



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/455 - LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE INHALADORES. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Peña Pinto¹, P. Becerra Esteban² y C. García Victori²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 23 años, desplazado, consulta en 04/2018 por tos y sensación disneica de meses de evolución, que empeora con ejercicio físico. No usa medicación de forma habitual, ya que “los inhaladores no me hacen nada”. Antecedentes personales: Asma bronquial diagnosticada en 2012. No factores de riesgo cardiovascular. Fumador 5 paq/año. Desde enero a marzo de 2018 ha presentado dos infecciones respiratorias con necesidad de corticoides orales, la segunda requirió ingreso hospitalario, desde entonces a tratamiento con budesónida 200 µg/12h. En mayo de 2018 entrega de resultados y revisión de técnica inhaladora, visita en la que se confirma mala coordinación entre pulsación e inhalación; se corrige técnica y se aumenta dosis de 200 a 400 µg/12h. En octubre de 2018. Mejoría parcial, manteniéndose en esfuerzos que le hacen sufrir “ataques”. Acude a urgencias por empeoramiento (09/18) que diagnostican como exacerbación y tratan con corticoides, antibióticos y cambio a fluticasona/salmeterol. Evaluamos técnica inhalatoria y se le corrige. En marzo de 2019. No está muy contento con el nuevo inhalador, “cuando lo nuevo sale polvo que se supone había tomado” “no encuentro mejoría”. Pruebas funcionales sin cambios. Se cambia a propionato de fluticasona/fumarato de formoterol 125/5 µg 2 inh/12h. Se comprueba uso correcto de dispositivo. En mayo de 2019 refiere disminución de síntomas. Necesidad de rescate: una al mes.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Saturación de O₂ 99% sin aporte externo de O₂. No disnea al habla. No uso de musculatura accesoria ni tiraje. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, con sibilantes espiratorios con fase alargada. No roncus ni crepitantes. Orofaringe sin hallazgos. Se realizó análisis de sangre en abril de 2018 que confirmó aumento de eosinófilos, espirometría forzada con prueba de broncodilatación: FEV1 Pre: 3,43l; post 4,53l (mejoría del 28%); FEV1/FVC pre 63,71%; post 75,43%; FEF 25-75% pre 1,93l/s; post 3,58l/s.

Orientación diagnóstica: Asma bronquial mal control.

Diagnóstico diferencial: Neumonitis. Hiperreactividad bronquial.

Comentario final: Cuando recetemos los dispositivos inhalados es necesario explicar al paciente el correcto uso de los mismos. Si detectamos problemas para cumplimiento, hay amplia variedad de dispositivos para elegir aquel que se adapte mejor a las características y necesidades del paciente.

En esta patología hemos visto la importancia, en síntomas y exacerbaciones, de encontrar la terapia y la forma de administración adecuada.

Bibliografía

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA). Disponible en: www.ginasthma.org (Acceso Mayo 25, 2019).

Palabras clave: Disnea. Asma. Inhalador.