

LABORAL. GRUPO I. CATEGORÍA TITULADO/A SUPERIOR.
ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL.
TURNO LIBRE.
SEGUNDO EJERCICIO.
SUPUESTO PRÁCTICO.
22 de octubre del 2011.

Hoy es el primer día que usted ocupa una plaza de médico general en un centro de mayores mixto y la enfermera de turno le avisa para que valore a un residente autónomo varón de 78 años que presenta aumento de su disnea de larga evolución durante los últimos 3 días, acompañado de un aumento de su tos habitual, expectoración blanco-verdosa, desorientación, somnolencia y fiebre de 38° C.

La enfermera ha sacado la ficha sociosanitaria del residente del fichero y le ha tomado la temperatura y la tensión arterial presentando cifras de 38,3° C y 148/90 respectivamente.

En la ficha sociosanitaria del residente aparece reflejado, entre otros datos:

Antecedentes familiares: EPOC en su padre que falleció de neoplasia pulmonar a los 80 años y una hermana que falleció a los 54 años de adenocarcinoma de mama.

Antecedentes personales médicos y tratamiento actual: fumador de 20 cigarros/día desde los 20 años; glaucoma bilateral desde hace 9 años en tratamiento con timolol 0.5%; HTA desde hace 2 años en tratamiento con dieta hiposódica e indapamida; insomnio en tratamiento con lormetazepan; alergia a penicilina; neumonía derecha hace 2 años; presenta tos y expectoración habituales desde hace 10 años en tratamiento con salbutamol a demanda y, desde hace 3 años, bromuro de ipatropio 2 inhalaciones/12 horas. Hace 6 meses tuvo una exacerbación de su clínica respiratoria.

En los controles de enfermería destaca IMC de 30.4 Kg/m².

Usted tras leer la ficha sociosanitaria, decide realizarle una exploración física objetivándose taquicardia a 104 lpm y una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones/minuto. Cataratas bilaterales incipientes sin retinopatía. En la auscultación pulmonar se detecta hipofonesis bilateral, algún roncus y sibilantes dispersos y algún crepitante bilateral. Abdomen blando y depresible, palpándose el borde inferior del hígado. Presenta edemas tibiomaleolares leves y pulsos periféricos presentes y simétricos.

Las pruebas complementarias que aparecen reflejadas en su historial médico son:

La última analítica realizada hace 2 meses es la siguiente: hematíes 5.620.000/mm³, hematocrito 44.1%, hemoglobina 14.5 g/dl, VCM 88.1, HCM 28,9 pg, CHCM 32.9 gr/dl, plaquetas 441.000/mm³, glucosa 102,2 mg/dl, colesterol total 184,8 mg/dl, triglicéridos 155 mg/dl, creatinina 2,18 mg/dl, ácido úrico 412,5 mol/l, GPT 148, GGT 449, Na 137,1 mmol/l, K 4,81 mmol/l, y microalbuminuria de 0.02 g/dl.

Hace una semana se le realiza de control rutinario un ECG y una espirometría presentando los siguientes resultados:

ECG: ritmo sinusal a 55 lpm, eje QRS a + 30°, no presentaba trastornos despolarización/repolarización.

Espirometría forzada: FEV1: 55 % del teórico, FEV1/CVF 64%.

En un informe médico de urgencias de hace 6 meses, efectuado a raíz de la exacerbación de su clínica respiratoria, aparece reflejado gasometría donde solo destaca una ligera hipoxemia (pCO₂: 30,4 mmHg, pO₂: 69.7 mmHg, saturación de O₂: 95,2 %, HCO₃: 25,2 mmol/l, pH: 7.45) y radiografía de tórax normal.

1. ¿Cómo definir y sospechar la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en este residente? (2P)
2. En nuestro caso, al tratarse de un paciente con síntomas respiratorios más o menos crónicos, a la luz de la espirometría, con que entidades debería haberse realizado diagnóstico diferencial y cual sería, de entre ellos, el diagnóstico más probable. (2P).
3. Enumere cuáles son las principales causas de las exacerbaciones de la EPOC. Indique con que entidades debe hacerse diagnóstico diferencial en la exacerbación de un paciente con EPOC. (2P)
4. ¿Cuál sería el manejo de este paciente? (2P).
5. ¿Cuál sería la actitud terapéutica en este paciente? (2P).