

SUPUESTO PRÁCTICO

1. MOTIVO DE CONSULTA

Acude al Servicio de Urgencias del Hospital por disnea progresiva.

2. ANTECEDENTES:

Valoración general: Edad: 81 años

Condición: Buen nivel cognitivo y funcionalidad en Residencia; movilización y actividades dentro del entorno.

Voluntades anticipadas: La paciente ha expresado el deseo de evitar maniobras invasivas y estudios en profundidad.

Antecedentes médicos:

Hipertensión arterial (HTA)

Diabetes Mellitus tipo II de más de 20 años de evolución.

Insuficiencia Renal Crónica grado 3

Artrosis de ambas rodillas que dificultan ABVD

Hipercolesterolemia

Cardiopatía isquémica: Cateterismo previo con stent en arteria descendente anterior (DA); lesiones en arteria coronaria derecha (CD) y diagonal no tratadas.

Fibrilación auricular (FA) permanente, en tratamiento con anticoagulante.

Insuficiencia cardíaca.

Cirugías previas: Faquectomía, colecistectomía, apendicetomía, cirugía de cadera izquierda y tratamiento para cardiopatía isquémica.

3. TRATAMIENTO HABITUAL

- Telmisartán 40 mg, 1/día.
- Amlodipino 5 mg, 1/día.
- Furosemida 40 mg, cada 12 h.
- Omeprazol 20 mg, 1/día.
- Nitroglicerina en parche transdérmico de liberación prolongada de 5 mg/24 h, 1/día.
- Espironolactona 25 mg, 1/día.
- Escitalopram 10 mg, 1/día.
- Gabapentina 300 mg, cada 12 h.
- Rivaroxabán 15 mg, cada 24 h.
- Tramadol/paracetamol: 37.5/325 cada 6 h.
- Simvastatina 40 mg, 1 /dia.
- Metformina 850 mg. 1/12 h.

4. HISTORIA ACTUAL

La paciente y su familia refieren un incremento de la disnea en el último mes o mes y medio, acentuado en los últimos dos días.

Síntomas adicionales: sensación opresiva ocasional retroesternal y edema en extremidades inferiores (EEII).

Tratamiento previo por médico de atención primaria (MAP) con furosemida subcutánea, sin mejora.

5. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes: PA: 174/96 mmHg; FC: 91 lpm; Tª: 36.1°C; SatO2 (respirando aire ambiente): 85%
- **Estado general:** Paciente consciente y orientada, con discurso coherente. Hipoacusia. Disnea conversacional y con mínimos esfuerzos. Ingurgitación yugular (IY) ++, palidez, piel seca, bien perfundida.
- **Auscultación cardíaca:** Tonos arrítmicos. Soplo pansistólico panfocal, predominante en válvula mitral y aórtica, con irradiación a cuello y axila.
- **Auscultación pulmonar:** Hipoventilación en hemitórax derecho, con disminución de la transmisión vocal a ese nivel y matidez a la percusión. Crepitantes en base pulmonar izquierda.
- **Abdomen:** Blando y depresible. Hepatomegalia sin esplenomegalia.
- **Extremidades inferiores (EEII):** Edema con fóvea hasta rodillas. Sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). Pulsos presentes y simétricos.

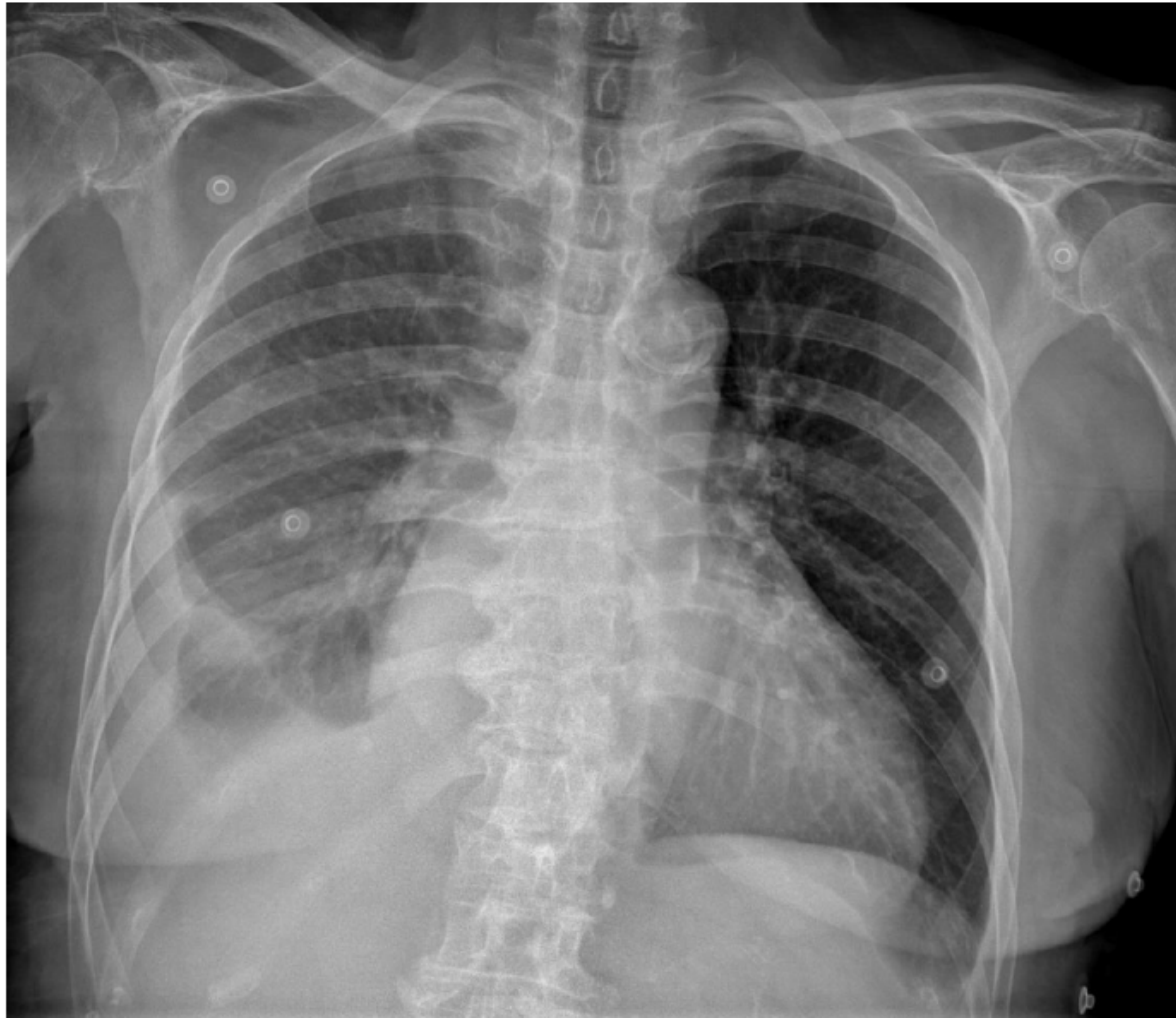
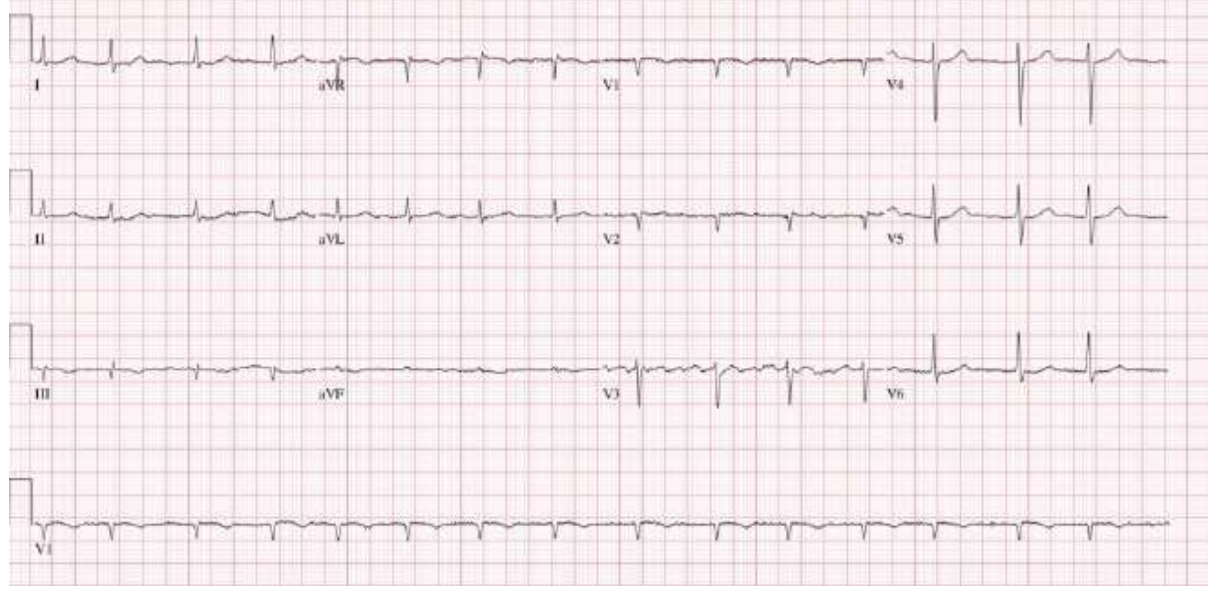
6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Analítica: Bioquímica: glucosa 131 mg/dl; creatinina 2,90 mg7dl; NTpro BNP 4053 pg/ml, sodio 140 mmol/L, potasio 5.03 mmol/L. Filtrado Glomerular Estimado 35 ml/m.

Gasometría venosa: pH 7,3, lactato 2.3 mmol/L

Hemograma: Hb 7,5 g/dl, VCM 66 fl, 3500 leucocitos/mm3; 159000 plaquetas/mm3

ECG:



PREGUNTAS

1. Valoración de las pruebas complementarias. (4 puntos)
2. Qué otras pruebas consideras que son necesarias realizar. (2 puntos)
3. Diagnósticos diferenciales. (2 puntos)
4. Valoración diagnóstica. (2 puntos)
5. Consideraciones sobre el tratamiento actual del paciente. (2 puntos)
6. Nueva pauta terapéutica. (4 puntos)
7. Qué escalas diagnósticas y de valoración proponer realizar. Cognitivas y de valoración del riesgo tromboembólico y hemorrágico. (4 puntos)