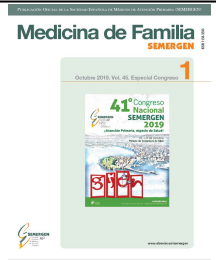




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2479 - ¿SEGURO QUE ESTÁ DEPRIMIDA?

A. Borrás Gallén¹, A. Londoño López¹, B. Hernández Berto² y J. Doncel-Moriano Martí²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Pego. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pego. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 61 años, fumadora de 20 cig/día desde hace 20 años. Diagnosticada de diabetes tipo 2 y dislipemia, en tratamiento con metformina y atorvastatina. Consultaba por presentar desde hacía al menos un mes, ánimo deprimido y ansiedad que relacionaba con situación familiar y que afectaba a su calidad de vida. En consulta de Atención Primaria (AP) se detectó tos productiva, por lo que se le realizó anamnesis relacionada con clínica respiratoria. Refería “esa tos no tiene importancia” y la relacionaba con su hábito tabáquico. Tras insistir en la anamnesis, la paciente afirmaba presentar aumento de la disnea y de la tos que se hizo productiva en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen aspecto general, normocoloreada, normohidratada. SatO₂: 95-96%. Destacaba auscultación respiratoria con ligera disminución del murmullo vesicular, roncus y sibilantes bilaterales. Ánimo deprimido.

Orientación diagnóstica: Bronquitis aguda; depresión reactiva.

Diagnóstico diferencial: Bronquitis crónica reagudizada; bronquiectasias; asma bronquial; neoplasia broncopulmonar, fibrosis pulmonar.

Comentario final: Se pautó azitromicina 500 mg/día durante 5 días, acetilcisteína 600 mg/día y formoterol/beclometasona 100/6 µg/dosis, 2 inh/12h, y tras completar el tratamiento, la paciente refería remisión completa de la clínica ansioso-depresiva. Se concluyó que los síntomas ansioso-depresivos eran en realidad, la expresión clínica subjetiva de una descompensación respiratoria en una paciente fumadora no frecuentadora, no diagnosticada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se le realizó el cuestionario COPD-PS con resultado de 6 puntos, y se solicitó espirometría con test broncodilatador y radiografía de tórax pendientes de resultado. Se destaca la importancia en AP de la búsqueda activa de clínica respiratoria en pacientes fumadores, ya que muchos tienden a restar importancia y normalizar síntomas como la disnea o la tos por el simple hecho de ser fumadores. Asimismo, el médico de AP debe desempeñar activamente las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones derivadas del hábito tabáquico, así como en la concienciación, apoyo y seguimiento del proceso de abandono.

Bibliografía

1. Price D, Freeman D, Cleland J, Kaplan A, Cerasoli F. Earlier diagnosis and earlier treatment of COPD in primary care. *Primary Care Respiratory Journal*. 2011;20(1):15-22.

2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Disnea. Depresión.