



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

410/69 - ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN FASE TERMINAL

L. Valín Espí¹, A. Lorente Cánoves², I. García Oliver¹, M. Folguera Agullo³, E. Gil Rabanaque⁴

¹Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beniopa. Gandía. Valencia, ³Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cocentaina. Alicante, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Fábrica. Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 78 años exfumador desde hace 15 años con 60 paquetes/año, dislipémico e hipertenso. Presenta insuficiencia respiratoria crónica por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave con alfa-1-antitripsina normal y fibroenfisema pulmonar, con múltiples ingresos por exacerbaciones y descompensaciones (en el último año, 5 visitas a urgencias hospitalarias y 3 ingresos en neumología). Presenta disnea basal grado 3 según la MRC modificada, con índice BODE de 5 y FEV1 posbroncodilatación 50% en última espirometría. Como tratamiento, utiliza: triple terapia inhalatoria con broncodilatadores (indacaterol y glicopirronio) y budesonida inhalada, O2 domiciliario, alprazolam 0,5 mg, fentanilo parche 50 ?g, fentanilo bucal 67 ?g a demanda, atorvastatina 30 mg, AAS 100 mg, ramipril 2,5 mg y omeprazol 20 mg. Acude a consulta por aumento de disnea habitual de 12 días de evolución, exacerbándose progresivamente, siendo de reposo en las últimas 24 horas. Valorado hace 8 días por mismo motivo, se pautó levofloxacino, corticoterapia oral y mucolíticos sin mejoría. Actualmente niega esputo purulento o fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, taquicárdico a 130 latidos por minuto, taquipneico con 30 respiraciones por minuto, usando musculatura accesoria. Saturación de O2 del 85% con gafas nasales a 2 litros por minuto. Regular estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos. Hipofonesis generalizada con roncus y sibilantes diseminados y crepitantes finos en ambas bases. Por ello se remite a Urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias. En la analítica sanguínea destaca PCR 0,3 mg/dl y 9.550/mL leucocitos con 60% neutrófilos. En la gasometría arterial con FiO2 28% se objetiva pH: 7,43; PCO2: 38; PO2: 64; bicarbonato: 25 y Sat O2: 87%. En la Rx tórax, observamos un tórax enfisematoso con patrón intersticial bilateral. Se comenta situación con paciente y familiares, y se decide ingreso domiciliario a cargo de la Unidad de Hospitalización a domicilio (UHD) para tratamiento y manejo de la disnea.

Juicio clínico: Se trata de un paciente EPOC grave con aumento de frecuencia de visitas a urgencias y deterioro de su forma física con actual incapacidad y falta de autonomía para actividades básicas de la vida diaria, con agudización severa que no responde a tratamiento. Estamos frente a un paciente en fase terminal de la enfermedad con una supervivencia de vida estimada menor a 6 meses por lo que procede seguimiento por UHD para control de su disnea. Actualmente maneja su disnea con nebulizaciones, oxigenoterapia domiciliaria, oxicodona/naloxona 40/20 mg cada 12h y fentanilo nasal 100 ?g.

Diagnóstico diferencial: Agudización EPOC, insuficiencia cardiaca descompensada, neumonía, tromboembolismo pulmonar y edema agudo de pulmón.

Comentario final: Los síntomas más usuales asociados a EPOC avanzada son disnea, dolor, somnolencia, depresión y ansiedad. Una de las características de estos pacientes es su incertidumbre pronóstica, por lo que la decisión de iniciar cuidados paliativos para el control de síntomas refractarios a la terapia convencional no debe basarse en la esperanza de vida, sino en el aumento de la frecuencia de visitas a urgencias (2 en los últimos 6 meses por infecciones pulmonares o insuficiencia respiratoria); deterioro de la forma física con incapacidad y falta de autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria (incluso vestirse y confinamiento a una vida cama-sillón) y mejoría clínica escasa tras un ingreso prolongado con cambios gasométricos muy limitados (reducción de hipoxemia manteniendo hipercapnia).

Bibliografía

Pérez LA. Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Gac Sanit. 2018;32(4):383-5.

Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med. 2011;14(1):17-23.