Semergen. 2015;41 (Espec Congr):545

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/974 - ACTUACIÓN ANTE UN EPOC: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.T. Wangüemert Madan[a] y M.T. Madan Pérez[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Barrio La Salud. Tenerife. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Güimar. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años. Antecedentes personales (AP): bronquitis aguda hace 2 años, fumador, índice paquetes año (IPA) 40, sin otros AP de interés. Acude a consulta por sensación de falta de aire al subir escaleras y pendientes, de 2 años de evolución. Desde hace 4 meses el cansancio aumenta y aparece al caminar en llano, impidiéndole realizar sus actividades diarias. Tos matutina sin expectoración de 3 años de evolución, que considera como normal.

Exploración y pruebas complementarias: TA 125/80 mmHg, F.C 82 latidos por minuto, IMC 19,59 Kg/m^2. AP: ligera disminución del murmullo vesicular, roncus aislados, sin otros ruidos. Resto de exploración anodina. Analítica sin alteraciones, alfa-1-antitripsina 145. Saturación O2 96%. ECG: sin alteraciones. Radiografía de tórax: signos de atrapamiento aéreo e hiperinsuflación pulmonar, aplanamiento diafragmático con horizontalización costal. Espirometría forzada con prueba broncodilatadora (P.B): FEV1/FVC < 70%, FVC < 80%, FEV1 < 80%: patrón mixto con P.B. negativa.

Juicio clínico: Con la clínica del paciente y la espirometría deducimos mediante criterios que este paciente tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Según GesEPOC1 definimos fenotipo y gravedad de esta enfermedad, teniendo este paciente fenotipo no agudizador, ya que sólo ha tenido una sospecha de agudización hace 2 años, sin otros episodios. Valoraremos si es enfisematoso o bronquítico crónico. En Atención Primaria (AP) el diagnóstico de enfisema lo hacemos por la clínica, función pulmonar y radiología. En nuestro paciente predomina la disnea y la intolerancia al ejercicio, IMC bajo y signos de atrapamiento aéreo. Esto nos lleva a pensar en fenotipo enfisematoso. Por tanto, según guías GesEPOC, estamos ante un fenotipo no agudizador enfisematoso. La normativa GesEPOC recomienda la utilización del índice BOD, que integra: IMC, FEV1, disnea y prueba de la marcha de 6 minutos. Debido a la dificultad para realizar la prueba de la marcha en AP, se ha sustituido BODE por BODEX (Ex: exacerbaciones graves atendidas en urgencias hospitalarias o ingresos en el último año). Mediante BODEX nuestro paciente es un EPOC no agudizador con fenotipo enfisematoso y con estadio de gravedad moderado. Iniciamos medidas higiénico dietéticas, deshabituación tabáquica, apoyo nutricional, y actividad física regular. Aconsejamos vacunación antigripal y antineumocócica. Posteriormente, tratamiento con broncodilatadores de larga duración, anticolinérgicos y beta-2 adrenérgicos. Nuestro paciente no precisa uso de corticoides inhalados (CI).

Diagnóstico diferencial: Ante la clínica encontrada debemos hacer diagnóstico diferencial: asma, tuberculosis, bronquiectasias, sarcoidosis, obstrucción vía aérea superior, cáncer de pulmón, fibrosis

quística.

Comentario final: EPOC, definida como enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. El principal factor de riesgo es el tabaquismo, debemos animar a abandonarlo, la lucha contra el tabaco debe ser prioritaria, mejora supervivencia, disminuye pérdida de función pulmonar y beneficia la respuesta al tratamiento con corticoides y la salud, siendo la medida más costo-efectiva. Desde AP debemos conocer mejor la enfermedad y su tratamiento, ya que es un problema infradiagnosticado, y en donde los pacientes siguen sintomáticos a pesar del tratamiento (80% disnea, 50% tos y 30% expectoración).Los problemas actuales de la EPOC engloban el exceso de uso de CI y el incumplimiento terapéutico, siendo el FEV1 insuficiente para valorar la gravedad de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;Suppl. 48.

2. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease.N Engl J Med. 2004;4:1005-12.

3. Han MK, Agustí A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, et al. Chronic obstructive pulmonary diseasse phenotypes. The future of COPD. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182:598-60.

4. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, et al.COPD-related morbidty and mortality after smoking cessation: status of the evidence. Eur Respir J. 2008;32:844-53.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.