

CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y mala adherencia al tratamiento

CRISTINA GARCÍA GONZÁLEZ¹
Y AGUSTÍN MARTÍNEZ GONZÁLEZ²

¹Residente de segundo año de Medicina de Familia. Centro de Salud La Paz-Cruces. Barakaldo (Bizkaia).

²Médico de familia. Centro de Salud La Paz-Cruces. Barakaldo (Bizkaia).

Motivo de consulta

Paciente que acude a consulta a mediados del mes de octubre solicitando un volante para analítica de control semestral.

Antecedentes personales

Varón de 73 años, jubilado de la industria metalúrgica. Exfumador desde hace 20 años, con un índice acumulado de 42 paquetes-año.

Presenta hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y diabetes mellitus (DM) no insulino dependiente, y cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio inferior hace 15 años.

Padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave, conocida desde el año 1998, en tratamiento con triple terapia: anticolinérgico de larga duración (LAMA), administrado con dispositivo Respimat, y una combinación de beta-adrenérgico de larga duración (LABA) y corticoide inhalado (CI), administrado en sistema Accuhaler. Tebutalina a demanda en sistema Turbuhaler.

Fue intervenido de cataratas e hiperplasia benigna de la próstata.

Enfermedad actual

Varón de 73 años, que acude a consulta acompañado de un familiar para solicitar analítica de control, ya que cada día se encuentra más cansado y le cuesta más salir de casa porque se tiene que parar cada 100 metros por disnea. Tosedor habitual de predominio matutino. Vive solo, en un segundo piso sin ascensor.

Al comprobar su historia clínica, vemos que desde hace 2 años no se ha realizado una espirometría.

No nos constan ingresos por agudizaciones. Tras interrogar al paciente nos cuenta que lleva unos 6 meses en Galicia, donde ha continuado tomando la medicación pero de forma irregular. Pedimos al paciente que realice la inhalación directamente del dispositivo y comprobamos que no la realiza correctamente.

Exploración física

El paciente está consciente y orientado. No presenta cianosis. La saturación de oxígeno (SaO₂) es del 93%. Eupneico en reposo. Índice de masa corporal: 32 kg/m². Tensión arterial: 150/80 mmHg.

PUBEPOC - PACIENTE DE 73 AÑOS, CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Cuello: no se aprecian adenopatías ni bocio. Ausencia de rigidez. Sin ingurgitación.

Tórax: *auscultación cardíaca:* rítmica: 86 lpm. Soplo sistólico en todos los focos. *Auscultación pulmonar:* roncus y sibilantes con disminución del murmullo vesicular. Subcrepitantes basales ya conocidos.

Abdomen: normal. Sin defensa. Signos de Blumberg y Murphy, negativos.

Extremidades: pulsos presentes. Varicosidades. Ligero edema. No hay datos de trombosis venosa profunda.

Solicitamos pruebas complementarias con los siguientes resultados:

Analítica: hemograma y bioquímica normales, excepto la glucosa (153 mg/dl). Hemoglobina glicosilada: 7,2 %.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 86 lpm. PR normal (0,16 s). No presenta alteraciones de la repolarización.

Espirometría: volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV₁): 43 %. Capacidad vital forzada (FVC): 79 %. FEV₁/FVC posbroncodilatación (PBD): 42 %. Prueba broncodilatadora: negativa (fig. 1).

Cuestionario de calidad de vida: CAT: 26 puntos¹.

Cuestiones por resolver:

1. Con los datos referidos, ¿qué llama la atención de este paciente?

- Varón de 73 años diagnosticado previamente de EPOC grave.
- Comorbilidades asociadas: HTA, DM de tipo II, cardiopatía...
- Vive solo. Mala técnica inhalatoria.
- Mala adherencia a tratamiento.

2. ¿Cómo interpretaría usted la espirometría?

- Patrón obstructivo con prueba broncodilatadora negativa.
- FEV₁/FVC posbroncodilatación: 42 %; FEV₁: 43 %; FVC: 79 %.

3. Actualmente, ¿cuál sería el diagnóstico?, ¿a qué fenotipo pertenece?

- EPOC grave. Fenotipo no agudizador.²
- Clasificación pronóstica BODEx³ (B: 0 pts; O: 2 pts; D: 2 pts; Ex: 0 pts; Total: 4 pts).

Resumen y discusión del caso

Varón de 73 años que acude por aumento de disnea y cansancio. Vive solo. Presenta comorbilidades asociadas, mala técnica de inhalación y cumplimiento de la terapia inhalada de forma errática.

La educación de los pacientes con enfermedades crónicas respiratorias reduce el riesgo de padecer una exacerbación, aumenta su calidad de vida, reduce los costes sanitarios y forma parte indispensable del tratamiento de la enfermedad⁴.

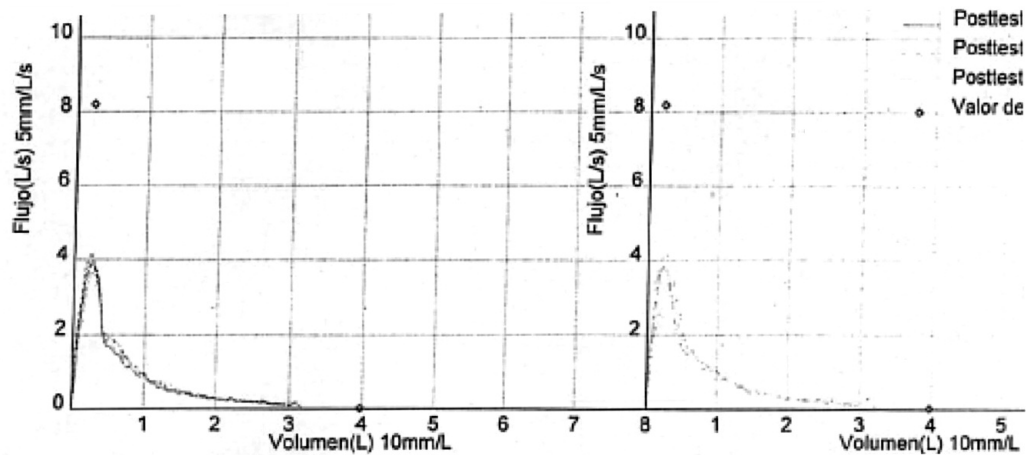
Desde un punto de vista práctico, la educación debe contemplar dos grandes aspectos: transmisión de conocimientos y adquisición de habilidades.

Respecto a la *información* que el paciente debe recibir, se deben considerar sus necesidades, sus conocimientos previos, sus creencias, su edad, la gravedad del proceso que padece y el grado de implicación necesario para su autocontrol y tratamiento.

En relación con las *habilidades* que hay que desarrollar, se les adiestrará y monitorizará, siempre que sea posible, en la toma de la medicación prescrita y el grado de cumplimiento posterior, la técnica de los dispositivos de inhalación que utilice, el reconocimiento de las agudizaciones y cómo actuar en caso de producirse.

Respecto a la adherencia, una baja adherencia se asocia a un aumento de la morbimortalidad, así como a un mayor número de visitas a los servicios de urgencias.

Decidimos realizar un cambio de medicación con un nuevo dispositivo que no requiere la coordinación de la inhalación con la inspiración, como por ejemplo: LABA + LAMA en dispositivo Breezhaler. Comprobamos el uso correcto del inhalador. En el caso de nuestro paciente, que se trata de un fenoti-

**Resultados**Su FEV₁ es 43 % consigna**Línea basal****Postest**

Parámetros	Prueba 2	Prueba 1	Prueba 3	Consigna	Consigna (%)	Prueba 2	Prueba 3	Prueba 1	Consigna (%)	Dif.
FVC (l)	3,16*	3,04*	2,96*	3,98	79	3,23	3,20	3,05*	81	2 %
FEV ₁ (l)	1,25*	1,32*	1,28*	2,88	43	1,33*	1,32*	1,28*	46	6 %
FEV ₁ /FVC	0,40*	0,43*	0,43*	0,72	55	0,41*	0,41*	0,42*	57	
PEF (l/s)	3,87*	4,11*	3,61*	8,18	47	3,76*	3,12*	4,14*	46	-3 %
MEF25-75 (l/s)	0,37*	0,42*	0,42*	2,09	18	0,40*	0,39*	0,40*	19	8 %
MEF75 (l/s)	1,14	1,33	1,40	-	-	1,24	1,12	1,16	-	
MEF50 (l/s)	0,35*	0,48*	0,45*	3,14	11	0,39*	0,41*	0,41*	12	
MEF25 (l/s)	0,20	0,18*	0,24*	0,34	60	0,27*	0,17*	0,20*	80	
FET (s)	11,47	11,23	9,58	-	-	10,73	11,64	11,32	-	

FIGURA 1. Espirometría.

*A pesar de que el paciente se mantiene por debajo del LLN, al broncodilatarle se comprueba una mejoría de los niveles. FET: tiempo de espiración forzada; FEV₁: volumen espirado máximo en el primer segundo de una espiración forzada; FVC: capacidad vital forzada; LLN: límite inferior a la normalidad; MEF: flujo espiratorio máximo; PEF: flujo espiratorio máximo.

po no agudizador, podemos usar una asociación de dos broncodilatadores de larga duración de distinto mecanismo de acción sin añadir corticoides inhalados, sin que esto suponga un aumento del riesgo de agudizaciones⁵.

Citamos en consulta de enfermería para comprobación de toma de medicación así como técnica correcta de la misma.

Bibliografía

1. Anexo 5. COPD assesment test (CAT). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl.1): 82. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/anexo-5-copd-assessment-test/articulo/90141721/>



PUBEPOC - PACIENTE DE 73 AÑOS, CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. *Arch Bronconeumol.* 2014;50(Supl 1):1-16.
3. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, air-flow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2004;350:1005-12.
4. Plaza Moral V, Fernández Rodríguez C, editores. Adhesión terapéutica en las enfermedades respiratorias. Barcelona: Viguera; 2015.
5. Alcázar Navarrete B, Casanova C, Miravittles M, de Lucas P, Riesco JA, Rodríguez González-Moro JM. Documento de consenso «Uso adecuado de los corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica». *Arch Bronconeumol.* 2015;51(4):193-8.