



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



283/32 - MANEJO DE DISNEA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: REPORTE DE UN CASO

M. Conesa Espejo^a, C. Sánchez Pérez^b, I. Martínez Ardil^c, A. Martínez Más^d, R. Gómez García^d y J. Guerras Conesa^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena.

Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral.

Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 68 años consulta por disnea de 2 meses de evolución. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia venosa periférica, EPOC moderado de 8 años de evolución con disnea grado 1 mMRC, exfumadora 50 paquetes/año. Sobrepeso. Sufrió una agudización de EPOC hace 2 años que requirió ingreso hospitalario. Tratamiento crónico: enalapril/hidroclorotiazida, metformina, salmeterol/fluticasona. Refiere desde hace dos meses aumento de su disnea habitual al andar unos pocos metros que le obliga a parar acompañado de edema en miembros inferiores que se deshinchon por la noche. No aumento de tos, ni expectoración, ni purulencia de esputo. No ortopnea, ni fiebre. Evolución: una vez descartada otras posibles causas de disnea dada la comorbilidad del paciente identificamos como causa de disnea un EPOC no agudizador, mal controlado e iniciamos indacaterol/bromuro de glicopirronio y retiramos salmeterol/fluticasona de forma gradual. En próximas semanas la paciente refiere mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física/complementaria: saturación oxígeno: 96%, tensión arterial: 130/80. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, disminución de murmullo vesicular. Miembros inferiores: edema bimalleolar, signos de insuficiencia venosa crónica. Electrocardiograma: normal. Analítica: normal. Radiografía tórax: no cardiomegalia, leves signos de atrapamiento aéreo. Espirometría: FEV1/FVC: 63%, FEV1: 56%, FVC: 79%. Reversibilidad 5%.

Juicio clínico: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fenotipo no agudizador pero mal controlado.

Diagnóstico diferencial: Disnea secundaria a insuficiencia cardíaca, anemia, infección respiratoria.

Comentario final: Para un correcto manejo de la disnea en un paciente pluripatológico es necesario realizar un diagnóstico diferencial. No siempre hay que suponer que la disnea en un paciente EPOC vaya a ser causada por una reagudización de su enfermedad de base, por ello la anamnesis, exploración física junto con pruebas complementarias desempeñarán un papel relevante

en su identificación y consiguiente tratamiento. En el caso de este paciente que se trata de un EPOC moderado no agudizador, con mal control de síntomas, se decidió iniciar terapia dual broncodilatadora siguiendo el esquema terapéutico GesEPOC y suspender corticoide puesto que no ha presentado agudizaciones en últimos 2 años, ni presenta fenotipo EPOC-asma.

Bibliografía

1. Guía Española EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl 1):1-16.