

TRAS TANTO TELÉFONO, ¡DICHOSOS LOS OJOS QUE TE VEN!

HISTORIA ACTUAL

Varón de 80 años, hipertenso en tratamiento con enalapril 20mg/24h y amlodipino 10mg/24h. Holandés, residente en España desde 2018.

Acude a consulta acompañado de su mujer, que actúa de intérprete, por tos de años de evolución, de predominio matutino, con escasa expectoración, y disnea de moderados esfuerzos. Estabilidad clínica en el último mes. Gran fumador (IPA >50). Resto de anamnesis neumológica no relevante.

Resalta la delgadez, con tórax en tonel. SatO2 92% con 18rpm. Auscultación con hipoventilación generalizada y roncus secos de predominio en bases. Resto anodino.

JUICIO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

Ante la sospecha EPOC, se solicita radiografía de tórax y espirometría y se inicia tratamiento empírico con Olodaterol + Tiotropio 2 pulsaciones/24h, que se explica cómo realizar con dispositivo de muestra.

EVOLUCIÓN

Acude a las 72h para resultado de radiografía (evidencia signos de broncopatía crónica con hiperinsuflación, sin otros hallazgos) y supervisión de la técnica inhalatoria con su propio dispositivo. La mujer refiere cierta mejoría con el inhalador. No menciona incidencias.

Al observar al paciente, destaca posición en trípode. A pesar de la abundante ropa de abrigo, impresiona de cianosis. Se le pide desvestirse y se evidencia tiraje a tres niveles y marcada acrocianosis. SatO2 58-62% con FR 26rpm. Auscultación similar a día previo. Al reinterrogar, refiere empeoramiento de la disnea desde el día anterior.

Se pasa al Box vital, se coloca mascarilla Venturi a 6 l/min FiO2 31%, consiguiendo SatO2 91%, se canaliza VVP y se contacta con 061 para traslado a Urgencias Hospitalarias.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra cómo las técnicas más básicas no deben ser desplazadas por las fantásticas innovaciones sanitarias. A pesar de las barreras físicas (ordenador entre ambos, ropa de abrigo, mascarilla, que fuera su mujer a quien realizábamos la anamnesis), la inspección fue clave para identificar la situación de gravedad del paciente, quien en ningún momento verbalizó espontáneamente disnea o empeoramiento clínico. Así, pese al escaso tiempo asignado por consulta, no podemos abandonar una técnica tan sencilla, inocua, inmediata, gratuita y, en definitiva, maravillosa.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ;
Insuficiencia Respiratoria ; Examen Físico