

CLÍNICA MÉDICO-QUIRÚRGICA III
Junio de 2011

Los alumnos deberán contestar 3 casos clínicos (la contestación de más casos clínicos anulará el examen).

CASO 1

Varón de 90 años con antecedentes de HTA, ex-fumador, bebedor de 60-80 grs. de alcohol al día, portador de marcapasos, insuficiencia renal crónica leve (Cr en torno a 1-1.3, filtrado glomerular estimado 40-50ml/min/m²) y en buena situación basal. AQ: prostatectomía por adenoma. Seguía tratamiento con Seguril:1c/d, Aldactone 100mg/d, Zyloric 300mg/d. Enfermedad actual: Presenta desde hace 3m astenia y anorexia, con pérdida de 5 Kg de peso. Refiere disnea desde hace un mes, por lo que se realizó Rx tórax presentando derrame pleural bilateral y se instauró tratamiento diurético, con mejoría clínica. Hábito intestinal estreñido de larga evolución. Dolor lumbar de c. mecánico de años de evolución. Exploración física: TA: 105/60 tº 35.6°C Sat. O₂ 90%. Consciente, orientado en persona y espacio, parcialmente tiempo; caquéctico; eupneico en reposo; no adenopatías; AC rítmica; AP: MVC; abdomen blando, depresible, no doloroso, no parecen palpase masas ni organomegalias; no edemas ni signos de flebitis, signos de arteriopatía periférica; no focalidad neurológica. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 14650 (N885 L 5%) Hb 16 VCM 98 CHM 32 CHCM 33 RDW 14.8 plaq.190000 AGPP 71% tiempo de cefalina 39 seg Glu 133 mg/dl U 173 mg/dl Cr 2.2 mg/l Na 132 mEq/l K 4.7 mEq/l CPK 37 Bir 1.7 mg/dl GOT 36 amilasa 89 Ca 9.6. Rx tórax: sin hallazgos patológicos significativos. EKG: ritmo de marcapasos normofuncionante. Evolución: durante el ingreso avisan por la noche al médico de guardia por encontrarse desorientado "cree estar en su domicilio", intentar levantarse continuamente de la cama. El MG da la orden verbal de administrarle media ampolla de haloperidol IV.

1. En relación a la historia clínica del paciente:
 - A. Los datos son suficientes para enfocar el manejo diagnóstico.
 - B. Dada la edad del paciente, no se beneficia de ningún estudio diagnóstico.
 - C. Es normal una pérdida de 5 Kg de peso en 3 meses en pacientes de más de 90 años.
 - D. **Sin una valoración geriátrica integral no se puede realizar un enfoque diagnóstico ni terapéutico adecuados.**
 - E. Las respuestas B y D son correctas.

2. Durante el ingreso el paciente está inquieto, desorientado. ¿Cuál de las respuestas siguientes es correcta?
 - A. El paciente presenta empeoramiento de su demencia senil.
 - B. Presenta un cuadro confusional agudo.
 - C. Es normal que los pacientes mayores estén desorientados cuando ingresan en un hospital.
 - D. Es necesario realizar una valoración urgente.
 - E. **Las respuestas B y D son correctas.**

3. El paciente presenta empeoramiento de la función renal. ¿Cuáles de los siguientes factores pueden ser probablemente la causa?
 - A. Aldactone.
 - B. Seguril.
 - C. Escasa ingesta oral.
 - D. Retención aguda de orina.
 - E. **Todos los anteriores.**

4. En cuanto al manejo del paciente por parte del médico de guardia:
 - A. Es correcta la administración de haloperidol IV en estos pacientes.
 - B. Se necesita realizar restricción física por el peligro de caídas.
 - C. No es necesario avisar al médico de guardia.
 - D. Todas las anteriores son correctas.
 - E. **Ninguna de las anteriores es correcta.**

5. El paciente presentaba derrame pleural bilateral en Rx tórax de abril-2011. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?
 - A. **ICC**
 - B. Derrame pleural de origen metastásico.
 - C. Neumonía con derrame metaneumónico.
 - D. Malnutrición proteica.
 - E. Amiloidosis.

CASO 2

Un paciente, varón de 83 años, es traído por su familia por alteración del comportamiento. De él conocemos que está diagnosticado de diabetes mellitus tipo II desde hace 8 años y que sufrió un infarto inferior hace 5 años. La familia consulta porque en los últimos 2 días presenta de forma fluctuante lenguaje incoherente, comportamiento extraño, disminución para dirigir adecuadamente la atención, alteración de la memoria y desorientación temporoespacial. Realiza tratamiento con AAS (100 mg/día), carvedilol 6,25 (1 – 0 -1), enalapril 5 (0 – 0 -1), metformina 850 (1/2 – 0 – 1/2) y simvastatina 10 (0 – 0 – 1). En la exploración física el paciente se encuentra afebril, con PA de 158/87 mmHg, pulso rítmico a 85 lpm y frecuencia respiratoria a 13 rpm. Está consciente, algo hiperactivo, orientado en persona, desorientado en tiempo y lugar, con afectación clara de la memoria inmediata y reciente y con un discurso incomprensible y con tendencia a repetir las mismas respuestas ante preguntas diferentes. Los signos meníngeos son negativos y no tiene datos de focalidad neurológica. Está normocoloreado y normohidratado, sin sudoración. La PVY es normal. La auscultación cardíaca es rítmica y sin soplos y la pulmonar no muestra ruidos anómalos. La exploración del abdomen y las extremidades no muestran anomalías.

6. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- Síndrome confusional agudo o delirium.**
 - Demencia tipo Alzheimer.
 - Depresión mayor.
 - Mutismo acinético.
 - Simulación.
7. ¿Cuál de los siguientes puede ser causa del cuadro descrito?
- Infección urinaria.
 - Hipoglucemia.
 - Tromboembolismo pulmonar.
 - Intoxicación o abstinencia de benzodiazepinas.
 - Todas las anteriores.**
8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- Ante esta situación la actitud diagnóstica debe ir encaminada a identificar el cuadro clínico e identificar la etiología.
 - La anamnesis a los familiares debe recoger información sobre los síntomas del paciente, así como su cronología en cuanto a forma de comienzo y evolución.
 - Son datos fundamentales los antecedentes inmediatos que precedieron al cuadro: fiebre, traumatismo, cambios de domicilio, inmovilización del anciano, privación del sueño, así como la medicación recibida
 - No es relevante conocer las funciones cognitivas y actividad habitual que realizaba este paciente antes de comenzar el cuadro.**
 - Entre las exploraciones iniciales de este paciente deben incluirse la determinación de la glucemia capilar y temperatura.
9. En el tratamiento inicial de estos pacientes se deben incluir siempre todas las medidas siguientes, salvo una de ellas. Señálela
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea y hemodinámica, si es necesario.
 - Administrar vitamina B1.**
 - Retirada de prótesis dentales y aspirar secreciones, si las presenta.
 - Corregir factores causantes o precipitantes, como hipoglucemia, fiebre, deshidratación, retención urinaria, impactación fecal, etc.
 - Evitar que el paciente permanezca sólo y asegurar que tenga sus gafas y/o audífono, si los usa.
10. El tratamiento farmacológico específico incluirá.
- Antipsicóticos clásicos, como haloperidol, o bien atípicos, como risperidona u olanzapina.**
 - Donepezilo o rivastigmina y memantina.
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
 - Litio y clorpromazina.
 - Acido valproico o carbamacepina.

CASO 3

Un paciente de 63 años acude a Urgencias refiriendo inflamación de la rodilla izquierda desde hace unas 48 horas. En la exploración física se constata artritis sólo en esa articulación y la presencia de fiebre de 38°C.

11. En ese momento, el diagnóstico sindrómico sería de:
- Monoartritis aguda.**
 - Poliartritis aguda.
 - Artritis palindrómica.
 - Artrosis.
 - Espondiloartritis.
12. Entre las pruebas iniciales a realizar estarían:
- Una analítica de sangre con factor reumatoide.
 - Una radiografía simple de la articulación.
 - Una artrocentesis diagnóstica.**
 - Un electrocardiograma.
 - Una ecografía articular.
13. ¿Cuál de las siguientes datos nos puede ayudar a hacer un diagnóstico correcto?
- Unos niveles de ácido úrico en sangre elevados.
 - Un recuento de leucocitos en el líquido sinovial $>50\ 000/\text{mm}^3$.
 - La presencia de un factor reumatoide positivo.
 - La presencia de cristales birrefringentes positivos intracelulares en el líquido sinovial.**
 - La presencia de un antígeno HLAB27 en el paciente.

14. En una analítica de sangre se observa una VSG elevada de 50 mm y leucocitosis lo que:
- Confirma el diagnóstico de artrosis.
 - Indica que es una artritis infecciosa.
 - Sugiere el diagnóstico de artritis reumatoide.
 - No descarta una artritis por cristales de pirofosfato.**
 - Sugiere que los resultados de los análisis están confundidos y no corresponden al paciente.
15. El tratamiento más adecuado en este paciente sería:
- Antibióticos por vía oral.
 - Metotrexate por vía subcutánea.
 - Colchicina, corticosteroides o antiinflamatorios no esteroideos por vía oral.**
 - Analgésicos y observación.
 - Inmovilización de la rodilla, elevación y frío local.

CASO 4

Una mujer de 25 años de edad, acaba de sufrir una caída en la calle. Desde entonces sufre dolor intenso en la ingle derecha y está incapacitada para levantarse del suelo. Acude al servicio de urgencias del Hospital Clínico en el que es diagnosticada de una fractura subcapital o intracapsular del cuello del fémur sin desplazamiento. Se indica el ingreso en el Servicio de Traumatología para su tratamiento.

16. ¿Cuál era la actitud del miembro inferior derecho en la camilla?
- En fijación elástica.
 - En actitud similar a la del miembro inferior izquierdo, no lesionado.**
 - En abducción y flexión de la rodilla.
 - En adducción y rotación interna.
 - En rotación externa, descansando el borde externo del pie en la sabanilla de la camilla.
17. En la exploración física, además de la actitud del miembro inferior derecho, podemos encontrar:
- Dolor a la palpación en la ingle.
 - No existe acortamiento del miembro inferior derecho respecto al izquierdo.
 - Los pulsos arteriales distales están conservados.
 - Incapacidad para la deambulación.
 - Todas las anteriores.**
18. Realizada la exploración clínica se solicita como primer pilar diagnóstico necesario:
- Estudio radiográfico de la articulación coxofemoral estándar.**
 - TAC de la cadera.
 - RM.
 - Artrografía de la cadera.
 - Ecografía de la cadera.
19. ¿Qué tipo de tratamiento se le debe plantear a la paciente y a la familia para solicitar el consentimiento informado?
- Sustitución cefálica mediante prótesis parcial de la cadera.
 - La tracción esquelética.
 - Osteosíntesis a la mayor brevedad posible (urgencia).**
 - La reducción y contención externa con una ortesis o con un pelvipédico.
 - Cualquiera de las anteriores.
20. Los cuidados posteriores al tratamiento deben prevenir:
- La deshidratación.
 - Las úlceras por decúbito.
 - Las infecciones urinarias.
 - Los fenómenos tromboembólicos.
 - Todas las anteriores.**

CASO 5

Mujer de 43 años, juez de instrucción y sin antecedentes de interés que sufre traumatismo craneoencefálico con lesión axonal difusa grave. La exploración a su ingreso muestra: Coma. Ojos abiertos al dolor. Pupilas isocóricas y reactivas. Lenguaje incoherente. Respuesta en flexión con la 4 extremidades.

21. ¿Cuál es la puntuación en la escala de Glasgow?
- (V:3, O:2, M:6)= 11.
 - (V:3, O:3, M:6)= 12.
 - (V:3, O:2, M:3) = 8.**
 - (V:2, O: 2, M:6)= 10.
 - (V2; O:2, M: 5)= 9.

22. A su ingreso se practica de forma inmediata una tomografía computarizada cerebral, ¿qué alteraciones esperaríamos encontrar?
- Hematoma epidural en fosa posterior.
 - Hematoma subdural agudo.
 - Hemorragias periventriculares.**
 - Edema de los polos temporales.
 - Dilatación ventricular supratentorial.
23. En función de la puntuación obtenida en la escala de coma de Glasgow, ¿qué tipo de traumatismo presenta esta mujer?:
- Traumatismo craneoencefálico grave.**
 - Traumatismo craneoencefálico leve.
 - Traumatismo craneoencefálico abierto.
 - Traumatismo craneoencefálico moderado.
 - Traumatismo craneoencefálico cerrado.
24. Qué tipo de neuromonitorización le indicaría:
- Presión intracraneal.
 - Saturación tisular de oxígeno.
 - Presión de perfusión cerebral.
 - Tensión arterial.
 - Todas.**
25. La paciente es dada de alta hospitalaria a los 2 meses del trauma. A los 18 meses del accidente presenta únicamente ligera bradipsiquia y pérdida de memoria para hechos recientes. ¿Cuál sería la puntuación en la escala de resultados de Glasgow (GOS)?
- 5
 - 2
 - 3
 - 4**
 - 6

CASO 6

Varón de 57 años con antecedentes de fibrilación auricular revertida con tratamiento farmacológico. Desde hace 5 años asintomático y sin tratamiento. No tenía ningún otro factor de riesgo vascular. A las 12,15 h y de forma brusca presenta dificultad para hablar y debilidad de las extremidades derechas. A las 13,22 h ingresa en Urgencias. La exploración del paciente mostró buen estado general. 88 kg de peso. PA 147/84 mm Hg. Arritmico por FA en el ECG. Temperatura axilar de 37,6° C. Glucemia 124 mg/dL. Plaquetas 287.000 /mL. Leucocitos 11.381 /mL. NIHSS 18. El estudio ultrasonográfico muestra carótidas permeables, sin placas y en el estudio transcraneal se observa un patrón de oclusión proximal de la arteria cerebral media (TIBI I).

26. ¿Qué prueba diagnóstica le pediría en primer lugar?
- Electroencefalograma.
 - TC cerebral sin contraste.**
 - TC cerebral con contraste.
 - RM con secuencias en T2.
 - RM con secuencias en DWI y perfusión.
27. ¿Qué dosis total de tPA por vía intravenosa le administraría?
- 60 mg.
 - 70 mg.
 - 80 mg.**
 - 90 mg.
 - 100 mg.
28. Además del tPA le administraría:
- 25 mg de digoxina.
 - 75 mg de clopidogrel.
 - 150 mg de aspirina.
 - 2 g de metamizol.**
 - 80 mg de atorvastatina.
29. A las 24 horas del tratamiento con tPA el paciente presentaba una NIHSS de 4. La TC cerebral mostró imagen de hipodensidad en el territorio de la arteria cerebral media con transformación hemorrágica puntiforme (IH1). ¿Qué tratamiento iniciaría?
- Anticoagulación.**
 - Antiagregantes plaquetarios.
 - Vitamina K.
 - Plasma fresco.
 - Manitol.

30. ¿Qué prueba diagnóstica le pediría?
- Holter ECG.
 - Hormonas tiroideas.**
 - Estudio de la coagulación.
 - ECG de esfuerzo.
 - PET cerebral.

CASO 7

Una mujer de 53 años consulta por presentar cefalea. Entre sus antecedentes destaca que fue fumadora de 15 cigarrillos al día desde los 20 a los 30 años y ha sido colecistectomizada hace 12 años por colelitiasis sintomática. No bebe alcohol, está diagnosticada de artrosis lumbar, presentando en ocasiones episodios de lumbalgia de características mecánicas y es menopáusica desde hace 3 años. Consulta por presentar en la región occipital dolor que define como una sensación de opresión con irradiación hacia los hombros, que le dura varios días. Dicho dolor fluctúa de intensidad, si bien suele aumentar a lo largo del día. No refiere pródromos. No refiere que se acompañe de náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia o que se agrave con el movimiento. La paciente afirma haber consultado en otras ocasiones por cuadros similares. La exploración física muestra una paciente afebril, con PA de 146/83, pulso regular a 75 lpm, eupneica y con buen estado general. Está consciente, orientada en persona, espacio y tiempo, colaboradora, tranquila, normocoloreada y normohidratada. Los signos meníngeos son negativos, en el fondo de ojo no hay edema de papila y en la exploración neurológica no se detecta ningún signo de focalidad neurológica. La exploración general es anodina.

31. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- Cefalea de Horton.
 - Hematoma subdural crónico.
 - Cefalea tensional.**
 - Jaquica clásica.
 - Arteritis de la temporal.
32. ¿Cuál de las siguientes estructuras craneales no genera cefalea, aunque se encuentre lesionada?
- El cuero cabelludo.
 - El plexo coroideo.**
 - La arteria meníngea media.
 - Los senos de la duramadre.
 - La hoz del cerebro.
33. ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos no son alarmantes y por tanto no indican la necesidad de un diagnóstico y tratamiento rápidos?
- Vómitos que anteceden al cuadro de cefalea.
 - Dolor inducido o que aumenta al flexionar la cintura hacia delante, levantar pesos o toser.
 - Dolor que permite dormir sin interrumpir el sueño.**
 - Alteraciones en el examen neurológico.
 - Primer episodio de cefalea intensa y/o primer episodio después de los 55 años.
34. ¿Cuál de las siguientes no es causa de cefalea primaria?
- Migraña.
 - Cefalea tensional.
 - Cefalea histamínica.
 - Cefalea por ejercicio.
 - Meningitis.**
35. En cuanto al tratamiento de la cefalea tensional, señale la afirmación correcta:
- El porcentaje de casos que se pueden controlar con paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos está alrededor del 15%.
 - Las técnicas conductuales como la relajación, no son útiles.
 - Existen pruebas de la eficacia de la acupuntura.
 - Estudios clínicos han demostrado que los triptanos en la cefalea tensional pura no son útiles.
 - En el caso de cefalea tensional crónica son útiles la amitriptilina, los inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina y las benzodiacepinas.**