



160/1252 - LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Gutiérrez García^a, A.R. Fernández Escudero^b, F.J. Álvarez Álvarez^c, S. Conde Díez^d, A. Viejo Casas^e, U. Merino Garay^f y A. Delgado Bolton^f

^aMédico de Familia. Gerencia Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria. ^fMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años que avisa de manera urgente a su médico de Atención Primaria por cuadro sincopal con pérdida control esfínteres en el contexto de cuadro catarral de más de 15 días de evolución, acompañado de sensación disneica progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Asocia fiebre los últimos días. AP: HTA buen control. No otras patologías, ni hábitos tóxicos. Refiere “fatiga progresiva” de años, que “achaca a la edad”.

Exploración y pruebas complementarias: Domicilio: consciente, Glasgow 15, con regular estado general, pálido y sudoroso, taquipneico en reposo, TA 140/80, FC 110, FR 24, glucemia 249, Sat 65%. AP: hipoventilación global, uso de musculatura accesoria, bamboleo abdominal. Se instaura tratamiento diurético y corticoides ev, oxígeno mascarilla con reservorio. Se decide trasladado en UVI móvil a Hospital Comarcal, donde continúan tratamiento con corticoides, diuréticos y broncodilatadores. Empeorando la disnea. Se realiza un angioTAC: Enfisema pulmonar panacinar, predominio basal con bullas en LII e HTA pulmonar secundaria. No TEP. Atelectasia subsegmentaria en posterior de LSD con fibrosis peribronquial residual. Ingresado en S. Neumología, es tratado con broncodilatadores, corticoides y antibiótico (levofloxacino) con buena evolución. PFR una obstrucción muy severa al flujo aéreo (FVC 1.540 (53%); FEV1 570 (26%); FEV1/FVC 37%). Tratamiento con teofilina 300, bromuro de tiotropio, formoterol, budesonida 400, azetazolamida, eprosartan 600. Completar tratamiento antibiótico y prednisona en pauta descendente.

Juicio clínico: Enfisema pulmonar con obstrucción muy severa al flujo aéreo. Insuficiencia respiratoria global sin datos de SAHS.

Diagnóstico diferencial: TEP. Broncoespasmo-asma. Cuadros infecciosos.

Comentario final: La EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada esencialmente por obstrucción crónica al flujo aéreo que no es totalmente reversible. Se suele manifestar como disnea por lo general, progresiva. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y espirométricos (cociente FEV1/FVC < 70%). Actualmente, la EPOC es la tercera causa de muerte en el mundo y la cuarta en España, constituyendo un problema sociosanitario de primera magnitud,

elevada prevalencia (10% de la población adulta en España), morbimortalidad y coste económico-social asociado. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, hasta en un 70% (IBERPOC y EPISCAN). Estudios previo en nuestro país, personas fumadoras > 35 años, han documentado prevalencias en rangos entre 15-30%, aumentando con edad. Sin diferencias significativas entre sexos. La Estrategia Nacional de EPOC 2009 apoya la implementación de programas de cribado en este colectivo. Este caso nos confirma lo importante que es un diagnóstico precoz, la evaluación de la disnea en nuestros pacientes que a veces ven como normal "fatigarse" porque creen que son "cosas de la edad". Con una buena anamnesis- preguntas dirigidas y espirometría se puede diagnosticar de manera precoz, pudiendo instaurar tratamiento y controlar/evitar la progresión de una enfermedad tan prevalente e invalidante en nuestro medio como es la EPOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014.
2. Estrategia en EPOC del SNS 2009.
3. Guía SEPAR EPOC 2009.