

Por todo esto, la mayoría de los que nos ocupamos de la TB somos conscientes de la necesidad de asegurar que el paciente cumpla correctamente el tratamiento y buscamos las estrategias más adecuadas a cada enfermo y a sus circunstancias para conseguirlo. Creemos que no existen normas generales válidas, aunque hay recomendaciones básicas, señaladas por los autores¹, que son aceptadas universalmente, tales como el uso de tratamientos cortos, fármacos asociados, reducir todo lo posible los trámites burocráticos para visitar a los pacientes, pactar con él las fechas y horarios de las visitas, explicación paciente y adecuada de las pautas de tratamiento y de las posibles reacciones adversas, etc. Ahora bien, otras recomendaciones de estos autores, válidas en Jerez de la Frontera, han fracasado cuando nosotros las hemos usado en Barcelona y su Área Metropolitana, donde desplazarse para ser visitado puede ocupar toda una mañana: la información y mentalización de los pacientes alcohólicos, indigentes, usuarios de drogas, etc. las consideramos utópicas, y casi lo mismo nos pasa con inmigrantes de África central y oriental, China, Extremo Oriente, Kurdistán y otros, con los que habitualmente existen barreras idiomáticas difíciles de eludir; muchos de nuestros enfermos carecen de lazos familiares efectivos en los que buscar apoyo, etc.

Con esta experiencia, y habiendo observado los magníficos resultados que obtuvo de March Ayuela en nuestro centro en los años 1980 con el TOD en indigentes, hemos sido siempre partidarios del TOD y hemos conseguido que desde el año 1993 funcione una unidad de tratamiento supervisado en el programa de prevención y control de la tuberculosis en Cataluña con un equipo de tratamiento ambulatorio incentivado y otro en internamiento con 50 camas. Llevamos tratados a más de 600 enfermos incumplidores o recalcitrantes o con factores de riesgo de mala colaboración, lo que da base para defender:

1. El TOD es una actividad que supone un importante ahorro económico al sistema de salud. Las tarifas actuales de la unidad son: en régimen de internamiento 12.600 ptas./enfermo con sida y 8.800 si no tiene sida, y en régimen ambulatorio son unas 2.500 ptas., que contemplan la totalidad del coste: fármacos, exploraciones complementarias, incentivos, asistencia social, desplazamiento del terapeuta, etc. Como esta actividad evita o reduce mucho los ingresos y visitas de estos pacientes a hospitales de alto nivel tecnológico, de coste mucho más elevado, el ahorro es evidente.

2. El impacto del TOD en la prevención de la transmisión del bacilo, y en especial del bacilo farmacorresistente, es importante.

3. El TOD no necesita ninguna infraestructura especial ni compleja.

4. Hasta el momento actual no se ha tenido la necesidad de obligar a nadie a tratarse. Se ha tenido suficiente con la persuasión y el estímulo psíquico del incentivo, que es idóneo para la mentalidad de muchos de estos enfermos.

Actualmente en Cataluña, además de en esta unidad del programa, el TOD se utiliza sistemáticamente en los centros penitenciarios, en muchos centros de atención a usuarios de drogas, generalmente asociado a la ingesta de metadona, y en algunos hospitales psiquiátricos y geriátricos. Durante el año 1996, se han tratado en TOD unos 500 enfermos, el 20% de la morbilidad detectada. En nuestra opinión, que se apoya en los resultados conseguidos en Baltimore y Nueva York^{2,6}, se debería ampliar más y llegar a cubrir la totalidad de los casos en tratamiento.

Por último, cabe señalar que el TOD que usamos es de régimen diario, incluso festivos. El TOD intermitente, con un 75% de alcohólicos, no lo consideramos adecuado, pues estos enfermos son muy difíciles de recuperar si no se detecta en 24 h el incumplimiento.

J. Alcaide*, M.N. Altet* y J. Pascual**

*Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis de Barcelona. **Unidad de Tratamiento Supervisado de la Tuberculosis.

1. Lobo Barrero CA, Pérez Escolano E. Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados. Arch Bronconeumol 1997; 33: 588-590.
2. Ausina V. Tuberculosis multirresistente. Puntualizaciones y reflexiones sobre un tema polémico y de candente actualidad [editorial]. Med Clin (Barc) 1996; 106: 15-18.
3. Alcaide J, Altet MN, Pascual J, Albiñana C, Parrón I, Maldonado J et al. Resultados de una unidad de tratamiento observado directamente (TOD) de tuberculosos no colaboradores. XXIX Congreso Nacional de la SEPAR, Murcia. Arch Bronconeumol 1996; 32 (Supl 2): 46.
4. Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, Pascual Torramadé J. Terapia de observación directa de la tuberculosis. FMC 1996; 3: 506-513.
5. Chaulk CP, Moore-Rice K, Rizzo R, Chaisson RE. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. JAMA 1995; 274: 945-951.
6. Frieden TR, Fujiwara PI, Washoko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City—turning the tide [artículo especial]. N Engl J Med 1995; 333: 229-233.

Sr. Director: Hemos leído la carta de Alcaide et al, referente al trabajo sobre "El tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados"¹, y agradecemos la lectura del mismo y las puntualizaciones realizadas.

El objetivo principal de nuestro trabajo ha sido valorar los motivos del elevado número de abandonos del tratamiento, analizando las posibles causas del mismo, observadas desde un centro de prevención y control de la tuberculosis (TBC) (CPCT) que anualmente controla unos 150 nuevos casos.

Nuestra situación lógicamente no puede ser extrapolable a la de Barcelona, y de nuestro trabajo se deduce que no todas las causas de abandono son imputables al paciente, ya que muchos de los abandonos son previsibles y evitables si médicos y administración sanitaria ponen en práctica las medidas individualizadas elementales y no costosas que en el trabajo se indican; con las mismas pueden obtenerse perfectamente cifras de abandono inferiores al 10% en los enfermos de toda el área y por debajo del 3% en los enfermos directamente controlados por el propio CPCT, cifra esta última similar a las pérdidas o abandonos en los tratamientos directamente observados (DOT)².

Para ese pequeño número de incumplidores es para los que desde este CPCT vemos la única indicación clara de tratamientos DOT, y así se lo hemos expuesto a nuestra administración para que valore la necesidad de su implantación y la ubicación más adecuada según la zona donde se concentran los abandonos.

En cuanto a la extensión obligada del tratamiento DOT de la TBC a todos los enfermos, suponemos que es un error o lapsus, ya que la indicación de este tipo de tratamiento debe ser siempre muy individualizada, ofertada y aceptada voluntariamente a los que presenten situación de abandono o claro perfil de incumplidor con probada falta de adherencia al tratamiento normal e incluso a la terapia supervisada semanal.

La falta de obligatoriedad, las graves molestias que puede causar a muchos pacientes la toma diaria y puntual de los fármacos en presencia de personal sanitario, la necesidad de infraestructura y de personal hacen que en estos momentos veamos los tratamientos DOT, extendidos a todos nuestros pacientes, como una medida innecesaria e incluso irrealizable legalmente.

La cifra de curaciones que se obtendrían en la totalidad de los pacientes sería muy similar a la obtenida en la consulta de una unidad monográfica o incluso en consultas de otro tipo que realicen un buen control y seguimiento de sus pacientes con la desventaja de su mayor coste.

Por el contrario, en los pacientes incumplidores con el perfil ya señalado en nuestro trabajo comprendemos y apoyamos el entusiasmo de Alcaide et al, ya que efectivamente es el mejor método para impedir los abandonos de tratamiento.

C.A. Lobo Barrero y E. Pérez Escolano
Servicio Andaluz de Salud, Hospital de Jerez.
Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis, Jerez de la Frontera.

1. Lobo Barrero CA, Pérez Escolano E. Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados. Arch Bronconeumol 1997; 33: 588-590.
2. Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, Pascual Torramadé J. Terapia de observación directa de la tuberculosis. FMC 1996; 3: 506-513.