Datta S, Saunders MJ, Tovar MA, Evans CA.
Mejora del diagnóstico de tuberculosis: ¿mejores pruebas o mejor atención médica?
*PLoS Medicine* 2017;14(10):e1002406. doi: 10.1371/journal.pmed.1002406. eCollection 2017 Oct.
Open Access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29040271>

**RESUMEN**

La tuberculosis (TB) es una enfermedad prevenible y curable, pero mata a más personas que cualquier otra infección. Muchas personas con TB nunca son diagnosticadas y las que son diagnosticadas a menudo están enfermas y contagiosas durante muchas semanas o meses antes de que se haga un diagnóstico. Las barreras para el diagnóstico de TB están bien descritas, y a menudo incluyen la pobreza; estigma; marginación síntomas indolentes, inespecíficos; y pruebas de diagnóstico de bajo rendimiento. Sin embargo, a pesar de su papel central en el diagnóstico de TB, los proveedores de atención médica han sido objeto de sorprendentemente poca investigación . Esta semana en PLOS Medicine, Sylvia y sus colegas informan hallazgos con importantes implicaciones para la eliminación de la TB. Capacitaron y enviaron "pacientes estandarizados" simulados, también conocidos como "clientes misteriosos", a proveedores de atención médica en clínicas comunitarias, centros de salud municipales y hospitales de condado en China y descubrieron que la atención brindada en 274 consultas difería mucho de las recomendaciones de TB. Los pacientes estandarizados informaron síntomas clásicos de tuberculosis, pero solo el 15% de los proveedores mencionaron la tuberculosis, y solo el 41% de los proveedores evaluaron o derivaron a los pacientes según lo recomendado para la tuberculosis. Estas diferencias entre la política y la práctica fueron especialmente marcadas en las clínicas de la aldea donde se proporcionó la mayor parte de la atención, y las simulaciones sugirieron que un sistema propuesto de derivación administrada con control a nivel de la clínica de la aldea reduciría aún más el manejo correcto, todo lo cual resulta incómodo leyendo.

**La "brecha de saber hacer"**

Quizás el aspecto más notable de este estudio es que, aunque los proveedores generalmente no manejaban a los pacientes con síntomas típicos de TB como se recomendaba, cuando a los médicos de pueblos y ciudades se les presentaban los mismos síntomas descritos en viñetas clínicas, el 81% se manejaba de acuerdo con las recomendaciones de TB. Por lo tanto, como en la investigación previa de los autores, los proveedores generalmente parecían saber qué políticas recomendaban, pero en la práctica generalmente hacían algo bastante diferente. Esta "brecha de conocimiento" es una observación común en los estudios de mejora de la calidad, y la investigación para comprender las razones es una prioridad para la eliminación de la tuberculosis. Cerrar la brecha de conocimientos de TB seguramente será más complejo que la transferencia de conocimiento y debería considerar las limitaciones de los sistemas, los factores ambientales y las experiencias personales que afectan el comportamiento humano.

**Prueba de tuberculosis brecha política-práctica**

Las políticas de TB generalmente recomiendan pruebas de esputo para diagnosticar TB pulmonar, mientras que en este estudio, las radiografías fueron más populares. Esta brecha entre políticas y prácticas es más compleja que un déficit en la práctica, en parte porque las pruebas de TB de esputo tienen más probabilidades de ser estigmatizadas y son menos sensibles que las radiografías. Los proveedores dijeron que harían la prueba de esputo recomendada, que es específica pero insensible, mientras que en la práctica hicieron radiografías más sensibles pero menos específicas. Entre las posibles explicaciones, los autores discuten la posibilidad de conflictos de interés que alientan las pruebas y los tratamientos que benefician financieramente a los proveedores. Si existen tales conflictos de intereses, entonces deben divulgarse y eliminarse con urgencia, pero no se presenta evidencia de que sean comunes. Quizás lo más importante es que estos proveedores probablemente no se centraron en las pautas de diagnóstico de TB (que priorizan las pruebas de esputo), sino que intentaron establecer qué estaba mal con las personas enfermas (lo que puede facilitarse más con una radiografía que con una prueba de TB de esputo). Necesitamos una investigación adicional y específica para comprender mejor por qué los proveedores dijeron que harían las pruebas de TB recomendadas pero, a pesar de su disponibilidad, optaron por hacer otras pruebas. Es posible que sea necesario cambiar las recomendaciones, es posible que las pruebas de TB de esputo se ofrezcan de una manera más accesible y aceptable, y que se deban desarrollar intervenciones para ayudar a las políticas basadas en evidencia a impulsar la práctica.

**¿Mala calidad o atención en el mundo real?**

Debido a que no coincidía con las recomendaciones, Sylvia y sus colegas describen la atención que generalmente se brinda como "incorrecta" y de "mala calidad" con frecuentes "déficits de calidad". Pero, ¿es esta investigación realmente una exposición de proveedores que no hacen lo que deberían o de políticas subóptimas y de pruebas proporcionadas de manera subóptima? Los médicos de atención primaria pueden ver a varios pacientes por día cuyos síntomas pueden ser causados ​​por la TB, pero ven a un nuevo paciente con TB solo cada pocos meses o años. Como afirman los autores, en la mayoría de los entornos del mundo real, incluso los síntomas clásicos de TB informados por los pacientes estandarizados en la mayoría de los casos serían causados ​​por una simple infección en el pecho, no por TB. ¿Los proveedores a veces tenían razón al tratar a los pacientes estandarizados inicialmente como una simple infección torácica, suponiendo que los pacientes regresarían si tuvieran una enfermedad menos común y persistente como la tuberculosis? ¿Los proveedores consideraron que la TB es un diagnóstico posible (como parece sugerir los resultados de la viñeta clínica) pero no mencionaron o actuaron sobre esta posibilidad poco probable durante las primeras consultas para evitar causar costos y estigma a los pacientes? La investigación futura debería abordar una limitación clave de este estudio al incluir consultas de seguimiento con pacientes estandarizados, lo cual es importante porque los proveedores pueden comportarse de manera diferente cuando los pacientes regresan con síntomas persistentes porque su enfermedad no fue abordada adecuadamente en su primera consulta. Es importante destacar que la prueba de TB de esputo debe estar disponible en un entorno local descentralizado, sin causar insatisfacción del paciente debido a costos directos o indirectos , y también debe estar disponible de manera discreta para evitar la estigmatización, el miedo y la marginación que afectan la vida social del paciente y empleo. Esto puede lograrse al permitir que los proveedores envíen esputo directamente para una “microscopía rápida con ácido” en lugar de derivar a las personas para una nueva evaluación por un programa de TB distante. Estas optimizaciones simples de cómo se ofrecen las pruebas de TB deberían ayudar a los proveedores a seguir las recomendaciones de TB, facilitando las pruebas de TB de esputo tempranas de todos los pacientes con tos prolongada y al mismo tiempo acomodando las necesidades y prioridades de los pacientes, la gran mayoría de los cuales no tienen TB.

**Programas de tuberculosis que facilitan la atención integrada**

Los hallazgos de Sylvia y sus colegas resaltan la necesidad de integrar mejor el diagnóstico de TB con algoritmos de atención primaria y con las prioridades de la cobertura universal de salud. La TB es poco común y tiene síntomas inespecíficos, por lo que la búsqueda de casos de TB puede ser más útil mediante la inclusión reflexiva de las pruebas de TB integradas en las vías de atención primaria en lugar del énfasis actual en políticas programáticas separadas de búsqueda de casos de TB. Además, la asistencia sanitaria moderna se ve afectada por una plaga de pautas, políticas, recomendaciones, estándares internacionales y algoritmos. Estos tienen poca concordancia, calidad variable, base de evidencia inadecuada y sistemas de actualización inconsistentes, pero están unificados por una complejidad que perjudica la utilidad. Los generalistas que deben diagnosticar y atender a la gran mayoría de las personas con TB necesitan políticas simples, pragmáticas y sindrómicas para respaldar la atención integrada de las personas que experimentan síntomas más que múltiples pautas específicas de la enfermedad.

**El largo viaje hacia el diagnóstico de tuberculosis**

Pocos individuos que trabajan con personas que viven con TB se sorprenderán con estos hallazgos, ya que muchos pacientes con TB experimentan repetidas oportunidades perdidas para el diagnóstico de TB, lo que a menudo causa un empeoramiento de la enfermedad y contagio a otros. Además, las encuestas de prevalencia han demostrado que muchas personas que tienen la enfermedad de TB no se han comprometido con los proveedores de atención médica. Por lo tanto, la participación de la comunidad será importante para aumentar la conciencia y la responsabilidad del proveedor, así como para fortalecer el sistema de salud y abordar los determinantes sociales de la TB y el acceso a la atención de la TB.

**Política de tuberculosis para el mundo real**

Quizás el mayor valor de esta investigación trascienda los puntos anteriores. Una encuesta de publicaciones de investigación de TB o la agenda de conferencias de TB dan la impresión de que la eliminación de TB depende del desarrollo de mejores pruebas y píldoras, mientras que los documentos de política de TB describen comprensiblemente un modelo perfecto de atención óptima. Se debe elogiar a Sylvia y sus colegas por resaltar y caracterizar la profunda discordia entre estos objetivos actualmente irrealizables, en contraste con la experiencia del mundo real de las personas con síntomas típicos de TB que es poco probable que reciban pruebas de TB tempranas. La tuberculosis afecta principalmente a las personas más pobres que reciben atención en lugares de escasos recursos. Por lo tanto, para ser efectivos, las mejores pruebas, píldoras y políticas de TB deben integrarse con intervenciones que aborden los factores que limitan el acceso a la atención de TB y requieren urgentemente un mayor énfasis en evaluar y mejorar la atención de TB como un componente integrado de la atención médica básica que las personas reciben en el mundo real.