CÓDIGO: 9/141 COMUNICACIÓN ORAL

TÍTULO

QUIEBRA DE LA LONGITUDINALIDAD EN POBLACIÓN VULNERABLE MIGRANTE: RETOS ASISTENCIALES Y DE SALUD PÚBLICA A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

AMBITO DEL CASO

Multidisciplinar: Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias/Hospitalización.

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor torácico y tos.

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

- Anamnesis: Varón de 35 años, fumador, procedente de Marruecos (10 años en España), con barrera idiomática es derivado a Urgencias por dolor torácico en hemitórax izquierdo de características continuas de 24 horas de evolución, asociado a malestar general, tos con expectoración verdosa y odinofagia de una semana de evolución. Reside en situación de vulnerabilidad extrema en un asentamiento agrícola chabolista.

- Exploración física: Regular estado general, febril (37,6 °C), taquicárdico (130 lpm), TA 103/71 mmHg, eupneico en reposo con palidez mucocutánea. Auscultación pulmonar: crepitantes bilaterales.

- Pruebas complementarias:

  - Analítica: Hemoglobina 13,6 g/dL. Trombocitopenia marcada (56.000/µL). Leucocitos 10.480/µL (79,1% neutrófilos). PCR 102,4 mg/L. Creatinina 0,66 mg/dL. Sodio 130 mEq/L.

  - Microbiología e Inmunodiagnóstico: Antigenuria para neumococo y PCR de virus respiratorios negativas. Serología VIH (Ac+Ag p24) negativa.

  - Estudio de esputo: Tinción de BAAR positiva (++), confirmándose Mycobacterium tuberculosis complex por PCR molecular y cultivo positivo.

  - Radiología de tórax: ICT normal. Infiltrados difusos parenquimatosos compatibles con TBC. Sin atelectasias ni pinzamientos de senos costofrénicos.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Paciente perteneciente a un colectivo de alta vulnerabilidad sociosanitaria derivado de los flujos migratorios, con graves barreras de comunicación, aislamiento familiar y residencia en infravivienda (asentamiento chabolista sin dirección postal ni condiciones de habitabilidad). Estas condiciones condicionan un elevado riesgo para la salud pública comunitaria y dificultan tanto el control de contactos estrechos como el seguimiento tras el alta.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

1. Tuberculosis pulmonar activa bacilífera (BAAR ++).

2. Trombocitopenia e hiponatremia secundarias a proceso infeccioso subagudo.

3. Problemática sociosanitaria: Riesgo de salud pública por habitabilidad precaria y vulnerabilidad de seguimiento.

PLAN DE ACCIÓN

- Ingreso hospitalario: Aislamiento respiratorio estricto en planta de Neumología e inicio de terapia cuádruple fija con Rifampicina 150 mg, Isoniazida 75 mg, Pirazinamida 400 mg y Etambutol 275 mg cada 24h en ayunas durante 2 meses, asociado a suplementación neuroprotectora con vitaminas B1 250 mg, B6 250 mg y B12 500 mcg cada 24h.

- Coordinación Transversal y Transición de Cuidados: Intervención de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) y Trabajo Social para la adscripción al Centro de Salud de referencia, asignación de Médico de Familia y enlace con la EGC comunitaria para seguimiento conjunto sociosanitario.

EVOLUCIÓN

Tras presentar estabilidad clínica y completar el aislamiento hospitalario, el paciente recibió el alta luego de siete días, con pauta farmacológica y citación en consultas externas de Neumología. En el seguimiento posterior se constató una inasistencia iterativa a todas las revisiones programadas, faltando hasta cinco citas de revisión programadas, manteniendo pendientes analíticas y controles radiológicos. Se requirió la activación de protocolos de búsqueda activa comunitarios articulados entre la EGC de Atención Primaria, Trabajo Social y Medicina Preventiva, sin poderse contactar nuevamente con el paciente.

CONCLUSIONES

1. Los flujos migratorios actuales reconfiguran los escenarios clínicos en Atención Primaria, obligando a mantener un elevado índice de sospecha ante enfermedades transmisibles como la tuberculosis pulmonar.

2. La quiebra de la longitudinalidad por inasistencia continuada en pacientes en exclusión social o inestabilidad habitacional amenaza el éxito terapéutico, lo que incrementa el riesgo de resistencias farmacológicas y brotes comunitarios.

3. El Médico de Familia, apoyado en la enfermería gestora de casos y los servicios sociales, resulta fundamental para liderar la re-captación proactiva y el abordaje biopsicosocial continuado en el entorno comunitario.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis Pulmonar; Migrantes; Longitudinalidad.

FIGURAS Y/O IMÁGENES

