PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

GERIATRÍA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO PRÁCTICO 1

Paciente varón de 75 años que acude a consulta externa para estudio de deterioro cognitivo en el Servicio de Geriatría, derivado por su médico de Atención Primaria debido a problemas de memoria de varios meses de evolución. Desde hace aproximadamente cinco meses, el paciente presenta, según refiere la familia, cambios en el comportamiento cada vez más frecuentes, alternando estados de tristeza profunda cuando se le comunican noticias negativas, aunque éstas no sean importantes, con otros de exaltación y alegría en momentos inapropiados o de ira y agresividad si se hacen manifestaciones contrarias a su opinión, aunque sean de escasa trascendencia. Asimismo, la esposa informa de pérdida de memoria entendida como olvidos en la realización de actividades cotidianas (olvidar las llaves, repetir un mismo acto) y de las instrumentadas (cocinar el mismo plato varios días consecutivos, no saber recogerse la ropa, …).

Antecedentes personales.- No alergias medicamentosas conocidas. HTA. No DM. Dislipemia. Hiperuricemia. Fibrilación auricular paroxística. Exfumador hace 20 años. Infarto cerebral agudo de pequeño y mediano vaso hace menos de 1 año. Artrosis. Hipoacusia bilateral severa

Tratamiento habitual.- Enalapril 20mg 1 comprimido en desayuno, Acenocumarol 4mg según pauta, Paracetamol 1 gramo si dolor, Atorvastatina 10mg 1 comprimido en cena, Alopurinol 100mg 1 comprimido en comida, Ácido acetil salicílico 100mg 1 comprimido en comida, Bisoprolol 2,5 mg 1 comprimido en desayuno, Pantoprazol 40 mg 1 comprimido en cena.

Valoración Geriátrica:

Funcional: El paciente come solo, aunque necesita supervisión para cortar ciertos alimentos, es independiente para realizar traslados, pero precisa ayuda adicional para movilizarse, realiza parte del aseo personal, pero necesita ayuda para el lavado del cabello y cara, utiliza el inodoro con supervisión, precisa ayuda puntual para ropa, requiere ayudar parcial para entrar en la ducha y seguridad en el proceso, camina independiente, sube y baja escaleras con supervisión y precisa pasamanos por seguridad. Se viste solo excepto prendas de muy difícil manipulación, incontinencia urinaria ocasional pero continente deposicional. El paciente ya no es capaz de prepararse la medicación, solo se toma los que la esposa le prepara, contesta llamadas telefónicas pero ya no las realiza, antes barría en casa o recogía cosas ahora ya no lo realiza, sí que es capaz de realizar compras y va al banco a actualizar la cartilla, pese a que era " muy manitas" y así lo definía la esposa, ahora ya no arregla nada del hogar, entra y sale solo de casa pero esto le preocupa bastante a las hijas aunque de momento nunca ha perdido las llaves ni se ha dejado las puertas abiertas, sale por las tardes con los amigos a tomar un café y a jugar al dominó aunque ahora ejerce más un papel de observador que de jugador y ya no va al huerto más que cuando le lleva algún vecino con el coche porque ya no puede conducir. Velocidad de la marcha 0,56 m/s, Fuerza de prensión con la mano: 16 kg, Baja actividad física y sentimientos de tristeza.

Mental: MMSE. 23/30. Escala GDS de Yesavage: 9/15 puntos.

Social: Vive en medio rural. Estudios de grado medio, vida laboral de más de 40 años en una fábrica de vinilo. Casado, vive con su esposa. Dos hijas que no viven en la misma Comunidad Autónoma.

Exploración física: 65 kilos de peso y 180 centímetros de altura. Auscultación cardiaca con tonos arrítmicos a 78 lpm. En la auscultación pulmonar: Normoventilación sin presencia de ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, hernia umbilical reducible, dudosa hepatomegalia, peristaltismo presente. Extremidades.- No edemas ni signos de TVP. No presenta ningún tipo de UPP. Circunferencia pantorrila 30,2 cm

Pruebas complementarias
Analítica.- Anodina
Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 100 lpm.
TC Y RMN: Se le practican una serie de pruebas de imagen, objetivándose un glioblastoma multiforme frontal parasagial izquierdo compresivo

Preguntas:

1. **Con todos los datos recabados hasta este momento por favor realice una extensa valoración geriátrica integral inicial. Utilice las escalas que precise oportunas.**
2. **¿Qué síndromes geriátricos presenta el paciente? Por favor justifique su respuesta.**
3. **A este paciente se decide remitir a la consulta de oncogeriatría. Explique brevemente en qué consiste una unidad de oncogeriatría.**
4. **¿Cómo se realiza el proceso de evaluación de estos pacientes en dicha consulta de oncogeriatría y qué herramientas complementarias específicas de oncogeriatría usaría en estos casos?**
5. **Con todos los datos expuestos hasta ahora, ¿cree que este paciente es frágil? Relate brevemente la relación entre fragilidad y sarcopenia en este paciente.**

CASO PRÁCTICO 2

Mujer de 83 años, ama de casa, que acude a consultas externas de Geriatría porque desde hace 3 meses ha presentado 4 caídas. La paciente refiere que tiene inestabilidad cuando camina y torpeza desde hace un año, y que esa es la causa de sus caídas. No refiere pérdidas de conocimiento. Algunos olvidos leves. No alucinaciones.

Antecedentes personales: HTA, osteoartrosis generalizada con dolor, trastorno depresivo con ansiedad asociada, vértigo periférico, incontinencia urinaria habitual, déficit visual pendiente de cita en oftalmología, hipoacusia.

Tratamiento habitual: Escitalopram 20 mg/día, lorazepam 1 mg/12 h, doxazosina 4 mg/día en desayuno, fentanilo en parche 50 mg/84 horas, sulpiride 1/día.

Valoración geriátrica:
Barthel 80 (orina, escaleras, baño), Lawton 4 (transporte público, finanzas, limpieza del hogar y compra). MMSE 23/30 (8 años de escolaridad). GDS Yesavage 10. Velocidad de marcha 0,55 m/s. Fuerza prensora de mano dominante 8 kg. Timed Up and Go 31 segundos. Vive sola, una empleada de hogar va todos los días 2 horas a ayudarla en el aseo y en las tareas del hogar. No tiene hijos.

Exploración:
Peso 75 kg. Talla 1,50 metros. Consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. PA 110/50 en decúbito y 108/52 tras ortostatismo. Tª 36,5. Sat O2 por oximetría 93%. Cabeza y cuello normales. AC: Rítmico a 80/min, tonos puros. AP: Normal. Abdomen normal. MMII con leves edemas bimaleolares, pulsos pedios presentes. Exploración neurológica refleja bradicinesia, ligera rigidez en rueda dentada simétrica en miembros superiores, marcha a pasos cortos, con escaso levantamiento de pies, giro en 6 pasos y algún bloqueo. Con el empujón necesita dar pasos para controlar el equilibrio. Dificultad para voltearse en la cama. Cerebelo normal. Resto totalmente normal.
Exploraciones complementarias:
Analítica: Sin alteraciones.
RX tórax normal.
EKG: Sin alteraciones.

Preguntas:

1. **¿Cuál es la causa principal de las caídas de esta paciente y con qué entidades realizaría el diagnóstico diferencial?**
2. **¿Qué exploraciones complementarias solicitaría?**
3. **¿Qué otros factores de riesgo pueden estar influyendo para que la enferma se caiga?**
4. **¿Qué tratamientos farmacológicos y no farmacológicos propondría?**
5. **¿Qué otras pruebas podrían realizar para determinar el nivel sensoriomotor causante de las caídas en esta paciente?**

CASO PRÁCTICO 3

Hombre de 84 años, trabajó como administrativo con 10 años de escolarización, casado sin hijos. Vive con su mujer que tiene Alzheimer.

Antecedentes personales: HTA, diabetes tipo2 de 10 años de evolución, dislipemia, osteoartrosis en rodillas, déficit visual leve secundario a retinopatía diabética, déficit auditivo moderado, insuficiencia cardiaca secundaria a cardiopatía hipertensiva en clase funcional II, enfermedad renal crónica grado 3, isquemia arterial crónica en miembros inferiores grado IIa, prostatismo, algún escape ocasional de orina. Tratamiento habitual: nifedipino 30 mg/día, glibenclamida 4 mg/día, simvastatina 20 mg/día, torasemida 5 mg/día.

Enfermedad actual: Acude a consultas externas de geriatría remitido desde su médico de atención primaria para valoración geriátrica, porque ya no puede hacer las cosas que hacía antes, sobre todo a raíz de un ingreso hospitalario hace 2 meses por una neumonía adquirida en la comunidad en lóbulo inferior derecho que curó sin secuelas con levofloxacino. Estuvo ingresado 7 días en una unidad de agudos de encamación de área médica. Refiere cansancio a la hora de realizar las AIVDs, ahora sale muy poco de casa y se pasa casi todo el día en el sillón. Ha tenido que ir una sobrina a ayudarles porque hasta ahora lo hacía todo él (la mujer tiene Alzheimer FAST 6a) y ahora ya no puede. Ha perdido 5 kg de peso en estos meses.

Valoración geriátrica hace 3 meses:
Barthel 95 (orina), Lawton 8. MMSE 23/30. Yesavage 7. Velocidad de marcha 0,75 m/s. Fuerza prensora de mano dominante 18 kg. Timed Up and Go 18 segundos.
Valoración geriátrica actual:
Barthel 85 (orina, escaleras, baño), Lawton 6 (transporte público y compra). MMSE 23/30. GDS Yesavage 7. Velocidad de marcha 0,65 m/s. Fuerza prensora de mano dominante 15 kg. Timed Up and Go 22 segundos. POMA Tinetti total 20.

Exploración

84 kg. Talla 1,65 metros. Consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. Eupneico, buen color. PA 150/85. Tª 36,5. Sat O2 por oximetría 93%. Cabeza y cuello normales. AC: Rítmico a 80/min, tonos puros. AP: algún crepitante en bases. Abdomen normal. MMII con leves edemas bimaleolares, pulsos pedios ausentes. Exploración neurológica normal salvo ligera pérdida de fuerza generalizada, simétrica, de predominio en miembros inferiores 5-/5. Índice tobillo/brazo 0,85 dcho y 0,84 izqdo.

Exploraciones complementarias

Analítica: Glucosa ayunas 175; Hbna A1c 10,2; Urea 55; Creatinina 1,6; Colesterol LDL 160; Hbna 13,5; VSG 35; PCR 15. Resto sin alteraciones.
Orina: Microalbuminuria ++. Resto normal. Aclaramiento de creatinina 41 ml/min.
EKG: Ritmo sinusal a 80/min. Signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo.
RX Tórax: Aumento del índice cardiotorácico sin otras alteraciones.
TAC craneal: Ligera atrofia cortico-subcortical. Leucoaraiosis Wahlund 2.

Preguntas:

1. **¿Qué factores han podido contribuir al deterioro funcional de este paciente? ¿Por qué? ¿En qué criterios se basa?**
2. **Realice un esquema o diagrama de flujo explicando los probables mecanismos fisiopatológicos que han conducido al deterioro funcional de este anciano.**
3. **¿Qué herramientas diagnósticas utilizaría para completar el juicio clínico de lo que le pasa al paciente?**
4. **¿Qué tratamientos farmacológicos y no farmacológicos propondría?**
5. **¿Cuál sería el nivel asistencial más adecuado para su manejo y por qué?**