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

CUADERNO DE EXAMEN

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. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario**.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que <u>no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.</u>**

1. **Según Bernard Strehler, ¿el envejecimiento se puede definir a través de qué 4 postulados?**
   A) El envejecimiento es universal, intrínseco, progresivo y deletéreo.
   B) El envejecimiento es universal, progresivo, extrínseco y deletéreo.
   C) El envejecimiento es unipersonal, progresivo, extrínseco y deletéreo.
   D) El envejecimiento es universal, progresivo, extrínseco y unipersonal.

2. **¿Cuál de estas NO es una teoría del envejecimiento molecular?**
   A) Teoría de los radicales libres.
   B) Teoría de la acumulación de productos de desecho.
   C) Teoría del límite de la duplicación celular.
   D) Teoría mitocondrial del envejecimiento celular.

3. **¿Cuál es la función del factor de transcripción NF-KB en el envejecimiento cuando éste se activa?**
   A) Es un factor protector que activa procesos antioxidantes.
   B) Su acción se basa en la activación de la diferenciación miogénica.
   C) Su activación causa pérdida de músculo esquelético.
   D) Disminuye la actividad de las proteínas que degradan el músculo.

4. **¿Cuál es el efecto de la restricción calórica en humanos?**
   A) Disminuye la adiposidad central y disminuye el perfil lipídico.
   B) Disminuye la inflamación y aumenta la sensibilidad a la insulina.
   C) Disminuye la inflamación y disminuye la sensibilidad a la insulina.
   D) Aumenta la insulin/IGF/mTOR sistema.

5. **¿Qué son las sirtuinas?**
   A) Son histonas acetiladas de clase III homólogas al represor transcripcional de levaduras SIRT2.
   B) Tienen un papel importante en diversos procesos celulares como la apoptosis, biogénesis mitocondrial o el metabolismo de los lípidos.
   C) En el envejecimiento aumentan los niveles de NAD tisulares.
   D) Se ha demostrado que las sirtuinas no juegan un papel relevante en el envejecimiento de mamíferos únicamente en microorganismos unicelulares.

6. **Son cambios fisiológicos del tiroides por envejecimiento todos EXCEPTO:**
   A) Aumento de la captación tiroidea de yodo
   B) Aumento de la fibrosis de la glándula
   C) Disminución de los niveles T3 en suero
   D) Normalidad en los niveles de T4 y T4 libre en suero

7. **¿Cuál de estos índices utilizados como calculadoras de expectativa de vida también llamados identificadores de riesgo de mortalidad en personas mayores NO tienen en cuenta como factor de puntuación la salud autopercibida?**
   A) Índice de Lee.
   B) Índice de Schonberg.
   C) Ambos dos lo incluyen en sus factores de puntuación.
   D) En ninguno de los dos lo considera relevante la salud autopercibida y por tanto no puntúa en su índice.

8. ¿Cuál de éstos es un objetivo de la valoración geriátrica integral?

A) Asegura la utilización apropiada de servicios.
B) Ayuda a la identificación de problemas, pero no ayuda a mejorar la exactitud diagnóstica.
C) Establece unos objetivos claros en el paciente sin embargo no puede predecir la evolución ni observar cambios en el paciente.
D) Todos los anteriores son correctos.

9. ¿Cuál de estas combinaciones NO son pruebas de ejecución para la valoración física?

A) Velocidad de la marcha, velocidad de la marcha con condicionantes y POMA de Tinetti.
B) Test de los 6 minutos, escala física de Reuben, y velocidad de la marcha.
C) Test de alcance funcional, test de alcance funcional y SPPB.
D) Velocidad de la marcha con condicionantes, escala del equilibrio de Berg y POMA de Tinetti.

10. El FIM (Functional Independence Measure):

A) Es una herramienta de valoración usada en rehabilitación que consta de 15 ítems para valoración motora.
B) Es una herramienta de valoración usada en rehabilitación para vigilar la progresión del estado funcional que consta de 18 actividades con solo 13 ítems motores.
C) Es una herramienta de valoración que vigila la progresión del estado funcional, pero consta de ítems motores e ítems cognitivos.
D) Es una prueba de alcance funcional para valoración únicamente de actividad física.

11. ¿Cuál de estos test NO evalúa la alteración de gnosias en el anciano?

A) Test de Poppelreutter.
B) Test de orientación de líneas.
C) Test de reconocimiento facial.
D) Test de los cubos.

12. ¿Cuál de estos ítems NO se evalúa en el Test de Tinetti?

A) Postura al caminar.
B) Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 2 metros).
C) Intentos para levantarse.
D) Longitud y altura de peso.

13. ¿Qué es APGAR familiar en adultos?

A) Es una herramienta cuantitativa que se utiliza para evaluar la percepción del paciente sobre la funcionalidad intrafamiliar.
B) Es un test de valoración de evalúa la adaptabilidad, participación, cognición, afecto y recursos (tiempo espacio y dinero).
C) Es un test de valoración de evalúa la autopercepción, participación, crecimiento, afecto y recursos (tiempo espacio y dinero).
D) Una puntuación de 35 puntos o más indica buena función familiar.

14. ¿Son criterios de evaluación de la prescripción inapropiada de fármacos todos los siguientes EXCEPTO?

A) Beers
B) IPET
C) CRIME
D) Morisky-Green

15. ¿Cuál de éstas NO es una variable del índice Fragil VIG?

A) Se necesita ayuda para cocinar
B) Índice de Barthel
C) Caídas en los últimos 6 meses
D) Se necesita ayuda para la utilización del teléfono

16. De las siguientes afirmaciones sobre la etiopatogenia de fragilidad hay una que NO es cierta, señale cuál:

A) Es un fenómeno multifactorial con cierta susceptibilidad genética
B) Existen factores moleculares y celulares, pero no interfieren modulados por la carga de enfermedad, estilos de vida, fármacos y medio ambiente.
C) Es un síndrome biológico claramente relacionado con el proceso de envejecimiento.
D) Los genes influyen en la fragilidad a través de diferentes vías de señalización.

17. ¿Cuál de estas preguntas NO forma parte del cuestionario FRAIL?

A) ¿Está usted cansado?
B) ¿Es capaz de subir un piso de escaleras?
C) ¿Toma más de 5 fármacos?
D) ¿Tiene más de 5 enfermedades?

18. En el manejo del paciente frágil, ¿Cuál de estas medidas es adecuada?

A) Implementar programas de ejercicio físico multicomponente anaeróbico en sesiones de 45 minutos 5 veces a la semana.
B) Realizar VGI a aquellos pacientes cuya edad sea superior o igual a 75 años.
C) Emplear herramientas para evitar el riesgo de medicación potencialmente inapropiada (mediante el test de Morisky-Green)
D) Estimar el estado nutricional del paciente para realizar suplementación de vitamina D si sus valores séricos se encuentran por debajo de 30 ng/ml.

19. ¿Cuál de los siguientes hechos NO se produce en la patogenia de la fragilidad por estrés oxidativo?

A) Aumento del glutatión oxidasa
B) Aumento de proteínas carboxiladas
C) Disminución de los metabolitos reactivos de 02
D) Disminución de tocoferol

20. ¿Cuál de estos métodos diagnósticos para la evaluación de sarcopenia y su inconveniente de uso es FALSA?

A) Energía dual de rayos X por absorciometría y como desventaja poco utilizada en la práctica clínica y en investigación.
B) Impedancia bioeléctrica y falta de precisión y como desventaja validez respecto a otras.
C) Circunferencia de la pierna y como desventaja no se recomienda de uso rutinario
D) Ultrasonidos y como desventaja requiere un técnico sanitario y se encuentra limitado su uso en investigación.

21. Ante la sospecha de un contacto sexual no deseado a un paciente anciano:

A) Las hemorragias, heridas o abrasiones en áreas perineales son indicadores sospecha.
B) Una actuación recomendada es preguntar directamente sobre la agresión de la que se sospecha.
C) Se tiene que evaluar el riesgo vital del paciente incluyendo la capacidad y deterioro cognitivo.
D) Todas los anteriores.

22. Acude a urgencias una paciente de 83 años derivada de residencia por fiebre que no cede con antitérmicos. Tras las pruebas pertinentes no se puede descartar síndrome neuroléptico maligno (SNM) ¿Cuál de estos fármacos NO puede causar un síndrome neuroléptico maligno?

A) Aripiprazol
B) Dantroleno
C) Metoclopramida
D) Droperidol

23. Paciente de 81 años de edad que presenta neoplasia de mama con metástasis óseas diseminadas en tratamiento analgésico con 30 mg de morfina de liberación continuada (MST) 2 veces al día (cada 12 horas). Acude a la consulta hace 15 días por dolor no controlado por lo que se añaden 10 mg de solución de morfina oral cada 4 horas. Pese a ello continúa con dolor y requiere analgesia adicional. ¿Cuál es el siguiente escalón más adecuado para optimizar el control del dolor?

A) Añadir AINE a intervalos regulares.
B) Administrar 1 vial de ácido zolendrónico IV.
C) Aumentar MST a 50mg/12 horas y el intervalo entre las dosis de morfina oral.
D) Asociar paracetamol 1 gr cada 8 horas

24. Para el tratamiento del estreñimiento en el paciente anciano se usan habitualmente laxantes ¿Cuál de estas afirmaciones es CIERTA?

A) Los laxantes formadores de masa o fibra son la lactulosa y las sales de magnesio.
B) De los lubricantes o emolientes el más característico es la parafina.
C) Los laxantes osmóticos son los difenilmetanos y las antraquinonas.
D) Los laxantes estimulantes son la ipsagula y la metilcelulosa

25. Paciente de 98 años de edad, acude a consultas externas de Geriatría por negativa a la ingesta. A la exploración presenta en el sacro una alteración visible en la piel íntegra, relacionada con la presión que se manifiesta con eritema cutáneo que no palidece a ejercer presión sobre él pero que se encuentra muy aumentado de temperatura, con moderada induración y cierta sensación de dolor y escozor. A priori, nuestra sospecha diagnóstica es:

A) Dermatitis por incontinencia.
B) Úlcera por presión estadio I.
C) Celulitis necrosante.
D) Úlcera por presión estadio II.

26. Paciente varón de 78 años de edad que ingresa para estudio de síncopes de repetición. Anamnesis imposible en el momento en el que se acude a realizar el ingreso porque el paciente se encuentra solo y no hay familiares ni cuidadores en la habitación. Se procede a realizar la exploración física objetivándose un soplo cardiaco que cambia de foco cuando se realiza cambio de posición. ¿Cuál sería nuestra sospecha diagnóstica inicial?

A) Estenosis aórtica
B) Mixoma auricular
C) Síndrome robo de la subclavia
D) Hipertensión pulmonar

27. Paciente de 82 años de edad que acude a consultas externas de Geriatría para estudio de un posible trastorno de la marcha. En mi esquema repaso la clasificación de los trastornos de la marcha en función del nivel sensitivo motor en el que se encuentran. ¿Cuál de ellos NO es cierto?

A) Nivel medio: Vías aferentes y eferentes sensitivomotoras-> Marcha cautelosa
B) Nivel medio: Vías aferentes y eferentes sensitivomotoras->Marcha espástica
C) Nivel medio: Vías aferentes y eferentes sensitivomotoras->Parkinsonismo
D) Nivel superior: Nivel cortical -> Trastorno de la marcha frontal

28. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la fisiopatología sobre la Enfermedad De Alzheimer es FALSA?

A) Aumento en la producción de oligómeros de B-amiloide
B) Aumento en la producción de la proteína tau fosforiladas
C) Acumulación anormal de las proteínas tau fosforiladas.
D) Las respuestas a y c son correctas.

29. ¿Cuál de estos cromosomas NO se relaciona con la Enfermedad De Alzheimer?

A) Cromosoma 21 gen APP
B) Cromosoma 14 gen PSEN1
C) Cromosoma 2 gen PSEN3
D) Cromosoma 1 gen PSEN2

30. El European Alzheimer´s Disease Consortium considera cuatro subsíndromes de agrupamiento de la sintomatología psicoconductual de la demencia. En el subsíndrome afectivo predominan:

A) Depresión y apatía
B) Desinterés y alteración del apetito
C) Depresión y ansiedad
D) Depresión, irritabilidad y actividad motora aberrante

31. Paciente de 66 años de edad que acude a la consulta por presentar desde su jubilación como ingeniero (menos de 6 meses) olvidos en alguna ocasión, falta de planificación cuando antes era muy ordenado, incapacidad para realizar ejercicios matemáticos complejos y desde hace1 mes unos más simples de manera gradual e insidiosa, cambios en su conducta social declinando muchos planes personales e insensibilidad emocional precoz cuando antes había sido un esposo y abuelo muy cariñoso y empático. A la psicoevaluación destaca una falta media de introspección. La familia refiere que en alguna ocasión el paciente se encuentra como rígido y algo tembloroso ¿Cuál sería la primera opción diagnóstica para estudiar?

A) Demencia lobular frontotemporal
B) Demencia por Cuerpos de Lewy
C) Enfermedad de parkinson
D) Corea de Huntington

32. ¿Cuál de estas neurolépticos NO produce como efecto secundario prolongación del QT?

A) Ziprasidona
B) Olanzapina
C) Aripiprazol
D) Haloperidol

33. Acude a Urgencias por vómitos un paciente que se encuentra en tratamiento con tetrabenazina. ¿Para qué se usa ese fármaco?

A) Enfermedad de Creutzfedt- Jacob.
B) Enfermedad de Huntington.
C) Demencia por esclerosis hipocápnica.
D) Migraña hipertensiva aguda

34. El tratamiento antihipertensivo adecuado para un paciente con disfunción ventricular izquierda es:

A) Betabloqueantes
B) Antagonistas del calcio
C) Diuréticos del asa
D) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

35. ¿Cuál es la principal causa de insuficiencia cardiaca en el anciano?

A) Anemia de proceso crónico.
B) Hipertensión arterial.
C) Cardiopatía isquémica.
D) Valvulopatías cardiacas.

36. ¿Qué medidas farmacológicas y no farmacológicas le diría a su paciente que padece insuficiencia cardiaca?

A) Evitar el ejercicio físico regular aeróbico
B) Para no reducir el trabajo cardiaco, evitar hacer reposo en la fase aguda de enfermedad.
C) Mantenimiento consumo de fármacos como verapamilo o diltiazem
D) Ninguno de los anteriores

37. Paciente de 90 años de edad con I.Barthel previo de 95 y sin antecedentes previos de interés. Acude a Urgencias por dolor torácico. Se le realiza analítica con elevación de enzimas cardiacas (troponina) pero sin elevación del ST electrocardiográfica. ¿Cuál de estas medidas no está indicada?

A) Dar un clopidogrel en ese momento (dosis de carga 600mg)
B) Iniciar en ese momento tratamiento con un antagonista de la aldosterona
C) Añadir una heparina de bajo peso molecular en las primeras 48-72h
D) Plantear al paciente ICP debido a su buena calidad de vida previa explicando riesgos y beneficios

38. ¿Cuál es la máxima puntuación de la escala CHA2DS2-VASc?

A) 9
B) 10
C) 8
D) 1

39. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA?

A) La insuficiencia renal crónica es un factor de riesgo para el desarrollo de ictus y de embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular.
B) La insuficiencia renal crónica es un factor de riesgo para el desarrollo de hemorragias agudas en los pacientes con fibrilación auricular.
C) La vía de eliminación del apixabán es hasta en un 80% renal
D) El dabigatrán está contraindicado en pacientes con aclaramiento de creatinina por debajo de 30ml/min

40. ¿Cuál de estos inhaladores puede presentar como efecto adverso glaucoma y por ello es importante su seguimiento?

A) Bromuro de ipratropio
B) Salmeterol
C) Glicopirronio
D) Indacaterol

41. ¿Cuál es la forma adecuada de estratificar a un paciente anciano con EPOC según la Guía GOLD?

A) En los pacientes ancianos no se tiene en cuenta el número de exacebaciones que presentan
B) En los pacientes ancianos no se tiene en cuenta el número de ingresos hospitalarios que presentan
C) En los pacientes ancianos no se tiene en cuenta el impacto de los síntomas que presentan
D) Todas las anteriores son falsas

42. ¿Cuál de estos NO es un parkinsonismo heterodegenerativo?

A) Enfermedad de Wilson
B) Corea de Huntington
C) Degeneración por cuerpos de Lewy
D) Neurodegeneración con acumulación cerebral de hierro

43. Acude a consultas externas una paciente de 78 años de edad, con I.Barthel de 90 y sin deterioro cognitivo. Refiere ser ovolacteovegana desde hace más de 20 años. Desde hace unos meses presenta fatiga, cansancio, en algunas ocasiones algo de taquicardia cuando coge peso o sube las escaleras de casa. Analíticamente destaca en el hemograma una anemia con reticulocitos disminuidos, un volumen corpuscular medio del hematíe por debajo de 80 y una ferritina de 120. ¿Cuál sería nuestra opción diagnóstica para continuar el estudio?

A) Anemia ferropénica, convendría dar hierro.
B) Anemia de proceso crónico inflamatoria
C) Anemia de probable origen medular. Conviene continuar estudio con aspirado de médula ósea.
D) Anemia hemolítica

44. Una paciente de 82 años de edad que acude a su consulta desde hace 6 meses. Acude ahora porque ha sido diagnosticada de carcinoma de células escamosas de pulmón estadio IIIB y desde hace dos días presenta episodios de disminución del nivel de conciencia y mucosa seca. Se decide su ingreso hospitalario y analíticamente presenta calcio 19,7mg /dl y fosfato de 1,8mg/dl. Se decide iniciar tratamiento con 4 litros de suero salino isotónico y furosemida. Al día siguiente la analítica presenta unos valores similares y la paciente comienza con episodios de delirium. ¿Cómo deberíamos tratarla a continuación?

A) Continuar con otros 4 litros de suero en este caso hipotónico y forzar diuresis con furosemida
B) Continuar con otros 4 litros de suero en este caso hipotónico y sustituir furosemida por hidroclorotiazida
C) No modificar el tratamiento
D) Añadir tratamiento con calcitonina y bifosfonatos

45. Paciente de 92 años de edad que ingresa por ITU con mala evolución por lo que se trata con ciprofloxacino y posteriormente con amoxicilina clavulánico. Presenta desde el ingreso dolor abdominal e importantes despeños diarreicos. Hace menos de quince días estuvo ingresado por otra ITU que presentó como complicación una diarrea por *C. difficile* y estuvo en tratamiento con vancomicina oral. ¿Qué decisión diagnóstica y terapéutica deberíamos tomar?

A) Nueva prueba de identificación de toxinas de C. difficile y si sale positiva comenzar tratamiento con fidaxomicina.
B) Nueva prueba de identificación de toxinas de C. difficile y si salen positivas comenzar tratamiento con vancomicina
C) No es necesario realizar prueba de identificación, tratar con metronidazol.
D) Ninguna de las anteriores respuestas es correcta.

46. ¿Cuál de estos NO es un criterio diagnóstico de la polimialgia reumática en anciano?

A) Dolor y rigidez unilateral durante un mes o más y afección de dos de las siguientes áreas: cuello o torso, hombros y regiones proximales de brazos y caderas o zonas proximales de muslos.
B) VSG superior a 40 mm en la primera hora
C) Rápida resolución de los síntomas mediante la administración de dosis bajas de esteroides
D) Edad de 50 años o más

47. Varón de 74 años, exfumador, acude a consulta tras notar que "ya no recupera el aliento" al subir una pequeña rampa. Niega perder peso pero refiere "estar más cansado" que hace un año. En la exploración se observa frecuencia respiratoria en reposo de 20 rpm. Se le hace una espirometría donde se objetiva descenso de la capacidad vital forzada (CVF) al 70 % del valor teórico y una prueba de esfuerzo en cinta donde se redujo el VO_2máx en un 15 % comparado con valores esperados para su edad. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más CORRECTA acorde con la fisiología del envejecimiento respiratorio?

A) Aumento de la complacencia torácica y mejor ventilación alveolar.
B) Disminución de la relación ventilación/perfusión en las bases pulmonares y pérdida de elasticidad alveolar.
C) Incremento de la capacidad de difusión pulmonar compensada.
D) Aumento de la masa muscular del diafragma con mejor contracción.

48. Una mujer de 69 años, con antecedentes de hipotiroidismo tratado de larga evolución, acude por sensación de fatiga al caminar. En la consulta especifica de longevidad existente en su centro se observa: Fuerza de prensión en mano dominante de 20 kg (sin variación significativa respecto al año anterior), Velocidad de marcha de 0,9 m/s, Marcadores séricos de estrés oxidativo: malondialdehído elevado y medición de telómeros en leucocitos: acortamiento leve, equivalente a unos 5 años adicionales de edad biológica. ¿Qué afirmación de las siguientes es CORRECTA respecto al envejecimiento biológico?

A) Aumento de la masa muscular sin cambios en la velocidad de marcha.
B) Incremento del recambio de proteína mitocondrial que mejora la resistencia al estrés oxidativo.
C) Disfunción mitocondrial con mayor producción de ROS y acortamiento telomérico como marcadores de edad biológica.
D) Aumento de telomerasa en células leucocitarias que prolonga la vida celular.

49. Una mujer de 71 años, con antecedente de osteoporosis, refiere que "no entiendo por qué mi piel ya no tiene el mismo grosor ni elasticidad". En la exploración se observa: pérdida de grosor dérmico al tacto, manchas cafés con leche dispersas y heridas pequeñas tardan en cicatrizar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al envejecimiento cutáneo es CORRECTA?

A) Activación excesiva de telomerasa en fibroblastos.
B) Incremento del colágeno tipo I y III en la piel.
C) Aumento de la irrigación sanguínea cutánea.
D) Disminución de la función de las células madre epidérmicas y acúmulo de senescencia celular en la dermis.

50. Según los factores demográficos globales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a la proyección de la población mayor de 65 años para 2050?

A) Se espera que más del 20 % de la población mundial supere los 65 años, con crecimiento mayor en países de ingresos bajos y medianos.
B) La población de mayores de 65 años disminuirá globalmente debido a la baja natalidad.
C) La proporción de mayores de 65 años se mantendrá constante en Europa y Asia hasta 2050.
D) El grupo de octogenarios y nonagenarios tendrá una disminución en todo el mundo.

51. ¿Cuál de los siguiente es el principal cambio endocrino asociado al envejecimiento?

A) Aumento de secreción de hormona del crecimiento (GH).
B) Disminución de niveles de IGF-1 y resistencia a la insulina en tejidos periféricos.
C) Hiperactividad constante de la tiroides con tiroxina alta.
D) Incremento de niveles de hormona luteinizante (LH) que estimula masa muscular.

52. Un varón de 80 años acude por quejas de "olvidos" desde hace un año. Se le ha "prohibido" conducir de manera reciente tras un episodio de confusión breve. En la exploración cognitiva obtiene: MMSE: 26/30 (error en recuerdo de tres palabras). RMN cerebral atrofia cortical temporal asimétrica. Pérdida progresiva de memoria episódica, sin desorientación ni alucinaciones. ¿En qué diagnóstico diferencial de demencia primaría este caso y cuál estudio adicional sería más útil?

A) Demencia vascular. Solicitar resonancia magnética para evaluar leucoaraiosis
B) Demencia frontotemporal. Pedir PET cerebral con ligandos para proteína tau
C) Enfermedad de Alzheimer inicial. Realizar biomarcadores de LCR
D) Delírium subclínico. Realizar EEG de 24 hora

53. En la demencia frontotemporal variante conductual, el hallazgo neuroimagenológico más precoz es:

A) Hipoperfusión parietal
B) Lesiones hiperintensas periventriculares
C) Atrofia de corteza dorsolateral frontal
D) Atrofia del hipocampo

54. En la demencia de cuerpos de Lewy, el marcador PET más útil es:

A) PET FDG con hipometabolismo occipital
B) PET amiloide
C) DaTscan con depleción caudatoestriatal moderada
D) PET TAU con captación en hipocampo

55. En el cribado de deterioro cognitivo leve (DCL), la prueba MoCA detecta mejor:

A) Déficits de memoria inmediatos
B) Alteración de prensión manual
C) Disfunción ejecutiva leve
D) Cambios en la marcha

56. Respecto a los trastornos del sueño en el adulto mayor señale la afirmación CORRECTA:

A) El insomnio inicial (dificultad para conciliar) es menos frecuente que el insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos).
B) El "sueño terminal" (despertar precoz) es más prevalente en hombres que en mujeres
C) El uso crónico de benzodiacepinas está recomendado para prevenir caídas ligadas a la fragmentación del sueño
D) La apneas del sueño disminuyen con la edad, por lo que no es necesario cribado en mayores de 70 años

57. En el adulto mayor, la disminución de la eficiencia mitocondrial provoca pérdida de capacidad para aprovechar sustratos energéticos. Esto conlleva un aumento del consumo de oxígeno en reposo que se refleja en varios marcadores metabólicos. ¿Cuál de los siguientes procesos explica mejor por qué un adulto mayor con función mitocondrial deteriorada muestra mayor consumo de oxígeno basal?

A) Aumento compensatorio de la biogénesis mitocondrial para sostener la misma producción de ATP
B) Disminución de la proporción de fosforilación oxidativa y mayor gasto en disipación de protones
C) Incremento de la actividad de la enzima carnitina palmitoiltransferasa I para oxidar ácidos grasos.
D) Mejora de la eficiencia del ciclo de Krebs con menor producción de ROS

58. Una mujer de 78 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica estadio 3b y obesidad (IMC 31 kg/m²), consulta por debilidad en piernas desde hace nueve meses. Refiere no poder levantarse de la silla sin apoyo y caídas ocasionales. Vive con su hijo mayor, quien trabaja a tiempo completo. En la evaluación se observa: fuerza prensora en mano dominante 20 kg, DEXA con masa muscular apendicular 5,7 kg/m², velocidad de marcha de 0,75 m/s, glucosa en ayunas 110 mg/dL; TFG estimada: 45 mL/min/1,73 m² y ieta con aporte proteico de 0,6 g/kg/día según cálculo nutricional Según criterios EWGSOP2 y las particularidades de esta paciente, ¿cuál es diagnóstico y la intervención nutricional más adecuada?

A) Sarcopenia confirmada; aumentar aporte proteico a 1,0 g/kg/día con proteína de alto valor biológico (ajustada a IR)
B) Sarcopenia probable; mantener proteína a 0,6 g/kg/día por IR y monitorizar función renal
C) Sarcopenia grave; referencia a unidad de hemodiálisis antes de suplementar proteínas
D) Pre-sarcopenia; recomendar caminar ligero y aporte de calorías sin proteínas adicionales

59. En un programa de ejercicio para adultos mayores, se considera crítico ajustar parámetros específicos para maximizar la hipertrofia y la mejora funcional. Respecto a la potencia muscular en el mayor, ¿cuál de los siguientes enfoques de entrenamiento aporta mayores beneficios funcionales en pacientes con movilidad reducida?

A) Ejercicio de resistencia excéntrica con altas cargas (80 % 1RM) y descansos largos (5–6 min)
B) Solo entrenamiento aeróbico de baja intensidad (< 40 % FC máx) sin componente de fuerza
C) Entrenamiento de potencia con contracciones concéntricas rápidas al 40–60 % 1RM, 3 series de 8 repeticiones
D) Entrenamiento isométrico mantenido a 20–30 % 1RM con contracciones de 15 s

60. En el fenotipo de fragilidad según Fried, la inclusión del criterio "baja actividad física" se evalúa con cuestionarios validados. Sin embargo, la velocidad de marcha se utiliza como marcador objetivo de lentitud. ¿Por qué se utiliza < 0,8 m/s en lugar de < 1,2 m/s para definir lentitud en este contexto?

A) Porque 1,2 m/s corresponde a un nivel de autonomía de un adulto sano, no a adultos mayores vulnerables.
B) Porque < 1,2 m/s no se asocia con mayor riesgo de mortalidad ni dependencia
C) Porque < 0,8 m/s capta fracturas por caídas, mientras que 1,2 m/s no lo hace
D) Porque la investigación original de Fried utilizó 0,8 m/s como percentil 30 de su cohorte

61. En adultos mayores con sarcopenia y restricción proteica por insuficiencia renal moderada (TFG = 25 mL/min/1,73 m²), se debe optimizar la ingesta proteica sin agravar la función renal. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es la MÁS ADECUADA para estos pacientes?

A) Mantenimiento estricto de 0,6 g/kg/día de proteína, sin considerar tipo ni calidad de la misma
B) Suplementar con aminoácidos libres a 1,5 g/kg/día para promover anabolismo muscular
C) Suspender ingesta proteica por completo hasta normalizar TFG
D) Ajustar a 0,8 g/kg/día de proteínas de alto valor biológico con fraccionamiento en múltiples tomas

62. Un varón de 82 años, sin antecedentes significativos salvo hipertensión leve, y tratamiento con lisinopril y paracetamol de forma puntual, acude a su consulta por "sensación de cansancio permanente". En la valoración se objetiva una fuerza prensora en mano dominante de 20 kg, una velocidad de la marcha de 0,82 m/s, una pérdida del 5% de su peso en 11 meses, un SARC-F de 4, un SPPB de 9, la actividad física medida en MET es de 800 MET-min/semana según IPAQ. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le parece CORRECTA?

A) Es un paciente pre-frágil, tiene sarcopenia probable por lo que hay que iniciar programa de potencia muscular (40–60 % 1RM, contracciones concéntricas rápidas) tres veces por semana
B) Es frágil con sarcopenia confirmada y se le debe prescribir entrenamiento aeróbico solo (caminatas) sin componente de fuerza
C) Es una persona robusta, sin sarcopenia debiendo mantener su estado actual sin intervención
D) Se trata de un paciente pre-frágil, sin sarcopenia por lo que la intervención debería ser prescribir estiramientos y yoga en lugar de resistencia

63. En un paciente mayor de 75 años con sarcopenia leve pero riesgo de progresión a fragilidad (Funciones: SPBB = 8, fuerza prensora 24 kg), ¿qué combinación de parámetros de prescripción de ejercicio se sugiere como óptima para maximizar síntesis proteica sin riesgo excesivo?

A) Resistencia al 80 % 1RM, 4 series de 4 repeticiones, tres veces/semana, sin suplemento proteico
B) Resistencia al 20 % 1RM en contracciones isométricas de 30 s, un día a la semana, sin cambios nutricionales
C) Resistencia al 50 % 1RM, 3 series de 12 repeticiones, dos veces/semana, con suplemento proteico de 0,3 g/kg en la comida post-entrenamiento
D) Exclusivamente caminar rápido 45 min/diarios sin componente de fuerza

64. ¿Cuál es la indicación principal de marcapasos definitivo en un varón de 88 años con bloqueo AV de alto grado?

A) Bloqueo AV completo asintomático con bradicardia 50 lpm
B) Bloqueo AV Mobitz tipo I (Wenckebach) con síncope
C) Bloqueo AV Mobitz tipo II con bradicardia sintomática y pausas ventriculares ≥ 3 segundos
D) Síndrome de WPW con taquicardia supraventricular ocasional
E)

65. En una mujer de 86 años con estenosis aórtica bicúspide degenerativa, ¿qué factor predice peor pronóstico a corto plazo?

A) Elevación de troponina cardíaca en ausencia de infarto agudo
B) Área valvular > 1,5 cm^2
C) Ausencia de síntomas (asintomático)
D) Índice de masa corporal > 30 kg/m^2

66. En la valoración de la función renal en ancianos, ¿cuál de las siguientes fórmulas es más fiable para estimar la tasa de filtrado glomerular?

A) Cockcroft-Gault sin ajustar por superficie corporal
B) MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) ajustada por edad y sexo
C) CKD-EPI sin corrección de creatinina sérica
D) Densidad urinaria

67. Un varón de 82 años, con diabetes tipo 2 de 20 años de evolución, acude con dolor en pantorrilla izquierda al caminar 50 m, que cede en reposo (claudicación intermitente). A la exploración se objetiva una TA de 145/80 mm Hg, una frecuencia cardiaca de 75 lpm tiene un índice tobillo-brazo (ITB) de 0,45 en pierna izquierda, 0,60 en derecha, una glucemia en ayunas de 150 mg/dL con una HbA1c de 7,5 % y un colesterol LDL de 100 mg/dL. Su medicación habitual es: metformina, enalapril y simvastatina ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado para su enfermedad arterial periférica (EAP)?

A) Referir a angioplastia inmediata; continuar tratamiento actual para diabetes
B) Suspender estatina para reducir riesgo de mialgias y prescribir pentoxifilina
C) Solo control glucémico estricto y evitar ejercicio para prevenir dolor
D) Iniciar un programa supervisado de marcha, aspirina 100 mg/día y optimizar control lipídico (LDL < 70 mg/dL)

68. En la insuficiencia renal crónica (IRC) en el anciano, ¿qué hallazgo es más frecuente y afecta la dosis de fármacos?

A) Aumento de la albúmina sérica
B) Disminución de la masa muscular y creatinina sérica falsa baja
C) Aumento de la producción de eritropoyetina
D) Aumento de la eliminación de fármacos lipofílicos

69. Un varón de 80 años, con cirrosis hepatocelular compensada (Child-Pugh A), refiere confusión intermitente tras consumo moderado de alcohol y uso de analgésicos. En la evaluación: Bilirrubina total: 2,0 mg/dL, Albúmina: 3,0 g/dL INR: 1,4, GPT/GOT aumentadas al doble del límite superior de la normalidad, amonio sérico: 80 µmol/ y en la escala de West Haven: grado II de encefalopatía hepática (a veces desorientado, tiene asterixis). ¿Cuál es el abordaje más apropiado para su encefalopatía hepática leve y prevenir complicaciones?

A) Iniciar lactulosa para bajar amonio y retirar analgésicos hepatotóxicos
B) Realizar trasplante hepático inmediato por Child-Pugh A
C) Administrar antibióticos de amplio espectro sin modificar dieta
D) Suspender lactulosa y añadir rifaximina antes de nada

70. En el adulto mayor con cáncer colorrectal diagnosticado, ¿qué factor pronóstico es más determinante para la elección terapéutica?

A) Estado funcional (marcado por SPPB < 6)
B) Índice de masa corporal
C) Edad cronológica ≥ 80 años
D) TSH sérica en rango bajo

PREGUNTAS DE RESERVA

71. Una mujer de 79 años, con enfermedad de Parkinson estadio 3, refiere alucinaciones visuales leves (ve "sombras" por la noche). Toma levodopa/carbidopa 100/25 mg cada 4 h, entacapona 200 mg con cada dosis de levodopa, y rasagilina 1 mg/día. En la exploración: UPDRS III: 25 (leve a moderado parkinsonismo). No alteración cognitiva y la puntuación de la Hallucinations and Psychosis Questionnaire (HPQ) es de 3/24. Para manejar sus alucinaciones sin empeorar motricidad, ¿qué ajuste terapéutico sería más adecuado?

A) Suspender rasagilina y aumentar levodopa a cada 3 h
B) Reducir dosis de levodopa a 75/18,75 mg y añadir quetiapina 12,5 mg nocturno
C) Añadir clozapina a dosis mínimas (6,25 mg/día) sin modificar levodopa
D) Iniciar haloperidol 0,5 mg/día y mantener dosis de levodopa sin cambios

72. En la enfermedad de Parkinson avanzada en el adulto mayor, ¿qué terapia adyuvante ha demostrado mejorar la fluctuación "on-off" y disminuir discinesias?

A) Infusión continua de levodopa/carbidopa intestinal (duodopa)
B) Uso crónico de anticolinérgicos (trihexifenidilo)
C) Dieta alta en proteínas para mejorar absorción
D) Administración de haloperidol para controlar discinesias

73. Un varón de 76 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico hace 3 años, acude con un cuadro agudo de afasia motora y hemiparesia derecha. TC craneal sin signos hemorrágicos, pero angio-TC revela estenosis de la arteria cerebral media izquierda al 80 %. Vive con su esposa, es un Katz B (incontinencia urinaria), Barthel 90, Lawton 5 (no realizaba tareas domésticas) FAC 5 y no deterioro cognitivo. ¿Qué intervención urgente es más apropiada en este caso?

A) Iniciar aspirina, clopidogrel y estatina, y programar revascularización quirúrgica electiva
B) Iniciar heparina IV para prevenir nuevas trombosis
C) Suspender antitrombóticos y esperar resolución espontánea del ictus
D) Administrar trombólisis dentro de ventanas terapéuticas y considerar trombectomía mecánica

74. Un varón de 82 años, ingresado tras un episodio de neumonía, desarrolla delírium al segundo día en el hospital. Tiene antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular. Vive con su esposa, pero el día del ingreso sufrió ayuno prolongado. En la exploración presenta fluctuación en el nivel de conciencia con somnolencia matutina y agitación vespertina (Puntuación CAM positiva), inmovilidad prolongada en silla de ruedas, incontinencia urinaria desde inicio del delírium, úlcera por presión incipiente en sacro (grado I) y polifarmacia: digoxina, bisoprolol, enalapril, metformina y lorazepam.
Según el concepto de síndromes geriátricos, ¿cuál es la combinación de factores predisponentes y precipitantes que explica la cascada de eventos (delírium + úlcera + incontinencia)?

A) Polimedicación (lorazepam + digoxina), inmovilidad y ayuno prolongado
B) Hipertensión mal controlada, incontinencia previa y estancia en hospital
C) Úlcera sacra previa, uso de bisoprolol y ausencia de cuidados de enfermería
D) Diabetes mal controlada, uso prolongado de digoxina y consumo de Lorazepam

75. Una mujer de 86 años, con demencia moderada GDS 6 FAST 6b, acude a urgencias por presentar caídas de repetición sin traumatismos significativos. Vive en un piso sin ascensor, con su hija que trabaja a tiempo parcial. La paciente tiene un cuadro confusional agudo en el momento actual. De base tiene un Katz de D (ayuda para baño, vestido e incontinencia urinaria) y un Lawton de 0. Tiene un FAC de 4 con andador. Su tratamiento habitual es: quetiapina, donepezilo, tolterodina, furosemida, fármacos hipotensores múltiples. A la exploración llama la atención una úlcera de presión grado II en trocánter mayor ¿Cuál es el abordaje interdisciplinar más adecuado para resolver el cuadro actual de la paciente?

A) Suspender la quetiapina y la tolterodina, instaurar fisioterapia de equilibrio, cuidado de la úlcera y modificar entorno domiciliario
B) Aumentar dosis de antipsicóticos para controlar el delírium y evitar movilización hasta cicatrización completa de la úlcera
C) Mantener todos los fármacos actuales y proporcionar cuidados paliativos centrados en confort.
D) Restringir fluidos para mitigar incontinencia y colocar andador rígido sin modificar medicación