Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Ensayo sobre estudio de caso de la “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”

Alumna:

Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 8°

Materia:

“Medicina basada en evidencias”

Docente:

Dr. Alonso Díaz Reyes

Comitán de Domínguez, Chiapas a 30 de mayo de 2025.

La EPOC en una enfermedad crónica, cuyo diagnóstico, intervención y tratamiento oportuno se consideran sumamente importante para frenar la evolución y complcación de los síntomas que se presentes, además del riesgo de la aparición de exacerbaciones. Actualmente la incidencia va en aumento, sin embargo, muchas veces también sucede que hay un gran índice de infradiagnóstico de esta enfermedad, esto suele ocurrir ya que los pacientes se van adaptando a estas limitaciones en sus actividades cotidianas y acuden a consulta, suele ocurrir que es cuando la enfemedad ya se encuentra avanzada.

Hay síntomas que se menifiestan y destacan en la clínica, que pueden orientarnos, como lo es la dificultad respiratoria, tos con expectoración de moco, silbido con la respiración, cansancio y mayor vulnerabilidad a infecciones respiratorias.

Se trata de una enfermedad que puede ser prevenible, ya que el principal factor de riesgo modificable es el tabaquismo, ya que hay que considerar que una vez presentando la enfermedad puede ser progresiva. Apartir de la detección de la enfermedad lo adecuado es llevar el tratamiento adecuado donde la adherencia terapéutica es realmente esencial (lo cual también es difícil de conseguir), con el fin de mejorar el estado funcional y sobre todo, la calidad de vida que los pacientes llevan. Las estretegias terapéuticas reflejan su importancia no en la prevalencia de la enfermedad, sino en el nivel de superviviencia que se ve hoy día.

Un caso de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Oculta. La EPOC en la mujer.

Se trata de mujer de 56 años , con múltiples problemas de salud valorada en Medicina Interna por dolor osteomuscular. Es fumadora. En la anamnesis dirigida refiere disnea de esfuerzo que ocasiona limitaciones en su actividad laboral y de ocio. La espirometría estableció el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), una enfermedad cada vez más frecuente y fácil de encontrar entre la población femenina por su relación con el tabaquismo. Se exponen las diferencias de género descritas en la EPOC y aquellas medidas que pueden contribuir a un mejor manejo de esta patología en la mujer.

La EPOC en las mujeres en un proceso más rápido, más grave y con mayor mortalidad que en el varón, con consumo de tabaco inferiores. Con mayor frecuencia no son diagnósticadas o lo son pero de forma erronea. Estas y otras diferencias de género suponen un prejuicio para la mujer cuando el manejo de la enfermedad se hace fundamentalmente con conocimientos obtenidos de varones.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria respiratoria y sistémica que produce un elevado consumo de los recursos sociosanitarios. El principal factor de riesgo es la aspiración del humo de tabaco. Este hábito ha sido hasta hace unas décadas exclusivamente masculino y, por consiguiente, la EPOC una enfermedad de varones, hasta tal punto que muy pocas mujeres eran incluidas en los estudios y los ensayos clínicos de esta enfermedad. En la actualidad, el número de mujeres con EPOC es cada vez mayor y ya existen países donde la enfermedad tiene un claro predominio femenino. Nos encontramos, por tanto, en la situación en que las pacientes reciben una atención sanitaria que fue estudiada en hombres, asumiendo que la EPOC en la población femenina es igual que en el varón, cuando, por el contrario, las investigaciones encuentran importantes diferencias entre ambas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años que consulta en Medicina Interna por dolor de ritmo mecánico en columna cervical y columna lumbar de varios meses de evolución. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Índice de consumo acumulado de tabaco: 42 paquetes/año. No hipertensa ni diabética. Menopausia a los 49 años. Historia de dispepsia ulcerosa en seguimiento por Digestivo. Bocio en seguimiento por Endocrinología. Osteopenia en seguimiento por Ginecología. Fibromialgia en seguimiento por Reumatología. Depresión en tratamiento por Psiquiatría. No intervenciones quirúrgicas mayores. No historia de ingresos. Antecedentes familiares de EPOC y adenocarcinoma de pulmón en su padre (fumador). Trabaja como asesora fiscal. Consulta por agravamiento de dolores generalizados que lleva años padeciendo y para los que recibe analgésicos, relajantes musculares y fisioterapia.

En la anamnesis dirigida, refiere disnea grado 2 de la mMRC *(modified Medical Research Council)* que atribuye al tabaco. Resto de la anamnesis normal.

• Exploración física. IMC 23 kg/m2. Frecuencia cardíaca: 87 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno por pulsioximetría 94%. Presenta 14 puntos fibromiálgicos dolorosos. Resto normal.

• Exploraciones complementarias. Hematocrito 54%. Radiografía de tórax: mastoplastia bilateral y osteopenia. TAC de tórax: signos de EPOC con enfisema centrolobulillar con bullas subpleurales e intraparenquimatosas. Espirometría basal forzada: FVC 64%, FEV1 54%, Tiffeneau 74%, FEF25-75 23%. En una valoración específica: test Fagerström 8 puntos, CAT 16 puntos. Agudizaciones en el año previo: 1. Test de la marcha de 6 minutos: 210 m. Densitometría ósea: osteopenia en

columna vertebral (T score -2,2) y normalidad en cadera (T score –1,1). El diagnóstico es EPOC GOLD grado 2 grupo B. En la clasificación GesEPOC, fenotipo A (no agudizador). Se inició tratamiento con bupropión y un anticolinérgico de acción larga.

Tres años después consiguió la abstinencia tabáquica tras esfuerzos repetidos. Mantiene una vida activa con limitaciones (no puede caminar deprisa, precisa ayuda de otra persona si tiene que portar cargas, ascensor para salvar escaleras, etc.). Ha presentado una agudización por año, ninguna con hospitalización. La última espirometría muestra un FEV1 de 51%

La EPOC es una enfermedad tratable y prevenible, caracterizada por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y limitaicón del flujo aéreo debido a alteraciones alveolares y/o de las vías aéreas, generalmente causada por exposición a gases o partículas nocivas. Con una prevalencia alta, siendo una de las primeras causas de mortalidad.

Este caso clínico tiene un importante cambio en los que generalmente se ven, realzando "el cambio de género de la EPOC", es decir, la transformación de una enfermedad típicamente masculina a una enfermedad de predominio femenino.

Este cambio de género se produce porque, desde hace cuatro a seis décadas, el hábito de fumar ha pasado de ser casi exclusivamente masculino a tener más aceptación entre las mujeres. Por otra parte, la exposición al humo de biomasa es otro factor de riesgo para desarrollar EPOC y se le responsabiliza de una gran cantidad de casos de EPOC, especialmente en los países en desarrollo. El humo de biomasa se genera por fuego de leña que se utiliza para cocinar o para calentar el hogar, en viviendas mal ventiladas y que generalmente están al cargo de mujeres.

Este cambio lleva consigo una trascendencia en la clínica: los estudios hechos para obtener información sobre la enfermedad son en un 80-100% realizados exclusivamente con varones.

Dentro de las diferencias relacionadas con el género se pueden mencionar, que el tabaquismo aquí se ven por diferencias motivaciones, la calidad de vida que presentan es menor, hay mayor porcentaje de infradiagnóstico y los síntomas pueden presentarse con mayor intensidad. De las cuales resalta más el INFRADIAGNÓSTICO. Este sesgo de género es bien conocido: las mujeres con EPOC tienen menos probabilidad que los hombres de ser diagnosticadas y,

consecuentemente, menor probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. La espirometría ha mostrado un aumento en el número de diagnósticos correctos.

El diagnóstico de EPOC se basa en la existencia de tos, expectoración, disnea junto con obstrucción poco reversible en la espirometría, y es el mismo para hombres y mujeres, si bien la mujer con EPOC presenta menos expectoración pero mayor disnea. Asimismo, la mujer presenta más afectación de la pequeña vía aérea y desarrolla más bronquitis, mientras que el varón tiene mayor daño en parénquima y desarrolla más enfisema. La mujer parece ser más susceptible tanto al tabaco y con mayor disnea. Otro aspecto diferencial es que las mujeres con EPOC presentan más agudizaciones y de mayor gravedad y sus comorbilidades más frecuentes son la hiperreactividad bronquial, la afectación del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y la insuficiencia cardíaca. Además, presentan peor calidad de vida relacionada con la salud.

Respecto al tratamiento, la mujer recibe con menor frecuencia tratamiento deshabituador frente al tabaco, otro sesgo de género "injusto", más aún porque al dejar de fumar el freno del deterioro funcional respiratorio es mucho mayor en la mujer.

La paciente tenía una osteopenia, una situación común en la mujer posmenopáusica, en la que el uso de glucocorticoides inhalados, especialmente a dosis altas, podría ser especialmente perjudicial. La densidad mineral ósea debe ser tenida en cuenta y tomar las medidas adecuadas en cada caso. En conclusión, es un deber ético conocer las diferencias de género en EPOC y diseñar estrategias asistenciales diferenciadas para mujeres. Y más imprtante aún, personalizar la atención que necesita cada paciente y evitar generalizar la atención o no identificar ni tomar en cuenta los factores de riesgo y determinantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alonso, D. S. (s.f.). *CASO CLÍNICO 3 Manejo de la disnea en un paciente con EPOC de alto riesgo no agudizador.* Obtenido de Medicina Universidad Francisco de Vitoria, Madrid: https://www.avancesenrespiratorio.com/arxius/imatgesbutlleti/164_CC_3-IDENTIFICACION-PACIENTES-EPOC-Alonso_V4-0.pdf