



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/91 - MANEJO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR SIN ADHERENCIA TERAPÉUTICA: TERAPIA DIRECTAMENTE OBSERVADA (TDO)

L. Sáinz de la Maza Herrero<sup>1</sup>, D. Ferrer Pargada<sup>2</sup>, A. Muñiz Abecia<sup>3</sup>, R. Navas Pariente<sup>4</sup>, N. Huarachi Berne<sup>1</sup>, R. López Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>2</sup>Neumólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 21 años originario de Gambia. Fumador, bebedor, consumidor de cannabis y cocaína. Fue diagnosticado de tuberculosis pulmonar en Suecia donde recibió tratamiento, sin saber precisar durante cuánto tiempo y que posteriormente abandonó. Tras ello viajó a España, Cuenca, donde acudió al hospital por persistencia de fiebre, y retomó el tratamiento con 4 drogas. Tras 19 días de tratamiento, y a petición del paciente, se le dio el alta para seguimiento por seguro médico privado que decía tener, volviendo a incumplir la terapia. Actualmente vive en Torrelavega como indigente frecuentando albergues. Consulta al HUMV por fiebre, pérdida importante de peso y expectoración marronácea.

**Exploración y pruebas complementarias:** General: afebril, estable hemodinámicamente, buena saturación. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en mitad inferior del hemitórax derecho. Analítica: PCR de 12 mg/dL; LDH de 319 UI/L. Anemia de trastornos crónicos. Radiografía tórax: Aumento de densidad en lóbulo superior derecho con broncograma aéreo, pérdida de volumen en dicho hemitórax y cavitación central. Condensación en lóbulo superior izquierdo. Cultivo de esputo: bacilos ácido alcohol resistentes. Test de resistencia a rifampicina: negativo.

**Juicio clínico:** Tuberculosis pulmonar (LSD cavitada y LSI). Problema social. Problema de salud pública.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis pulmonar. Neumonía cavitada. Neoformación broncopulmonar.

**Comentario final:** Se trata de un paciente indigente, sin apoyo social ni tarjeta sanitaria, politoxicómano y con dos abandonos previos del tratamiento. Ante esta situación se decide buscar a través de la asistente social un centro de acogida en el que residirá durante la duración del tratamiento y la gestión del Servicio Cántabro de Salud para una TDO. La TDO consiste en observar al enfermo cómo ingiere la medicación con el objetivo de asegurar su administración y se lleva a cabo a través de personal sanitario cualificado. Es el único método que, realizado correctamente y con una pauta de tratamiento adecuada, garantiza la curación del paciente y evita la aparición de bacilos mutantes resistentes. Se recomienda su empleo cuando el incumplimiento es previsible o el fracaso del tratamiento representa un grave impacto en la comunidad: indigentes, presos, toxicómanos, enfermos multiresistentes, tratamientos intermitentes, abandonos previos y en la infancia. Asimismo, deberá valorarse su aplicación en alcohólicos, pacientes con desestructuración familiar, social o

con problemas de acceso al sistema sanitario. Las principales ventajas de la TDO son la garantía de completar el régimen de tratamiento, la monitorización de posibles efectos secundarios y que la enfermedad deje de ser infecciosa más rápidamente. Como desventajas destacan la posibilidad de ser degradante para ciertos pacientes y el consumo de tiempo y recursos. En resumen, durante el seguimiento de los pacientes con TBC es importante la detección precoz de aquellos con alto riesgo de abandono o con toma errática del tratamiento.

## Bibliografía

González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46(5):255-74.

Caylá AJ. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la UITB. Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. Ministerio de Sanidad y consumo. Med Clin (Barc). 2000;115:749-57.