

CASO CLÍNICO**Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y mal cumplimiento de la medicación****XAVIER FLOR ESCRICHE**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor asociado y doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona.

Miembro del grupo de respiratorio de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic) y del grupo español de respiratorio de atención primaria (GRAP).

El señor Alberto es un hombre de 67 años, alérgico a la penicilina y al metamizol. Consumidor ocasional de alcohol y fumador de cigarrillos con un índice tabáquico de 53 paquetes-año. Como antecedentes patológicos destaca una hipertensión arterial esencial en tratamiento con enalapril 20 mg/24 h y amlodipino 5 mg/24 h, dislipidemia en tratamiento con atorvastatina 20 mg/24 h, diabetes mellitus de tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg/8 h, cardiopatía isquémica en 2012 que requirió la colocación de dos *stents* farmacoactivos con una fracción de eyección del 45 %, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en tratamiento broncodilatador, diagnosticada hace 3 años.

Si desarrollamos su patología respiratoria vemos que se trata de un paciente con un hábito tabáquico importante desde los 14 años, al que se le ha realizado en múltiples ocasiones consejo antitabaco, pero no quiere dejarlo. Fue diagnosticado de EPOC en 2011 por clínica persistente de disnea y tos. En los últimos años no había presentado cuadros de descompensación de su patología crónica. Se le realizó una espirometría forzada en la que se apreció un volumen espirado máximo en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV₁/FVC) posbroncodilatador del 63 %, con FEV₁ posbroncodilatador del 52 %. La prueba broncodilatadora fue negativa. Se le realizó consejo antitabaco, recomendación de vacuna antigripal y antineumocócica¹, los cuales rechazó reiteradamente. Se le instauró tratamiento con un anticolinérgico de larga duración.

Acude a la consulta 2 años después refiriendo una gonalgia derecha de características mecánicas; en la radiografía de rodilla se confirma una gonartrosis. En este momento aprovechamos para preguntar por sus múltiples patologías. Referente a la EPOC, persiste con el hábito tabáquico e incluso ha aumentado su consumo diario de cigarrillos. La clínica en estos momentos es de disnea de pequeños esfuerzos (mRMC 3)². Se le administra el cuestionario CAT (COPD *Assessment Test*) en el que obtiene 20 puntos, con predominio del apartado donde se refleja el grado de disnea y la limitación de actividades. Solicitamos de nuevo una espirometría forzada con prueba broncodilatadora.

En la visita en la que nos trae la espirometría, realizamos una exploración física donde destaca un paciente con buen estado general, normocoloreado y normohidratado. La presión arterial es de 142/86 mmHg, la frecuencia cardíaca de 84 lat/min,

PUBEPOC - PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y MAL CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

la frecuencia respiratoria de 18 resp/min, la SatO₂ del 96 % (basal) y el índice de masa corporal (IMC) de 23. A la auscultación se objetiva cierta hipofonosis generalizada con algún roncus.

En la espirometría destaca un FEV₁/FVC posbroncodilatador del 60,72 % con un FEV₁ posbroncodilatador del 43 % (1510 ml) con prueba broncodilatadora negativa (fig. 1).

Clasificando al paciente según la guía española de la EPOC (GesEPOC³), y dado que no exacerbaba, se trata de un paciente con fenotipo no exacerbador, donde el predominio de la disnea nos indicaría que puede tratarse de un paciente enfisematoso. Es por dicho motivo por el que se solicitó un estudio con pletismografía y capacidad de difusión de monóxido de carbono. La gravedad fue de tipo moderado según el índice BODEx, con 4 puntos (2 puntos por un FEV₁ posbroncodilatador del 43 % y 2 puntos por presentar un grado de disnea mMRC de 3. Por un IMC = 23 sin exacerbaciones no puntúa).

Según la guía GesEPOC, el tratamiento de elección sería un broncodilatador de larga duración, por lo que, dado que ya lleva un anticolinérgico de larga duración y la clínica no está controlada, se le asocia un β_2 -adrenérgico de larga duración. Lo citamos con la enfermera para educación sanitaria, pero no acude.

Un mes más tarde acude a la consulta por nueva reagudización de su gonartrosis. Aprovechando la consulta, le preguntamos por su clínica respiratoria, que no ha variado. Revisando la medicación crónica autorizada observamos que no recoge habitualmente la medicación prescrita en los últimos 9 meses. Al preguntar el motivo, se entristece y nos comenta que hace más de un año se murió su mujer y desde entonces no tiene ganas de hacer nada, tiene poco interés por la vida cotidiana y pocas ilusiones. Reconoce cuidarse poco, incluida la medicación. Tras la orientación de síndrome depresivo reactivo a fallecimiento de la mujer, iniciamos tratamiento con 10 mg de citalopram y citamos al enfermo para seguimiento⁴.

Pasados unos meses, el paciente se encuentra mejor anímicamente, ha dejado el hábito tabáquico por su cuenta y realiza el tratamiento inhalatorio prescrito. En estos momentos, la revisión de la técnica inhalatoria es buena y la puntuación del CAT ha mejorado, en la actualidad es de 14.

Con este caso se quiere poner énfasis en la importancia de revisar el cumplimiento del paciente y en que puede existir una comorbilidad asociada como la depresión que puede justificarlo. Es necesario el buen control de las comorbilidades del paciente con EPOC, ya que conllevan un mejor pronóstico y calidad de vida⁵.

PARÁMETRO	Pre.	Ref.	%(Pre./Ref.)	Post.	%(Post./Pre.)	%(Post./Ref.)
Mejor FVC (l)	2,37	4,91	48	2,49	5	51
Mejor FEV₁ (l)	1,48	3,55	42	1,53	3	43
FVC (l)	2,33	4,91	47	2,49	7	51
FEV ₁ (l)	1,34	3,55	38	1,51	12	43
FEV ₁ /FVC (%)	57,51	73,03	79	60,72	5	83
FEV ₁ /VC (%)	0,00			0,00		
PEF (l/s)	5,36	9,48	56	5,84	9	62
FEF 75 % (l/s)	0,15	0,85	17	0,16	11	19
FEF 50 % (l/s)	0,68	4,08	17	0,78	15	19
FEF 25 % (l/s)	2,16			2,91	30	0
FEF 25 %-75 % (l/s)	0,49	2,90	17	0,58	15	20
FEF 75 %-85 % (l/s)	0,13			0,12	-7	0
FEV ₁ /PEF (%)	4,16	6,64	63	4,31	3	65
FEV ₁ /FEV ₆ (%)	63,42			67,85	7	0
Índice EPOC (%)	-1,00			-1,00	0	0
Edad del pulmón	117,68			112,32	-4	0

Reproducibilidad: FVC: sí, FEV₁: sí

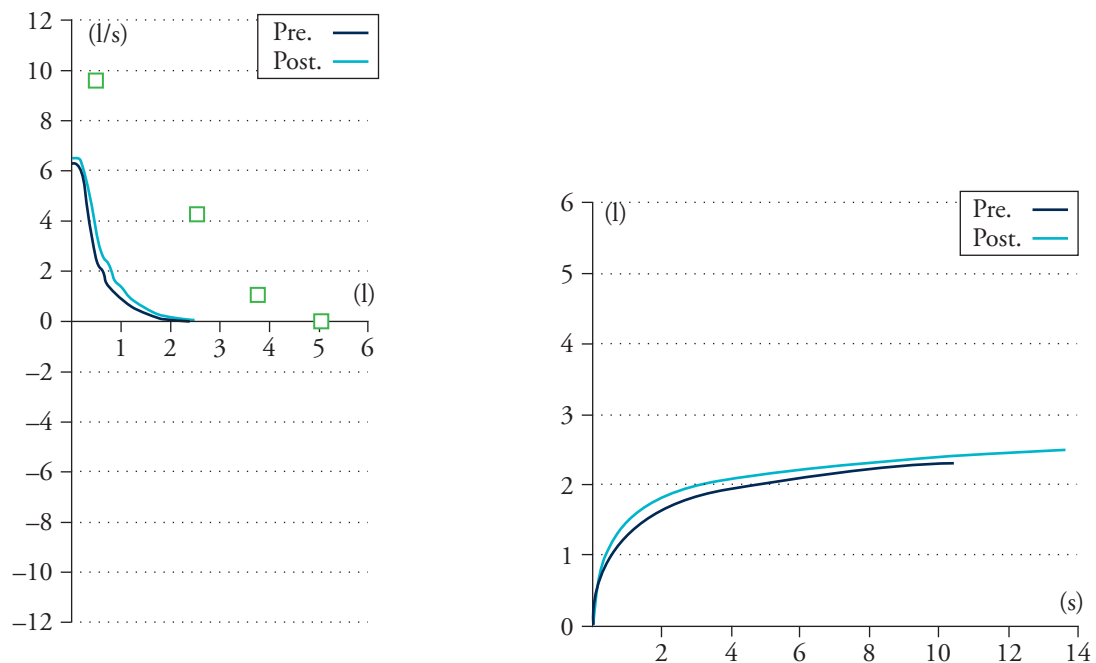


FIGURA 1. Espirometría forzada con prueba broncodilatadora.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEF: flujo espiratorio forzado; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; MMEF: flujo medio mesoespiratorio; PEF: pico espiratorio de flujo; Post.: valor posbroncodilatación; Pre.: valor prebroncodilatación; Ref.: valor de referencia.

Bibliografía

1. Picazo JJ, González-Romo F, García Rojas A, Pérez-Trallero E, Gil Gregorio P, de la Cámara R, et al. Consensus document on pneumococcal vaccination in adults with risk underlying clinical condition. *Rev Esp Quimioter*. 2013;26(3):232-52.
2. Camargo LA, Pereira CA. Dyspnea in COPD: beyond the modified Medical Research Council scale. *J Bras Pneumol [online]*. 2010;36(5).
3. Miravitlles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al, Spanish guideline for COPD (GesEPOC). *J Arch Bronconeumol*. 2014;50 Suppl 1:1-16.
4. Blakemore A, Dickens C, Guthrie E, Bower P, Kontopantelis E, Afzal C, et al. Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;20;9:501-12.
5. Mannino DM, Thorn D, Swensen A, Holguin F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD. *Eur Respir J*. 2008;32(4): 962-9.