



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

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

L. Valín Espi<sup>1</sup>, A. Lorente Cánoves<sup>2</sup>, I. García Oliver<sup>1</sup>, M. Folguera Agullo<sup>3</sup>, E. Gil Rabanaque<sup>4</sup>

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