

Haciendo camino

M. Luisa Sánchez Benítez¹

M. Rosa Fernández Fernández²

¹Médica responsable

²Trabajadora Social
Unidad de tuberculosis
del Distrito Sanitario
Poniente
El Ejido
Almería

Las migraciones masivas y la facilidad para realizar desplazamientos por el mundo no son fenómenos coyunturales que desaparecerán en unos meses. Los datos económicos y demográficos de los países africanos indican que es muy posible que estemos ante el principio de un movimiento migratorio que podría convertirse en uno de los mayores de la historia. Esto sólo se podrá contrarrestar si los países africanos logran un crecimiento económico sostenible que les permita absorber su vertiginoso crecimiento demográfico.

Intentar luchar contra las causas de la emigración, estableciendo los cimientos de un continente africano más próspero, sería la estrategia más eficaz a largo plazo, pero deberá acompañarse de otras a medio y corto plazo para afrontar el creciente potencial migratorio que probablemente aflore¹.

A corto plazo, iniciativas en el campo de la salud en algunos distritos sanitarios han conseguido que enfermedades infecciosas transmisibles por vía respiratoria, estén en una situación controlada, sin llegar a crear alarma social. Hablamos de la tuberculosis (TB), ya que pese a tener tratamiento curativo, éste tiene particularidades (resistencias farmacológicas, dificultad de seguirlo por la complejidad y los efectos secundarios) que en una población con diferencias sociales y culturales que dificultan su correcto cumplimiento, facilita la transmisión de la infección.

El control de la TB no depende estrictamente del enfoque clínico, la implicación multidisciplinar es imprescindible para abordar esta enfermedad. Los inmigrantes acuden por motivos económicos y las ofertas laborales más frecuentes están en el sector agropecuario. Estos factores sociales condicionan retrasos en acudir al sistema sanitario y por tanto en el diagnóstico de la enfermedad y abandono de tratamientos por la elevada movilidad en función de las campañas agrícolas que difícilmente abarcan los 6 meses mínimos de un tratamiento correcto. En este contexto la coordinación clínico epidemiológica entre las administraciones de distintas ciudades es imprescindible.

En el Distrito Poniente de Almería la situación existente se caracterizaba por un deficiente control del enfermo tuberculoso (demora en el diagnóstico, escaso control de contactos, falta de continuidad asistencial, incremento de casos entre inmigrantes) junto a las peculiaridades

geográficas (cortijos dispersos con escasa accesibilidad a centros sanitarios) y gran movilidad de la gente en función de las campañas de trabajo.

En esta situación, la Dirección del Distrito crea una Unidad de Tuberculosis (UTB) en el ámbito de la Atención Primaria (diciembre 2001) dentro del Programa de Control de Enfermedades Transmisibles. El objetivo de la misma es mejorar el control de la TB en el Distrito Sanitario Poniente de Almería.

Sus integrantes son una Médica de familia (Responsable del Programa), una Enfermera y una Trabajadora Social.

Las funciones se han ido adaptando a la realidad encontrada:

- Seguimiento y control de pacientes diagnosticados de TB. Realizando supervisión directa del tratamiento ya que más del 70% de los casos seguidos en la unidad son inmigrantes.
- Estudio de Contactos en adultos y Estudio de contactos en niños < 15 años (Protocolo Pediatría).
- Detección y seguimiento de los pacientes en tratamiento de infección tuberculosa latente (TITL), controlando la adherencia al TITL.
- Estudio de enfermedad tuberculosa.
- Detección precoz de situaciones de riesgo social asociadas a los enfermos con TB.
- Trabajar aspectos relacionados con adherencia, educación para la salud y agentes comunitarios de salud (ACS).
- Promocionar circuitos para mejorar la continuidad asistencial (ingresos involuntarios en casos de abandono del tratamiento).
- Establecer circuitos para garantizar la mejora continua de calidad asistencial en los casos en los que los pacientes se trasladan de una Comunidad Autónoma a otra.
- Actividades de Investigación y Docencia (biología molecular, ACS).

La metodología de trabajo, tanto para enfermos de TB como para los convivientes de riesgo consiste:

- Captación del enfermo principalmente a través del Hospital de Poniente, y en menor porcentaje de los

Correspondencia:

Maria Luisa Sánchez Benítez

Unidad de tuberculosis
del Distrito Sanitario
Poniente

CS de Santa María
del águila

04700 El Ejido, Almería

E-mail:

marisasanchez1@yahoo.es

Centros de Salud del Distrito y de Epidemiología. En todos los casos en la primera aproximación los pasos que se realizan son:

- Presentación del equipo de TB y del agente comunitario de salud.
- Recogida de datos socio-sanitarios.
- Valoración clínica y de indicadores de no-adherencia.
- Conocer convivientes de riesgo.
- Entrega de carpeta de salud. Documento en el que se refleja el diagnóstico, la pauta de tratamiento y quién realiza la supervisión.
- Si el enfermo está ingresado se coordina la planificación del alta hospitalaria. Previo a la misma se localiza el domicilio del enfermo y se valora si las condiciones socioeconómicas y de habitabilidad son adecuadas para realizar el aislamiento respiratorio. Allí se identifica a los convivientes y se inicia el estudio de contactos.
- La experiencia nos va dando habilidades para ganar la confianza del paciente y poder visitar el lugar donde habita pese a que él continúe ingresado. Por otro lado, mantener ingresos hospitalarios por motivos sociales evidencia la necesidad de hospitales de media y larga estancia.
- Al alta se avisa telefónicamente y se envía un fax con el informe de diagnóstico y pauta de tratamiento a la UTB entregando al paciente medicación suficiente hasta el día en que sea visitado por la unidad.
- En el domicilio del enfermo se supervisa el tratamiento teniendo en cuenta:
 - Identificación de factores de no-adherencia al tratamiento e intentar eliminarlos.
 - Valoración clínica, adherencia y tolerancia al tratamiento.
 - Cumplimentación de la ficha social.
 - Valoración de la situación socioeconómica del enfermo y de su núcleo de convivencia.
 - Educación para la Salud.
 - Asignación de un cuidador dentro de su núcleo de convivencia.
 - Entrega de medicación empaquetada en bolsas unidosis.
 - Control del estado de salud del paciente facilitándole las citas necesarias para el seguimiento de su proceso de salud.
 - Acompañamiento al paciente al hospital.
 - Aplicación de recursos sociales a los problemas planteados y detectados.
- En el estudio de contactos se realiza:
 - Identificación de tiempo de exposición con el enfermo.
 - Factores de riesgo del núcleo de convivencia.
 - Identificación de antecedentes personales relacionados con la TB.
 - Anamnesis dirigida y exploración clínica.
 - Mantoux y radiografía de tórax.

- Pauta de tratamiento y supervisión de la misma hasta el cierre de los casos.
- Los tratamientos antituberculosos tienen una duración mínima de 6 meses y se pueden prologar hasta más de un año en casos de resistencias, meningitis tuberculosas o TB complicadas. La UTB envía a epidemiología las notificaciones siguientes:
 - Notificación del alta por curación o por tratamiento completado.
 - Notificación de traslados de pacientes, aunque nuestro equipo no pierde el contacto con el enfermo.
 - Notificación de abandonos de tratamiento.
 - Notificación de defunción de enfermos con TB y la causa por TB o por otra causa que tuviese asociada a la enfermedad.

Además de la labor asistencial, la UTB del Distrito Sanitario Poniente de Almería participa en los estudios del observatorio de la TB de Almería.

Investigaciones en el campo de la biología molecular, encaminadas a conocer cuáles son las mejores estrategias para la prevención y control de la TB importada y conocer su repercusión en la población autóctona se están llevando a cabo dos contextos de marcadas diferencias socio-epidemiológicas: Madrid capital (con población extranjera de Ecuador, Marruecos, Rumania y Perú) y Almería (con población extranjera de Marruecos y África subsahariana (Grupo indalTB)).

Se intuyen rutas de transmisión de esta enfermedad, encontrando casos de transmisión entre personas de distintos países que comparten prácticas de riesgo, difícilmente confesables en un primer momento. Debido a la dinámica de trabajo de la UTB, a lo largo de la supervisión del tratamiento se va dando más información llegando a reentrevistar en distintos momentos al mismo sujeto y llegando a comprobar relación entre los sujetos que comparten una misma cepa.

La introducción de la biología molecular en el estudio transmisión de TB puede suponer una mejora en el abordaje del estudio de contactos, y ha permitido detectar transmisiones de cepas, dentro del colectivo inmigrante, y entre extranjeros y autóctonos que pueden pasar desapercibidos con el enfoque tradicional².

A partir de septiembre de 2004 la UTB trabaja colaborando con dos agentes comunitarios de salud, mujer marroquí y varón senegalés. La formación de agentes comunitarios de salud (ACS) capaces de servir de vías de transmisión entre las comunidades de origen y el Sistema Sanitario, ayuda a detectar problemas de salud no expresados. Puede identificar las barreras de comunicación, no estrictamente idiomáticas, entre profesionales sanitarios e inmigrantes³. Se ha asociado como factor de riesgo de mal cumplimiento de tratamiento a la variable inmigrante, sin embargo la experiencia de trabajar con agentes comunitarios ayuda a aclarar que la identificación de estas barreras, están relacionadas con el mejor cumplimiento de tratamiento. El ACS será una parte vital en el desarrollo de la estrategia para el cambio social⁴. La figura del mediador intercultural ayuda en la comunicación,

da mensajes de educación para la salud, y contribuye a evitar abandonos de tratamiento.

Recomendaciones

Dado el cambio demográfico que se está impulsando en España y en Europa sería conveniente, a raíz de la experiencia de este equipo de TB, aplicar este tipo de estrategias, en lugares en los que se den condiciones parecidas a esta, elevado número de inmigrantes que viven en condiciones socio económicas deficitarias, inmigrantes económicos cuya prioridad no es la salud, tal como se presenta en un artículo de este mismo número de Enfermedades Emergentes⁵.

Bibliografía

1. Sandell R. *Demografía, población y migraciones internacionales*. Real instituto Elcano.
2. *Proyectos de investigación en curso financiados por el FIS* (exp. PI 03-0986 y PI 03-0654), Junta de Andalucía (exp.248-03).
3. *Proyecto de investigación en curso financiado* (exp. 11036:Fundación Progreso y Salud.).
4. Ospina JE. *Enf Emerg* 2004;6(4)268-76.
5. Claveria Guiu I, Serre N, Coma N, Treviño B, Gómez i Prat J. Impacto de la participación del agente comunitario de salud (ACS) en la prevención de la tuberculosis importada en la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes (UMTSID). *Enf Emerg* 2006;8(3)173-8.