género masculino, la inmigración, la pobreza (incluida la indigencia), la falta de un entorno familiar estable, la situación de irregularidad, las deficiencias en la comunicación y el alcoholismo.

En base a esto, el perfil de un varón de origen africano, sin ingresos propios, indigente o viviendo con un grupo de amigos, no regularizado, con problemas de comunicación con el entorno sociosanitario y con consumo alcohólico actual o pasado, es más probable que requiera un TDO o ingreso hospitalario para continuar el tratamiento en la provincia de Tarragona.

8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN E INNOVACIÓN.

La falta de cumplimiento de los protocolos es una realidad que ha quedado reflejada en la discusión de este estudio, conllevando a una menor intervención en los pacientes de TBC a pesar de tener establecido un procedimiento interno del hospital. Esta situación, me obliga a plantearme la necesidad de hacer difusión del procedimiento al

equipo asistencial (médicos, enfermeras, residentes, estudiantes de medicina...etc) con el objetivo de poner en conocimiento la existencia del mismo para se aplique en todos los casos que ingresen en el hospital con TBC. Para ello se realizará sesiones divulgativas del procedimiento en los Servicios de Medicina Interna y Neumología. (Anexo II)

Por otra parte, el procedimiento del hospital es muy genérico y compete a los distintos profesionales que intervenimos en la atención al paciente con TBC (auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos...etc).(Anexo III). Dado que este se ha de realizar la revisión y actualización del mismo aprovecharé tal circunstancia, para realizar un protocolo específico de la intervención del trabajador social sanitario y el paciente ingresado con TBC y sus familias.

Para divulgar los resultados del estudio, se realizará una sesión clínica en la Unidad de Trabajo Social y otra en el Servicio de Medicina Interna y Neumología. Por otra parte, se realizará un artículo para enviar a una revista de Trabajo Social Sanitario con el objetivo de ser publicado.

Programas educativos para la prevención y el control de la TBC.

Programas para fomentar la participación comunitaria para la promoción de la salud.

Programa de voluntariado hospitalario para el acompañamiento a pacientes con tratamiento de TBC a las consultas.

9. NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

La realización de este estudio ha generado que me plantee nuevas líneas de investigación, como por ejemplo, realizar un estudio multicéntrico para comparar los datos y el tipo de perfil con otros hospitales de Cataluña. También me gustaría conocer si el recurso al alta garantizó el cumplimiento terapéutico o por el contrario hubo

abandonos y en el caso de haberlos cuales fueron los motivos o condicionantes que los generaron.

Por otra parte, me gustaría realizar un estudio más específico de la intervención del trabajador social sanitario y estaría orientado a conocer las dificultades que presentan este tipo de pacientes durante el ingreso hospitalario y la tipología de apoyo facilitada por el trabajador social sanitario.

También podrían realizarse otros estudios como por ejemplo:

Estudios conjuntos con atención primaria sobre la detección del paciente con TBC.

Estudios de contactos, prevalencia de casos infectados en la familia, en el trabajo, en los amigos.

Estudios de tuberculosis en menores.

Estudios europeos para comparar tipología de pacientes y utilización de recursos al alta para garantizar el tratamiento.

Ensayos clínicos para crear una vacuna para la TBC.

Ensayos clínicos con nuevos fármacos.

Bibliografía: