

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren
19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución 111/2018 de 7 de febrero
de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de
febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

2. ariketa / 2º ejercicio

EUSKARAZ

KASU KLINIKOA

37 urteko gizona, Larrialdietara bidalitakoa bat-bateko epigastrioko min episodiotan; goragalea, larruazaleko erreakzioa eta hipotentsioa. Ingresatu duten goizean gripe koadro batekin hasi da, doministikua, errinorrearekin eta faringeko minarekin. Lanean, bazkaldu ostean, AAS, fenilefrina eta dextrometorfanoa duen gripe-contrakoa hartu du. Handik 30 minutura ondorekin hasi da, zorabio sentsazioarekin, epigastrioko minarekin, botaka eta larruazaleko erreakzioarekin. Lankide batek lagunduta etorri da, sinkope aurreko koadro zuelako. Larrialdietan abisua eman da. Heltzean, pazienteak kontziente dago, zorabiatuta; fokaltate neurologikorik ez. TA, 55/33 mmHg; SatO₂, % 100 maskararekin; AC erritmikoa, 100x; FR, 16; larruazaleko gorritzea. Elektrokardiograma bradikardia, erritmikoa, T negatiboak. Gatz-serumarekin hasi, Ondansetron eman diote eta Ospitaleko Larrialdietara bideratu dute. Larrialdietara heltzean, toraxeko mina eta abdomeneko mina duela dio pazienteak. Miaketa egin bitartean kontzientze dago, orientatuta; larruazalean erreakzioa du, gorritze orokortua (batez ere, gorputzaren goiko aldean); TA, 57/33mmHg; T^a 36°; FR, 26x; FC, 100 arritmikoa. SatO₂, % 93, betaurrekoak 4 l. Buruan eta lepoan pletorarik ez. Toraxa: AC arritmikoa, AP sibilantziarik gabe eta arnas hotsik gabe. Abdomena pixka bat puztuta eta minduta; peritonismorik ez, hotsak bai. EE: perfusio ona, bero eta kapilarren betetze egokia. Pazienteak antzeko episodioak izan dituela adierazi du, azken 12 urteetan; azken urtean maizago. Episodio horiek estres fisikoarekin, estres emozionalarekin eta ariketa akigarriarekin lotzen zituen. Episodio horietan bat-batean agertzen ziren nekea, gorritzea, konjuntibako injekzioa, abdomeneko mina, gorakoak eta beheakoa. Hainbat ospitaletara joanda, episodio guztietan, TAS 60mmHg ingurukoa. Gatz-serumaren kantitate moderatua emanda jaisten ziren. Deshidratazio eta estres diagnostikoa eman zitzaion. Ez zegoen intereseko beste aurrekaririk. Ez du ohitura toxikorik. Ez du belar-dendetako produkturik hartzen. Berak zekiela, medikamentuekiko alergiarik ez. Osasunaren alorrean egiten zuen lan. Triatloiak egiten zituen. Aurreko egunetan ez zuen jan ez itsaskirik, ezta ezer ezberdinik ere. ANALITIKA Larrialdietan: Glukosa (mg/dl), 122; Urea (mg/dl), 11; Kreatinina (mg/dl), 1,35; gibealeko profila alteraziorik gabe. HRF: leukozitoak, 13.800/mm³ (59%P,30%L, 2%M, 1%E); Hb(g/dL)13; Hto. (%) 40; Plaketak, 327.000/mm³; Na; K; Kaltzioa; Fosforoa; Magnesioa alteraziorik gabe. T troponina eta CK-MB alteraziorik gabe. Amilasa eta Lipasa, normal. Koagulazioa: Protrona-denbora luzatua. Azido laktikoa (mmol/liter)1.8. NT-proBNP (pg/ml) 679. Elektrokardiograma: ACFA, 100x, STaren igoera aVR-n eta V1-n eta STaren jaitsiera I, II, III, aVF-n eta V3tik V6ra. Toraxeko Rx: birbanaketa baskularra. AAS eta gatz-serumarekin hasi eta TA 140/80 mmHg ingurura jaitsi zen, baina bere horretan jarraitzen zuen larruazalaren gorritzeak eta goragaleak, beraz, Ondansetron eman zitzaion. Larrialdietan egindako hurrengo orduan hobera egin zuen: goragalea gutxituz joan zen; SatO₂ % 100ekoa zen

inguruko airearekin; TA, 140/80mm Hg; Elektrokardiograma: erritmo sinusala, STaren jaitsierarik ez. Abdomeneko TAC bat kontrastearekin egin zitzaion: giblean ikusitakoa hemangioma gisa deskribatuta. Ziprofloxazinoa ematen hasi eta solairuan ingresatu zuten. Solairuan bi ordu zeramatzala, berriro TAS, 75mmHg; SatO₂, % 89 inguruko airearekin; T^a, 39°; goragalea eta abdomeneko mina, beraz, ZIUra bideratu zuten. Tratamendu hau hasi zen: Bankomizina, Zeftriaxona, Fenilefrina, Difenhidramina, Adrenalina, Erranitidina eta Oseltamibir. EKOKARDIOGRAMA: eiekzio-frakzio normala, eskuineko bentrikularen hipertrofia funtzio normalarekin, eskuineko aurikularen dilatazioa, gutxiegitasun mitral arina. Toraxeko TAC: TEP daturik ez. Hipotentsioa bi ordutan konpondu zen eta adrenalina emateari utzi zen. ANALITIKA: Glukosa (mg/dl), 168; Urea (mg/dl), 26; Kreatinina (mg/dl), 2.20; gibleko profila; Na; K; Kaltzioa; Magnesioa; Fosforoa alteraziorik gabe. Albumina eta Globulinak alteraziorik gabe. PCR (mg/liter) 57. C3 (86-184) 47, C4 (20-58) 13. Leukozitoak, 22.300/mm³ (92%P, 10%L, 3%M 2%E).Hto. % 32; Hb (g/dl) 10,6; Plaketak, 270.00/mm³; Troponina seriatu negatiboak. Kortisola (micro/dl), 29,6. Azido laktikoa (nmol/liter), 1. 4. ZIU egindako egonaldian, hemokultibo, Urokultibo eta Koprokultibo negatiboak. *Clostridium difficile* toxina negatiboa. Arrautzak eta parasitoak eginkarietan: negatibo. GIB negatiboa. Faringeko frotisa A eta B motako Influenza birusarentzat, negatibo. Osteko 3 egunetan, hobera egin zuen eta solairura eraman zuten azterketarekin jarraitzeko. Emaizta berriak jaso ziren: Serologia atipiko negatiboak. VHB eta VHC, negatibo. *Helicobacter pylori* negatiboa. ANA negatiboa. EKOGRAFIA ABDOMINO-PELBIKOA: gibleko hemangiomarekin bateragarria. Pareta besikularren distentsio zehaztugabea. Azterketa burutu zen.

GALDERAK:

- 1. Arazo kliniko aipagarrienen zerrenda**
- 2. Diagnostiko diferentzial arrazoitua**
- 3. Proba diagnostikoa (bat edo gehiago)**
- 4. Diagnostiko klinikoa, ordenean jarrita, lehentasunaren arabera**
- 5. Jarrera terapeutikoa**

86 urteko gizonezkoa, ez erretzailea; hipertentsio arteriala du eta 2 motako diabetes mellitusa, erretinopatia diabetiko ez-proliferatiboarekin eta nefropatia diabetikoarekin, alkohol etiologiako zirrosi hepatikoa, aurretiko deskonpentsaziorik gabe, giltzurruneko gutxiegitasun kronikoa tarte nefrotikorik gabeko proteinuriarekin eta 2.5 mg/ dl-ko kreatinina basalarekin, anemia kroniko normozitiko normokromikoa 11 g/ dl-ko hemoglobina basalarekin (Hb) eta kardiopatia hipertentsiboa, eta bihotz-gutxiegitasunagatik zenbait ingresu izan ditu. Disnea basala NYHA II/ I (New York Heart Association). 2 urte arinagoko ekokardiograma batek zera adierazten zuen: Ezkerreko bentríkulu (VI) dilatatu gabea, hipertrofiarik gabea, Eiekzio-frakzioa (FE) > % 55. Anomalia erregionalik ez. Disfuntzio diastolikoaren irizpideak. Ezkerreko aurikula (AI) arinki dilatatu. Eskuineko barrunbeak dilatatu gabe, eskuineko bentríkuluaren funtzio normala eta biriketako hipertentsio arterialaren irizpiderik gabe. Ospitalean ingresatu zuten 3 hilabetez, ezkerreko hankako tronbosi benoso sakon (TVP) popliteo bategatik, eta fibrilazio aurikularra (FA) hauteman zen; gerora erritmo sinusalera itzuli zen, amiodarona emanda. Toraxeko erradiografiak (Rx) ez zuen aurkikuntza adierazgarrikerik erakutsi. Biriketako tronboembolismoa (TEP) baztertu zen ordenagailu bidezko angiotomografia axial (AngioTAC) bidez, eta aurretik ikusitakoaz bestelako aurkikuntzarik eman ez zuen ekokardiograma bat egin zen. Ingresatuta egon zen bitartean neuroleptikoak erabili ziren, agitazio eta nahasmendu koadro bategatik. Hau da pazientearen ohiko tratamendua: omeprazol 20: konprimatu 1 gosarian; AAS 100: konprimatu 1 bazkarian; epoetina alfa 8000 UI / asteko; burdina ahotik konprimatu 1 egunean; furosemida: konprimatu 1 gosarian; kandesartan 16mg, konprimatu 1 gosarian; pitabastatina 2mg, konprimatu 1 afarian; febuxostat 40 mg: konprimatu 1 bazkarian; glargina intsulina 16 unitate / egunean; lormetazepam 2 mg/ gauean. Alta ematerakoan, esandakoez gain, azenokumarol eta amiodarona konprimatu 1 gosarian hartzeko agindu zitzaion. Barthel egoera basalean: 100/75; makulua behar du ibiltzeko. Telefonoa eta dirua erabiltzeko gai da baina ez du medikazioa kontrolatzen. Minimal: 30/25. Alarguna da, bere etxean bizi da, ez du seme-alabarik eta zaintzaile bat izaten du egunero 4 orduz, astelehenetik igandera. Noizbehinka likidoetarako disfagia orofaringeoak duela adierazten du, gero eta maizago, eta horrez gain, idorreria; azken 6 hilabeteetan 2 aldiz erori da: lehenengo erorikoarekin, larrialdietara joan behar izan zuen traumatismo kraneoentzefaliko (TCE) arinarekin, eta azkenekoan, ingresua baino 7 egun lehenago, etxean, zorabiatzen zela nabaritu zuen aulkitik altxatzen saiatzean, konortea galdu gabe. Lurretik altxatzeko laguntza behar izan zuen.

Larrialdi zerbitzuetara dator eta azken 3 asteetan ohiko disnea areagotu zaiola adierazten du, atsedeneko disnea bilakatu arte; nekatuago dago, edemak handitu zaizkio beheko gorputz-adarretan eta diuresia gutxitu zaio. Lehen mailako arretako medikuarekin kontsultatu zuen; indikazioa, hauxe: furosemida dosia handitzea, konprimatu 1 gosariarekin eta konprimatu 1 bazkariarekin. Ez du adierazi pisua edo jangura galdu duenik. Ingresuaren egunean ondoez

orokorra aipatu du, toraxeko betetasun sentrazioa, atsedeneko disnea eta ez tul gutxi. Bere zaintzaileak nahasiago eta desorientaturik ikusten du. Larrialdietako miaketaren arabera, tentsio arteriala (TA), 110/ 60 mmHg; Temperatura (T^a), 36,8 °C; Bihotz-maiztasuna (FC): 80 lpm; Arnas maiztasuna (FR), 24 rpm; jugularren ingurgitazioa, 45 °C positibo. Kontziente dago baina denbora- eta leku-desorientazioa du. Haztatzean ez zaio adenopatia laterozerbikalik ezta lepauztai-gainekorik ere nabaritzen. Bihotzaren auskultazioak bihotz-tonu motelak ematen ditu, erritmikoak. Biriken auskultazioan, hipoaireztapena ezkerreko oinaldean eta krepitante arinak eskuineko oinaldean. Abdomena bigun dago, deprimigarri, eta haztatzean mina ematen dio eskuineko hipokondrioan. Beheko gorputz-adarretan fobeadun edemak ditu. Badauka pultsua izterrean, popliteoan eta oinean. Proba osagarriak egin zaizkio, eta hona emaitza: glukosa, 95 mg/ dl; kreatinina, 2,8 mg/ dl; sodioa, 133 mEq/L; potasioa, 4,9 mEq/L; proteina C-erreaktiboa, 18 mg/ dl; peptido natriuretiko (BNP), 850 pg/mL; CPK, 20 U/L; T troponina ultrasentsiblea, 45 pg/mL (3 ordutara 47 pg/ mL); hemoglobina, 9,5gr/dL; VCM, 89,4 fL; HCM, 29 pg; plaketak, 115.000/mm³; leukozitoak, 7.500/mm³; neutrofiloak, % 80; INR, 7,5; protrombina tasa, % 15. Gasometria arteriala: pH 7,36; PO₂: 55 mmHg; pCO₂, 40 mmHg; O₂Sat, % 89. Tirotropina (TSH), 2,33 mcU/ mL; bilirrubina totala, 3,3 mg/dl; bilirrubina zuzena, 2,2 mg/ dl; AST, 150 U/L; ALT, 225 U/L; GGT, 245 U/l; FA, 151 U/L; Proteina totalak, 5,9 g/dl; albumina, 2,9 g/ dl; Hb A1c, % 6,5; VSG, 10 mm. Elektrokardiograman, QRS konplexuen boltajea gutxituta deribazio guztietan; erritmo sinusala, FC 86 lpm. Toraxeko erradiografian kardiomegalia eta ezkerreko pleurako isuria ageri dira. Pazientea bihotz-gutxiegitasun kongestiboaren diagnostikoarekin ingresatu dute. Hurrengo 48 orduetan okerrera egiten du, kontzientzia-maila gutxitzen zaio, takipnea du, 120 lpm-ko takikardia sinusala, TA 85/ 60mmHg eta oligoanuria, T^a 36°C. Elektrokardiograman: takikardia sinusala alternantzia elektrikoarekin. Toraxeko Rx egiten zaio eta bihotz-silueta handitu zaiola eta ezkerreko pleurako isuriak hor jarraitzen duela ikusten da. Egindako analitikak hauxe adierazten ditu: kreatinina, 3,5 mg/ dl; sodioa, 130 mEq/L; potasioa, 5 mEq/L; proteina C-erreaktiboa, 25 mg/ dl; T troponina ultrasentsiblea, 52 pg/mL; hemoglobina, 9 gr/dL; plaketak, 125.000/mm³; leukozitoak, 8.500/mm³; neutrofiloak, % 82; INR, 5; protrombina tasa, % 20.

1.- Zerrendatu pazienteak dituen arazoak

2.- Zein da susmo klinikoa kasuaren datu klinikoei begira? Zer proba eskatuko zenuke hori berresteko eta zer jarrera izango zenuke? Arrazoitu erantzuna

3.- Eman diagnostiko diferentzial arrazoitua aukera etiologikoen inguruan. Beste zer proba osagarri eskatuko zenituzke?

4.- Diagnostiko klinikoa, ordenean jarrita, lehenetsunaren arabera

5.- Zer esku-hartze egin behar dugu paziente honekin dituen arazoak ikusita?

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren
19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución 111/2018 de 7 de febrero
de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de
febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

2. ariketa / 2º ejercicio

CASO CLINICO

Varón de 37 años que es enviado a Urgencias por episodio súbito de dolor epigástrico, náuseas, reacción cutánea e hipotensión. La mañana del ingreso había iniciado cuadro gripal con estornudos, rinorrea, dolor faríngeo. En el trabajo y tras la comida toma un compuesto antigripal con AAS, fenilefrina y dextrometorfano. A los 30 minutos comienza con malestar, sensación mareo, dolor epigástrico, vómitos y reacción cutánea. Es ayudado por compañero de trabajo al presentar cuadro pre sincopal. Se avisa a Emergencias y al llegar el paciente está consciente, mareado, no focalidad neurológica. TA 55/33 mmHg, SatO₂ 100% con mascarilla, AC rítmico 100x, FR 16, enrojecimiento cutáneo. EKG bradicardia, rítmico, T negativas. Se inicia suero salino, se administra Ondansetron y se envía Urgencias del Hospital. A su llegada a urgencias refería dolor torácico, dolor abdominal. En la Exploración estaba consciente, orientado, reacción cutánea a modo de enrojecimiento generalizado (sobre todo en mitad superior cuerpo), TA 57/33mmHg, T^a 36°, FR 26x, FC 100 arrítmico. SatO₂ 93% con gafas a 4 l. CyC: no plétora. Tórax: AC arrítmico, AP sin sibilancias ni ruidos respiratorios. Abdomen discretamente distendido y doloroso, no peritonismo, ruidos presentes. EE: buena perfusión, calientes y relleno capilar adecuado. El paciente refería episodios similares desde hacía 12 años aunque en el último año más frecuentes. Había relacionado dichos episodios con stress físico, stress emocional y ejercicio extenuante. En los episodios presentaba de modo brusco fatiga, enrojecimiento, inyección conjuntival, dolor abdominal, vómitos y diarrea. Había acudido a varios Hospitales y en todos los episodios TAS en torno 60mmHg. Cedían con suero salino en cantidad moderada. Se había realizado el DG de deshidratación y stress. No había otros antecedentes de interés. No hábitos tóxicos. No tomador de productos de herboristería. No conocía alergias medicamentosas. Trabajaba en el sector de la salud. Participaba en Triatlones. Los días previos no había comido marisco, no comida diferente. ANALITICA en Urgencias: Glucosa (mg/dl) 122, Urea (mg/dl) 11, Creatinina(mg/dl) 1.35, perfil hepático sin alteraciones. HRF: leucocitos 13.800/mm³ (59%P,30%L, 2%M, 1%E), Hb(g/dL)13, Hto. (%) 40, Plaquetas 327.000/mm³, Na, K, Calcio, Fósforo, Magnesio sin alteraciones. Troponina T y CK-MB sin alteraciones. Amilasa y Lipasa normales. Coagulación: Tiempo protrombina alargado. Ac. Láctico(mmol/liter)1.8. NT-proBNP (pg/ml) 679. EKG: ACFA, 100x, ST elevado en aVR y V1 y descenso ST en I, II, III, aVF y V3 a V6. Rx Tórax: redistribución vascular. Se inició AAS, suero salino y la TA ascendió en torno 140/80 mmHg pero persistía enrojecimiento cutáneo y vómitos por lo que se administró Ondansetron. En la siguiente hora en Urgencias mejoría: remitieron los vómitos, SatO₂ 100% con aire ambiente, TA 140/80mm Hg, EKG: ritmo sinusal, no descenso ST. Se realizó TAC Abdominal con contraste: imagen en hígado descritas como hemangiomas. Se inició ciprofloxacino e ingresó en planta. A las dos hora de estar en

planta de nuevo TAS 75mmHg, SatO2 89%con aire ambiente, Tª39°, vómitos y dolor abdominal por lo que pasa a UCI. Se inició Vancomicina, Ceftriaxona, Fenilefrina, Difenhidramina, Adrenalina, Ranitidina, y Oseltamivir. ECOCARDIOGRAMA: fracción eyección normal, hipertrofia ventrículo derecho con función normal, dilatación aurícula derecha, leve Insuficiencia mitral . TAC Torácico: no datos de TEP. La hipotensión se resolvió en dos horas y se suspendió adrenalina. ANALITICA: Glucosa (mg/dl)168, Urea (mg/dl) 26, Creatinina (mg/dl) 2.20; perfil hepático, Na, K, Calcio, Magnesio, Fósforo sin alteraciones. Albúmina y Globulinas sin alteraciones. PCR (mg/liter) 57. C3 (86-184) 47, C4 (20-58) 13. Leucocitos 22.300/mm3 (92%P, 10%L, 3%M 2%E).Hto. 32%, Hb (g/dl) 10,6, Plaquetas 270.00/mm3, Troponinas seriadas negativas. Cortisol (micro/dl) 29,6. Ac. Láctico (nmol/liter) 1.4. Durante su estancia en UCI hemocultivos, Urocultivo, Coprocultivo negativos. Toxina Clostridium difficile negativo. Huevos y parásitos en heces negativo. VIH negativo. Frotis faríngeo para Virus Influenza tipo A y B negativo .Los 3 días siguientes mejoría y pasó a planta para continuar el estudio. Llegaron nuevos resultados: Serología atípicas negativas. VHB y VHC negativo. Helicobacter pylori negativo. ANA negativo. ECOGRAFIA ABDOMINO PELVICA: compatible hemangioma hepático. Distensión inespecífica pared vesícula. Se completó el estudio.

PREGUNTAS:

- 1. Listado de problemas clínicos más relevantes**
- 2. Diagnóstico diferencial razonado**
- 3. Prueba o pruebas diagnósticas**
- 4. Diagnóstico clínico en orden de preferencia**
- 5. Actitud terapéutica**

Varón de 86 años, no fumador con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética no proliferativa y nefropatía diabética, cirrosis hepática de etiología alcohólica sin descompensaciones previas, insuficiencia renal crónica con proteinuria sin rango nefrótico con creatinina basal 2.5 mg/ dl, anemia crónica normocítica normocrómica con niveles de hemoglobina basal (Hb) de 11 gr/ dl, cardiopatía hipertensiva con varios ingresos por insuficiencia cardíaca. Disnea basal NYHA II/ I (New York Heart Association). Un ecocardiograma de 2 años atrás nos informaba de un Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, no hipertrófico, Fracción de eyección (FE) > 55%. Ausencia de anomalías regionales. Criterios de disfunción diastólica. Aurícula izquierda (AI) dilatada ligera. Cavidades derechas no dilatadas con función del ventrículo derecho (VD) normal y sin criterios de hipertensión arterial pulmonar. Permaneció ingresado en medio hospitalario hace 3 meses por una trombosis venosa profunda (TVP) poplítea de la pierna izquierda y se detectó la presencia de fibrilación auricular (FA) que se revertió a ritmo sinusal con amiodarona. La radiografía (Rx) de tórax no presentaba hallazgos significativos. Se descartó tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante angiotomografía axial computerizada (AngioTAC) y se realizó un ecocardiograma que no mostraba hallazgos nuevos a los ya conocidos. Durante el ingreso precisó el uso de neurolepticos por cuadro de agitación y confusión. El tratamiento habitual del paciente es omeprazol 20: 1 c en desayuno, AAS 100: 1 c en comida, epoetina alfa 8000 UI / semana, hierro oral 1 c al día, furosemida: 1 c en desayuno, candesartan 16mg 1c en desayuno, pitavastatina 2mg 1 c en cena, febuxostat 40 mg: 1 c en comida, insulina glargina 16 unidades / día, lormetazepam 2 mg/ noche. Al alta se añadió acenocumarol y amiodarona 1c en desayuno. El paciente tiene en situación basal con Barthell de 75/ 100, precisa apoyo de una muleta para la deambulacion. Es capaz de utilizar el teléfono y manejar el dinero pero no controla la medicación. El Minimental es de 25/ 30. Es viudo, vive en su domicilio, no tiene hijos y tiene un cuidador durante 4 horas al día de lunes a domingo. Nos refiere disfagia orofaríngea para líquidos de forma ocasional, siendo estos episodios cada vez más frecuentes, estreñimiento y 2 caídas en los últimos 6 meses, la primera preciso acudir al servicio de urgencias por traumatismo craneoencefálico (TCE) leve y la última 7 días antes a su ingreso, en su domicilio, sintió un mareo al intentar levantarse de la silla, sin pérdida del conocimiento. Preciso ayuda para levantarse del suelo.

Acude al servicio de urgencias refiriendo, en las últimas 3 semanas aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, mayor cansancio, aumento de los edemas en extremidades inferiores (EEII) y disminución de la diuresis. Consultó con su médico de atención primaria (MAP) y se le indicó aumentar la dosis de furosemida a 1 comprimido en el desayuno y 1 comprimido en la comida. No refiere pérdida de peso ni de apetito. El día del ingreso refiere afectación del estado general, sensación de plenitud torácica, disnea de reposo y tos escasa. Su cuidador lo nota más confuso y desorientado. La exploración en urgencias nos informa de una tensión arterial (TA) 110/

60 mmHg, Temperatura (Tª) 36.8 °C Frecuencia cardiaca (FC): 80 lpm, Frecuencia respiratoria (FR) 24 rpm, ingurgitación yugular (IY) a 45 °C positiva. Se encuentra consciente pero desorientado en tiempo y espacio. No se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. La auscultación cardiaca los tonos cardiacos están apagados, rítmica. En la auscultación pulmonar oímos hipoventilación en base izquierda y ligeros crepitantes en base derecha. El abdomen está blando, depresible y doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. En las EEII hay presencia de edemas con fovea. Pulsos femorales, poplíteos y pedios presentes. Se le realizan pruebas complementarias que nos informan de glucosa 95 mg/ dl, creatinina 2.8 mg/ dl, sodio 133 mEq/L, potasio 4.9 mEq/L, proteína C reactiva 18 mg/ dl, péptido natriuretico (BNP) 850 pg/mL, CPK 20 U/L Troponina T ultrasensible 45 pg/mL (a las 3 horas 47 pg/ mL), hemoglobina 9.5gr/dL, VCM 89.4 fL, HCM 29 pg, plaquetas 115.000/mm³, leucocitos 7.500/mm³, neutrófilos 80%, INR 7.5, tasa de protrombina 15%. Gasometría arterial: pH 7.36, PO₂: 55 mmHg, pCO₂ 40 mmHg, % O₂ 89%. Tirotropina (TSH) 2.33 mcU/ mL, bilirrubina total 3.3 mg/dl, bilirrubina directa 2.2 mg/ dl, AST 150 U/L, ALT 225 U/L, GGT 245 U/l, FA 151 U/L, Proteínas totales 5.9 g/dl, albumina 2.9 g/ dl, Hb A1c 6.5%, VSG 10 mm. En el electrocardiograma (ECG) disminución del voltaje de los complejos QRS en todas las derivaciones, ritmo sinusal, FC 86 lpm. En la Rx de tórax se observa cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. El paciente ingresa con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva. En las siguientes 48 horas sufre un empeoramiento clínico con disminución del nivel de conciencia, taquipnea, taquicardia sinusal a 120 lpm, TA 85/ 60mmHg y oligoanuria, Tª 36°C. En el ECG: taquicardia sinusal con alternancia eléctrica. Se realiza una Rx tórax que muestra un aumento del tamaño de la silueta cardiaca y persistencia del derrame pleural izquierdo. La analítica realizada nos informa de una creatinina 3.5 mg/ dl, sodio 130 mEq/L, potasio 5 mEq/L, proteína C reactiva 25 mg/ dl, Troponina T ultrasensible 52 pg/mL, hemoglobina 9 gr/dL, plaquetas 125.000/mm³, leucocitos 8.500/mm³, neutrófilos 82%, INR 5, tasa de protrombina 20%.

1.- Enumere un listado de problemas del paciente

2.- ¿Cuál es la sospecha clínica con los datos clínicos del caso, qué pruebas solicitarías para confirmarlo y cuál sería tu actitud? Razona tu respuesta

3.- Diagnóstico diferencial razonado sobre posibilidades etiológicas y qué otras pruebas complementarias solicitarías?

4.- Diagnóstico clínico en orden de preferencia

5.- ¿Qué intervenciones debemos de realizar en este paciente si tenemos en cuenta sus problemas?