CONVOCATORIA

CONCURSO-OPOSICIÓN

F.E.A. GERIATRÍA

(Resolución 1109/2020, de 30 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

2 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

1. Entre las recomendaciones de la dieta mediterránea para prevenir el deterioro funcional en personas mayores, señale la **FALSA**:

   a) Suficiente aporte proteico (1.5 g/kg/peso) preferentemente pollo, pescado y con lácteos preferentemente desnatados

   b) Frutas y verduras (400g/día)

   c) Una copa de vino tinto en las comidas principales.

   d) Frutos secos.

2. Señale cuál de los siguientes es el factor de riesgo que más frecuentemente se relaciona con la disfagia orofaríngea en los pacientes mayores:

   a) Psicofármacos.

   b) Delirium.

   c) Enfermedad de Parkinson.

   d) Capacidad funcional disminuida.

3. En relación con la valoración nutricional en las personas mayores señale la respuesta **CORRECTA**:

   a) Normalmente la utilización aislada de escalas de valoración nutricional suele ser suficiente para una adecuada valoración nutricional.

   b) La herramienta Mini-Nutritional Assessment (MNA) sólo esta validada en población mayor institucionalizada.

   c) La leptina se ha propuesto como un nuevo marcador biológico para evaluar la malnutrición en las personas mayores.

   d) El rango deseable del índice de Quetelet establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en población mayor de 65 años es de 20-25 kg /m2 ya que los valores fuera de este rango aumentan la morbimortalidad.

4. En relación a la intervención nutricional en el paciente mayor desnutrido señale la respuesta **CORRECTA**:

   a) Las dietas hiposodicas están especialmente indicadas en el paciente mayor desnutrido con insuficiencia cardiaca.

   b) La suplementación hiperproteica no ha demostrado reducir las complicaciones en pacientes agudos.

   c) La suplementación oral hiperproteica ha demostrado reducciones en la mortalidad en pacientes mayores con fractura de cadera.

   d) En el paciente con ACVA (accidente cerebrovascular agudo) no está indicada de manera sistemática la suplementación oral si la ingesta oral es aceptable.

5. En relación al sistema neuromuscular con el proceso de envejecimiento señale la respuesta **FALSA**:

   a) La inmovilización induce resistencia anabólica, disfunción mitocondrial y apoptosis.

   b) Mientras que la capacidad del sistema neuromuscular para producir fuerza máxima se ve muy reducida con el proceso de envejecimiento, la fuerza explosiva y potencia no se ve afectada de manera relevante.

   c) 10 días de reposo en cama puede producir una pérdida de 1.5 kg de masa magra, fundamentalmente en miembros inferiores.

   d) La inactividad física es uno de los factores de riesgo más relevante en el desarrollo de sarcopenia y fragilidad.

6. En relación con los cambios estructurales que están detrás de la pérdida de fuerza muscular a partir de los 50 años señale la **FALSA**:

   a) Diminución del área de sección transversal del musculo y perdida de fibras musculares.

   b) Reducción del volumen de fibras musculares, fundamentalmente tipo I.

   c) Descenso en la síntesis de proteínas de miofibrilla.

   d) Disminución de la activación voluntaria agonista y/o aumento de la coactivación antagonista.

7. En relación con los efectos de los programas de ejercicio físico multicomponente sobre la cognición es **CIERTO** que:

   a) Los ejercicios de flexibilidad parecen ser que son los que han demostrado un mayor efecto directo sobre la función cognitiva.

   b) Los programas de ejercicios de fuerza no parecen tener efectos sobre la cognición.

   c) El entrenamiento basado en la potencia no parece aportar un valor añadido en el paciente mayor con deterioro cognitivo.

   d) El efecto directo del ejercicio físico sobre funciones ejecutivas podría explicar, al menos en parte, la mejoría funcional.

8. En relación a la versión actual del programa de ejercicio multicomponente Vivifrail, señale la respuesta **FALSA**:

   a) El programa consta de cuatro tipos de pasaportes de ejercicios adaptados e individualizados en función del resultado del SPPB o velocidad de la marcha y de la valoración del riesgo de caídas.

   b) En la valoración del riesgo de caídas se utilizan preguntas sobre caídas previas, test de levántate y anda, velocidad de la marcha y existencia previa de deterioro cognitivo.

   c) El programa tiene duración prevista de 12 semanas.

   d) En la prescripción del pasaporte A el ejercicio de caminar solo se iniciará cuando la persona mayor haya mejorado su fuerza muscular.

9. Entre las precauciones y contraindicaciones para la prescripción de ejercicio físico en las personas mayores frágiles señale la respuesta **FALSA**:

   a) La mayoría de contraindicaciones suelen ser cardiovasculares.

   b) Un paciente mayor en fase aguda de enfermedad no puede participar en un programa de ejercicio por los riesgos que conlleva.

   c) En caso de pacientes mayores diabéticos insulinodependientes la prescripción de ejercicio físico debe estar sincronizado con la utilización de la insulina.

   d) En población mayor frágil se recomiendan programas más conservadores y progresiones más graduales en cuanto a intensidad, volumen, potencia y frecuencia de entrenamiento para minimizar los efectos secundarios.

10. Entre los factores modificables relacionados al deterioro funcional asociado a la hospitalización (discapacidad iatrogenica) por enfermedad aguda **NO** se encuentra el siguiente:

    a) Reposo prolongado en cama.

    b) Sondaje Vesical.

    c) Comorbilidad.

    d) Uso de absorbentes.

11. **NO** es una característica de la metodología de trabajo de las UGAS (Unidades Geriátricas de Agudos):

    a) Planificación precoz del alta.

    b) Abordaje conjunto de síndromes geriátricos.

    c) Atención centrada en la patología crónica.

    d) Atención Interdisciplinar por parte de un equipo multidisciplinario.

12. Señale la respuesta **FALSA** en relación a los datos metanalíticos de eficacia y evidencia de las UGAS publicados por Baztan y cols (BMJ, 2009):

    a) En relación a las unidades médicas convencionales un paciente mayor ingresado en una UGA tiene una menor incidencia de deterioro funcional alta.

    b) En relación a las unidades médicas convencionales un paciente mayor ingresado en una UGA tiene una menor mortalidad hospitalaria.

    c) En relación a las unidades médicas convencionales un paciente mayor ingresado en una UGA tiene una mayor probabilidad de retorno al domicilio.

    d) En relación a las unidades médicas convencionales los costes de la hospitalización y las estancias hospitalarias son menores.

13. Señale cuál de las siguientes **NO** es una de las características de eficacia y evidencia de las de las unidades de recuperación funcional:

    a) Estancia media entre 18-35 días.

    b) Ganancia funcional superior a 10 puntos en el índice de Barthel.

    c) Porcentaje de nueva institucionalización al alta menor del 20%.

    d) Porcentaje de derivación a unidades de agudos menor del 10%.

14. En relación los factores relacionados con una mayor mortalidad en la fractura de cadera, señale la **FALSA**:

    a) En la actualidad se sitúa actualmente en torno al 1-3% en fase hospitalaria aguda y del entorno al 10% al año de la fractura de cadera.

    b) Dependencia para actividades básicas de la vida diaria y escasa capacidad de deambular previa.

    c) La fractura extracapsular

    d) No recibir valoración y tratamiento precoz por parte de un equipo médico multidisciplinar.

15. En la prehabilitación del paciente mayor que se va a someter a una cirugía **NO** es cierto que:

    a) Han mostrado evidencia en prevención de morbimortalidad, disminución del tiempo de estancia y mejoría funcional tras el alta, incluso con beneficios superiores a la rehabilitación postquirúrgica.

    b) En el anciano se está imponiendo la prehabilitación trimodal que comprende una valoración geriátrica integral (VGI) para identificar factores de riesgo modificables, una intervención nutricional y un programa de entrenamiento físico individualizado.

    c) La fragilidad, frente a escalas de valoración prequirúrgica tradicionales, no tiene una capacidad de predicción superior de complicaciones postoperatorias, prolongación de estancia o ingreso en medio residencial.

    d) Existen experiencias internacionales diseñadas con éxito para el preoperatorio del paciente mayor como el "Proactive care for the Older People undergoing surgery" (POPS) y el "Preoperative assessment of cáncer in the eldery"(PACE).

16. En relación a las trayectorias de enfermedad señale la respuesta **CIERTA**:

    a) No se han podido definir claros patrones en los pacientes mayores frágiles.

    b) La trayectoria asociada a enfermedad de órgano (generalmente insuficiencia cardiaca) se caracteriza por un declinar rápido, con ocasionales exacerbaciones siendo fácilmente predecible el momento de la muerte.

    c) La trayectoria asociada a demencia y fragilidad se caracterizan por un declinar lento y progresivo en el que en ocasiones se identifica procesos intercurrentes que pueden conducir a la muerte.

    d) En la trayectoria asociada a cáncer el declinar funcional es lento durante todas las fases de enfermedad.

17. En relación con la planificación y toma de decisiones al final de la vida señale la **CIERTA:**

    a) Resulta imprescindible su protocolización.

    b) Los conceptos "toma de decisiones anticipadas" y de "directrices anticipadas" son equivalentes.

    c) Un enfoque paliativo de la atención significa renunciar a un tratamiento específico.

    d) La provisión de un tratamiento paliativo se debe basar en las necesidades del paciente y no en el pronóstico de su enfermedad.

18. Entre las recomendaciones preventivas y terapéuticas basadas en la metodología GRADE del proyecto SENATOR-ONTOP, en relación a los principales síndromes geriátricos **NO** se encuentra la siguiente:

    a) En el tratamiento de las ulceras por presión en pacientes ingresados en el hospital o en residencia el uso de suplementos nutricionales no parece aumentar la tasa de curación.

    b) En la prevención del delirium en pacientes mayores de en pacientes de más de 65 años ingresados en servicios médicos con riesgo intermedio-alto de delirium se recomiendan intervenciones no farmacológicas proporcionadas por un equipo interdisciplinar entrenado.

    c) En la prevención de la incontinencia urinaria en pacientes ingresados en el hospital con continencia previa conservada, se recomienda evitar el uso de absorbentes o catéteres urinarios.

    d) En la prevención de las caídas en el hospital o las residencias se recomiendan intervenciones multifactoriales para reducir las caídas.

19. En relación al abordaje clínico-asistencial del deterioro funcional agudo señale la respuesta **FALSA**:

a) El deterioro funcional agudo catastrófico se define por la pérdida de más de 3 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) e incapacidad para la deambulación.

b) El deterioro funcional agudo catastrófico requiere un diagnostico etiológico urgente y una rehabilitación precoz.

c) El deterioro funcional agudo catastrófico puede justificar un ingreso hospitalario en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

d) El deterioro funcional agudo no catastrófico puede manejarse en consulta externa /hospital de día si el apoyo social es suficiente.

20. Entre las diferencias entre el fenotipo de fragilidad y el de acumulo de déficits **NO** es cierto que:

a) El fenotipo de fragilidad se entiende como un estado de prediscapacidad mientras que en el acumulo de déficits se incluye la discapacidad.

b) El fenotipo de fragilidad está basado en signos y síntomas mientras que el de acumulo de déficits en signos, síntomas, alteraciones funcionales y de laboratorio.

c) El resultado del fenotipo de fragilidad se expresa como variable continua mientras que el de acumulo de déficits como variable categórica.

d) El fenotipo de fragilidad hay criterios predefinidos mientras que el de acumulo de déficits se basa en criterios no especificados.

21. En relación al efecto sobre el musculo de los principales nutrientes o suplementos dietéticos señale la respuesta **CORRECTA**:

a) El beta-hidroxibutirato es un metabolito de la leucina que acelera el catabolismo proteico y la degradación muscular.

b) La creatina se sintetiza y almacena fundamentalmente en el hígado y se relaciona con el almacenamiento de energía a través del descenso de la fosfocreatina intramuscular.

c) Los ácidos grasos omega3 participan en la activación y fosforilación de proteínas, señalización anabólica en el musculo y aumentan la eliminación no oxidativa de aminoácidos.

d) Se recomienda la administración de 800-1000 U de colecalciferol a todas las personas mayores para mejorar su función muscular.

22. En relación a la herramienta de cribado de sarcopenia SARC-F señale cuál de las siguientes **NO** es un componente de la misma:

    a) Levantarse de la silla.

    b) Velocidad de la marcha.

    c) Subir escaleras.

    d) Caídas.

23. En relación a la osteosarcopenia señale de las siguientes, la respuesta **FALSA:**

    a) Los receptores de vitamina D (VDR) juegan un papel importante en la pérdida de masa ósea y muscular.

    b) La infiltración grasa en el musculo incrementa marcadores proinflamatorios como IL-6 y TNF-alpha mientras que en el hueso se asociada con una disminución de la DMO (Densidad Mineral Ósea) y aumento del riesgo de fractura.

    c) Mientras que el efecto de la osteocalcina sobre la función muscular es catabólico, el efecto de la esclerostina a largo plazo sobre la función muscular es anabólico.

    d) En la actualidad, el tratamiento farmacológico para la osteosarcopenia con resultados más prometedores es el denosumab.

24. En la valoración del riesgo de caídas señale, de las siguientes, la respuesta **CORRECTA**:

    a) La mayoría de las sociedades científicas y organismos internacionales definen alto riesgo de caída como la presencia de uno o más de lo siguientes: 3 o más caídas o 2 o más caídas con atención sanitaria en el último año o un trastorno de la marcha detectado mediante una plataforma de marcha o sistema inercial.

    b) El paciente mayor con deterioro cognitivo suele tener un alto riesgo de caídas y suele priorizar el mantenimiento de la actividad cognitiva sobre el mantenimiento de la marcha y el equilibrio.

    c) La utilización de pruebas duales está especialmente indicada en pacientes con alteraciones muy significativas en otras pruebas de valoración de riesgo de caídas.

    d) Estudios muy recientes han mostrado que debemos valorar sistemáticamente la asimetría en la fuerza máxima de extremidades inferiores en el paciente de se cae. Una asimetría mayor al 5% se asocia con un 30% de probabilidad de futuras caídas.

25. En relación al tratamiento farmacológico del insomnio señale cuál de las siguientes opciones es **FALSA**:

    a) Se debe realizar una valoración de la polifarmacia ya que el insomnio puede ser un efecto secundario de algún medicamento previo.

    b) Se deben utilizar medicamentos que tengan un metabolismo de fase II (conjugación).

    c) El suvorexant (antagonista dual de los receptores de orexina) contribuye al mantenimiento del sueño y tiene pocos efectos sobre la arquitectura del sueño.

    d) Las benzodiacepinas de vida media corta están recomendadas según los criterios BEERS si fallan las intervenciones no farmacológicas.

26. En relación a los principales fármacos analgésicos y las siguientes recomendaciones en el paciente mayor frágil señale la respuesta **FALSA**:

    a) El uso concomitante de tramadol e inhibidores de la recaptación de serotonina puede desencadenar síndrome sertoninergico.

    b) La buprenorfina precisa de ajuste dosis en insuficiencia renal y se ha relacionado con síndrome de abstinencia tras la retirada brusca.

    c) En población mayor el fentanilo transdérmico no alcanza niveles séricos estacionarios hasta pasados 6-9 días.

    d) 50 mg de tapentadol equivalen a 20 mg de sulfato de morfina y a 10 mg de oxicodona.

27. Señale cuál de las siguientes variaciones farmacocinéticas asociadas al proceso de absorción en el paciente anciano es **FALSA**:

    a) Disminución de la biodisponibilidad de fármacos con lenta liberación y permeabilidad limitada.

    b) Elevación del pH gástrico con reducción de la producción de ácido gástrico.

    c) Disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico.

    d) Disminución de la motilidad gastrointestinal.

28. Señale en cuál de los siguientes fármacos su metabolismo hepático **NO** está afectado en el anciano:

    a) Furosemida.

    b) Amitriptilina.

    c) Citalopram.

    d) Alprazolam.

29. Señale cuál de los siguientes fármacos **NO** tiene afectada la eliminación en ancianos:

    a) Aminoglucósidos.

    b) Litio.

    c) Aciclovir.

    d) Buprenorfina.

30. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo asociado a reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos?

    a) Estancia hospitalaria <14 días.

    b) Sexo masculino.

    c) IMC < 22/kg/m2.

    d) Vivir en la comunidad frente a vivir en residencias.

31. Señale de entre las siguientes cuál **NO** es una herramienta para evitar prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI):

    a) Los criterios Beers.

    b) El índice de medicación apropiada (MAI, Medication Appropriateness Index).

    c) El CRIME (Criteria to assess appropriate Medication Use among Elderly complex patients).

    d) Todas son herramientas para evitar PPI.

32. Señale cuál de los siguientes **NO** es uno de los criterios STOPP (Screening Tool of Older People´s potentially inappropriate Prescriptions):

a) Uso prolongado (más de 1 semana) de antihistamínicos de primera generación.

b) Digoxina en dosis superiores a 120mg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal.

c) Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados.

d) Todos son criterios STOPP.

33. Los cuestionarios de Morisky-Green y de Haynes-Sackett son habitualmente utilizados para:

a) Deprescripción de fármacos.

b) Análisis de la polifarmacia.

c) Evaluar el grado de adhesión al tratamiento.

d) Ajuste de fármacos según la función renal.

34. Señale cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es correcta:

a) Los costes más importantes en el desarrollo de un medicamento son los previos a su comercialización.

b) Es obligatorio someter a todo tipo de fármaco que pueda ser utilizado en personas mayores a una prueba previa en pacientes de edad comparable.

c) El reglamento europeo (UE) nº 536/2014 y el RD 1090/2015 refieren que no es necesario fomentar la investigación clínica de fármacos en grupos de población como los ancianos.

d) Un enfoque ético de la investigación es que los beneficios obtenidos estén disponibles para todos los pacientes de forma equitativa.

35. Entre las dificultades para la participación de ancianos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) destacan las siguientes salvo una:

    a) Dificultad con el procedimiento de consentimiento.

    b) Paternalismo y sobreprotección.

    c) Preocupación por la información y el consentimiento.

    d) Todas son dificultades para la participación en ECA.

36. Entre las competencias mínimas en Geriatría para los estudiantes de medicina **NO** figura la siguiente:

    a) Manejo farmacológico básico.

    b) Conocimientos avanzados sobre procedimientos invasivos.

    c) Trastornos cognitivos y conductuales.

    d) Caídas, equilibrio y trastornos de la marcha.

37. Definimos el concepto de "geriatría" como la de una rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en el anciano. ¿Quién es el autor de esta definición?:

    a) Ignatz Leo Nascher, en 1909.

    b) Metchnikoft en 1901.

    c) Marjory Warren en 1935.

    d) Lionel Cosin en 1897.

38. Respecto a los sistemas internacionales de clasificación de pacientes en el medio hospitalario, señale cuál de los siguientes **NO** está implantado en la actualidad:

    a) Los GRD (grupos relacionados con el diagnóstico).

    b) Las Patients Management Categories (PMC).

    c) El Severity Illnes Index (SII).

    d) Todos estos Sistemas están implantados en la actualidad.

39. En términos prácticos y operativos, ¿cómo podemos definir la calidad asistencial? Señale la respuesta **CORRECTA**:

a) Según criterios de estructura, proceso y resultado.

b) Según las iniciativas surgidas del proceso marco de la OMS.

c) Según la homogeneidad de las características del paciente geriátrico.

d) Exclusivamente según la satisfacción del paciente.

40. De las siguientes afirmaciones en relación con los elementos que debe tener un sistema sanitario para garantizar la calidad en la atención al anciano enfermo, señale la respuesta **FALSA**:

a) El sistema debe promover un envejecimiento activo que promocione y de soporte a la independencia funcional del anciano.

b) Es necesario ayudar al anciano con enfermedad crónica a lo largo del tiempo.

c) No es necesario desarrollar programas y servicios para las personas con comorbilidad compleja, especialmente a ancianos con fragilidad o demencia.

d) Se ha de hacer planificación del alta hospitalaria y un buen soporte domiciliario al alta.

41. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**:

a) El envejecimiento se asocia con disminuciones de la resiliencia.

b) Dicha resiliencia es la capacidad para responder o recuperarse de los diferentes tipos de estrés.

c) El envejecimiento es uno de los principales factores de riesgo para muchas enfermedades crónicas.

d) Los datos del estudio de Framingham indican que tener 70 años no es, en sí mismo, un factor de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

42. Respecto a los cambios hormonales durante el envejecimiento, señale la respuesta **CORRECTA**:

a) Los cambios del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal durante el envejecimiento no son muy importantes.

b) El eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal constituye el sistema más importante para garantizar la adaptación y supervivencia del sujeto ante situaciones de estrés.

c) En condiciones basales, los niveles de hormona liberadora de corticotropina (CRH), corticotropina y cortisol se modifican considerablemente durante el envejecimiento.

d) Los niveles de deshidroepiandrosterona (DHEA) no disminuyen con el envejecimiento en condiciones basales.

43. ¿Cuál de los siguientes es un condicionante biológico de deterioro funcional durante el envejecimiento?:

a) Pérdida de masa y función muscular.

b) Disfunción mitocondrial.

c) Inflamación crónica.

d) Todos son correctos.

44. Hay una serie de cambios asociados al envejecimiento que afectan al efecto de los fármacos o la polifarmacia en ancianos, pero uno de los siguientes **NO** tiene relación:

a) La farmacocinética de los fármacos.

b) La farmacodinámica de los fármacos.

c) La respuesta a los fármacos, que puede ser más intensa con las dosis habituales de adultos, originando mayor toxicidad.

d) Todas son correctas.

45. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**:

a) La capacidad funcional y la capacidad intrínseca son dos términos que desarrolla la Organización Médica Colegial (OMC) en el Informe Nacional de Envejecimiento y Salud de 1972.

b) El envejecimiento saludable es el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

c) Capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades moleculares y bioquímicas que un individuo puede utilizar en un determinado momento.

d) Según la OMS la capacidad funcional es la capacidad de vivir en la comunidad sin apoyo de trabajo social o recursos sanitarios.

46. Señale cuál de los siguientes son beneficios asociados a la valoración geriátrica integral:

a) Mejor exactitud diagnóstica.

b) Mejora del estado funcional.

c) Mejora afectiva o cognitiva.

d) Todas son correctas.

47. Dentro de los ítems incluidos en el Índice de Katz, señale el que **NO** es correcto:

a) Baño.

b) Subir escaleras.

c) Vestido.

d) Continencia.

48. ¿Cuál de los siguientes ítems **NO** forma parte del Índice de Barthel?:

a) Alimentación.

b) Traslado cama-sillón.

c) Lavado de ropa.

d) Control de orina.

49. Señale cuál de los siguientes ítems **NO** forma parte del Índice de Lawton y Brody:

a) Capacidad de vestirse.

b) Capacidad de usar el teléfono.

c) Capacidad de ir de compras.

d) Capacidad le lavado de ropa.

50. El Short Physical Performance Battery es una batería muy empleada en investigación, diseñada por Guralnik en 1995. Señale cuál de los siguientes ítems **NO** forma parte de dicha batería:

a) Test de equilibrio.

b) Test de velocidad de la marcha.

c) Test de hand grip.

d) Test de levantarse de la silla.

51. Se postulan como mecanismos de producción de la enfermedad de Alzheimer todos los siguientes **EXCEPTO**:

a) Hiperfosforilación de la proteína tau.

b) Neuroinflamación.

c) Insuficiencia secretora de las células beta.

d) Producción de oligómeros de proteína beta-amiloide.

52. Señale de entre los siguientes un gen de susceptibilidad para la EA:

a) APP.

b) APOE 4/4.

c) PSEN1.

d) PSEN2.

53. ¿Qué instrumento seleccionaría en una primera visita de valoración de un paciente con sospecha de deterioro cognitivo vascular?:

a) WAIS-III Digit Symbol.

b) Montreal Cognitive Assessment.

c) Figura compleja de Rey.

d) Neuropsychiatric Inventory.

54. Utilizaría usted tetrabenazina en el tratamiento de un paciente con:

a) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

b) Enfermedad de Huntington.

c) Demencia con esclerosis hipocámpica.

d) Demencia por traumatismo craneoencefálico.

55. Un paciente suyo con demencia por cuerpos de Lewy presenta clínica depresiva. Señale cuál de los siguientes fármacos antidepresivos **NO** elegiría usted para su tratamiento:

a) Venlafaxina.

b) Amitriptilina.

c) Paroxetina.

d) Reboxetina.

56. 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.

57. Entre las recomendaciones de la guía NICE para prevención del delirium en pacientes hospitalizados en riesgo se incluyen las siguientes **EXCEPTO**:

a) Colocación de reloj y calendario claramente visibles en la habitación.

b) Evitar al máximo la interferencia con el descanso nocturno, eliminando en lo posible las visitas de enfermería durante la noche.

c) Administración de 0,5 mg/12 h de risperidona.

d) Administración de oxigenoterapia mediante gafas nasales en caso de detectar saturación baja mediante pulsioximetría.

58. Señale de entre los siguientes qué fármaco **NO** tiene indicación potencial en el tratamiento farmacológico del delirium por deprivación alcohólica:

a) Propofol.

b) Remifentanilo.

c) Clonidina.

d) Clometiazol.

59. En relación con el síndrome de Ekbom, señale la respuesta **FALSA:**

a) La mayor prevalencia del síndrome de piernas inquietas en mujeres y en ancianos se postula está relacionada con una mayor predisposición a la ferropenia en estos grupos de población.

b) El tratamiento de elección son los agonistas dopaminérgicos.

c) Se podría utilizar cabergolina, pero se desaconseja por su efecto secundario de fibrosis valvular.

d) El fenómeno de aumento que ocurre con los agonistas dopaminérgicos consiste en la necesidad de incremento de las dosis para lograr el mismo efecto.

60. Atendiendo al ESH-EUGMS Working Group on the management of hypertension in very old, frail subjects, ante un varón anciano de 87 años, robusto y cognitivamente intacto, con cifras comprobadas de PA 173/68 mmHg:

    a) No iniciaría tratamiento, puesto que no está demostrado el beneficio del control de la HTA en mayores de 85 años

    b) Iniciaría tratamiento con una dosis baja de diurético tiazídico o de antagonista de los canales de calcio o de inhibidor de la enzima conversora de antiotensina, indistintamente.

    c) Iniciaría tratamiento con una combinación de diurético tiazídico y un inhibidor de la enzima conversora de la angiotensina a dosis bajas.

    d) Iniciaría tratamiento con una dosis baja de hidroclorotiazida con un objetivo de PAS por debajo de 140 mmHg.

61. Atiende en su consulta de alta resolución a un paciente de 84 años con antecedentes de HTA, portador de stent en la DA y fumador activo. Funcionalmente autónomo y de apariencia robusta, refiere caminar 8 km todas las mañanas. Acude a instancias de su esposa, que dice que lleva 2 semanas despertándose en mitad de la noche con sensación de que se ahoga, así que se levanta y se queda dormido sentado en el salón. Sigue tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida 80/12'5 mg, pero lo ha abandonado porque en un mes quiere hacer el camino de Santiago con sus nietos y considera que la necesidad de orinar interferirá con dicha actividad. A la exploración destaca únicamente discreto edema pretibial. Su cifra de BNP es de 437 pg/ml. En el ecocardiograma la FEVI es de 45%. El resto de las exploraciones complementarias están dentro de la normalidad. En sus recomendaciones terapéuticas farmacológicas inmediatas usted incluiría las siguientes **EXCEPTO**:

    a) Administración de 1 ampolla de furosemida endovenosa.

    b) Reinstaurar IECA/diurético que tomaba previamente.

    c) Bisoprolol 2.5 mg/día.

    d) Eplererona 25 mg/día.

62. En un paciente de 85 años con fibrilación auricular no valvular de diagnóstico reciente usted iniciaría la anticoagulación preferentemente con:

a) Apixaban.

b) Rivaroxaban.

c) Ácido acetil salicílico.

d) Dabigatrán.

63. El índice BODE incluye en su evaluación los siguientes ítem **EXCEPTO**:

a) FEV_1.

b) Índice de masa corporal.

c) Grado de disnea según la escala mMRC.

d) Capacidad de ejercicio determinada mediante el test de resistencia de 8 minutos.

64. Son características de la anemia inexplicada del anciano todas las siguientes **EXCEPTO**:

a) Hemoglobina superior a 10 g/l.

b) Plaquetas y leucocitos normales.

c) EPO elevada.

d) VSG y PCR normales.

65. En el estudio de la anemia de un paciente anciano con cáncer usted esperaría:

a) Reticulocitos disminuidos y microcitosis.

b) Reticulocitos aumentados y normocitosis.

c) Reticulocitos disminuidos y macrocitosis.

d) Reticulocitos disminuidos y normocitosis.

66. Ante un paciente diabético de 87 años cognitivamente intacto, con índice de Barthel 85/100 y Charlson abreviado 2, de entre los siguientes objetivos de control glucémico usted elegiría:

a) Glucemia basal < 150 mg/dl y HbA1c 7,5-8,5%.

b) Glucemia basal 115-130 mg/dl y HbA1c 7-7,5%.

c) Glucemia basal 130-150 mg/dl y HbA1c <8%.

d) Glucemia basal <200mg/dl y HbA1c <8,5%.

67. De las siguientes afirmaciones en relación con la enfermedad renal crónica (ERC) del anciano, señale la opción **VERDADERA**:

a) El origen más frecuente de ERC terminal en personas de 65 años o más es vascular.

b) El 50% de los pacientes que se incorporan anualmente a los programas de diálisis tiene más de 65 años.

c) En los pacientes de 65 a 74 años sólo un 20% recibe trasplante.

d) La terapia renal sustitutiva más frecuente en mayores de 75 años es la diálisis peritoneal.

68. Señale cuál de los siguientes estudios permitió demostrar que el beneficio de la fibrinólisis con activador tisular del plasminógeno recombinante alcanza a los mayores de 80 años con ictus:

a) First International Stroke Trial (IST-1).

b) Second International Stroke Trial (IST-2).

c) Third International Stroke Trial (IST-3).

d) HYVET.

69. Le avisan por una cifra de presión arterial de 237/140 mm Hg en un paciente de 79 años que ingresó hace 12 horas en la unidad de ictus de su hospital. El paciente se encuentra consciente y colaborador. Su indicación sería:

    a) Administrar su medicación antihipertensiva habitual por vía oral.

    b) Labetalol endovenoso.

    c) Enalapril endovenoso.

    d) Observación: aunque la PA óptima se encuentra entre 121-200/81-110 mmHg, en las primeras 24 horas no es conveniente bajarla.

70. El uso indefinido del denosumab está limitado por el riesgo de sus posibles efectos sobre:

    a) Sistema cardiovascular.

    b) Sistema inmune.

    c) Sistema digestivo.

    d) Función renal.

71. En relación con la vitamina D para el tratamiento de la osteoporosis, señale la afirmación **INCORRECTA:**

    a) Una dosis mínima de 400 UI/día es eficaz tanto para prevenir fracturas como caídas.

    b) La dosis de vitamina D debe orientarse a mantener niveles séricos por encima de 30 ng/ml o 75 nmol/l en pacientes ancianos en riesgo.

    c) Aún no existe consenso sobre la dosis óptima de vitamina D, pero parecen seguras dosis hasta de 4000 UI/día en pacientes osteoporóticos con deficiencia grave.

    d) Las dosis bolo de 60000UI/mes pueden incrementar el riesgo de caídas y/o fracturas.

72. En relación con la diarrea por Clostridium difficile, señale la afirmación **ERRÓNEA**:

    a) Retirar el antibiótico causante consigue la remisión en el 25% de los casos.

    b) El patrón oro del diagnóstico es el cultivo de la bacteria en heces.

    c) El tratamiento con metronidazol 500 mg/8h está indicado tanto por vía oral como intravenosa.

    d) La administración de vancomicina 125-500 mg/6h debe ser por vía oral, sonda nasogástrica o por vía rectal en caso de íleo.

73. La causa más frecuente de cirugía urgente en el anciano es:

a) Obstrucción intestinal por bridas.

b) Patología biliar.

c) Diverticulitis.

d) Isquemia mesentérica.

74. Son criterios necesarios para el diagnóstico de polimialgia reumática según la EULAR/ACS los siguientes **EXCEPTO**:

a) Edad de 50 años o mayor.

b) Omalgia bilateral.

c) VSG elevada.

d) Cefalea.

75. El fármaco modificador de la enfermedad de elección en el anciano con artritis reumatoide es:

a) Adalimumab.

b) Leflunomida.

c) Metotrexato.

d) Salazopirina.

PREGUNTAS DE RESERVA

1. En relación a los mecanismos de la conocida como anorexia del envejecimiento señale la **FALSA**:

    a) Cambios en la percepción del gusto y el olfato.

    b) Alteración de la distensibilidad antral.

    c) La Ghrelina es una importante hormona anorexigena.

    d) La concentración de colecistoquinina suele estar aumentada.

2. El análisis de patrones de marcha con unidades de medida inercial (IMU) permite una caracterización más fina de los patrones de marcha en pacientes frágiles. Según los datos del estudio Toledo de envejecimiento saludable, señale cuál de estos parámetros **NO** está relacionado con la caracterización del grado de fragilidad:

    a) Regularidad del paso.

    b) Cadencia de paso.

    c) Valor RMS (Root Mean Square).

    d) Tasa de distorsión armónica.

3. En relación a los cambios epigenéticos que se han asociado a fragilidad, señale la respuesta **FALSA**:

    a) Mayor hipometilación global del ADN.

    b) Hipermetilación en islas CpG específicas.

    c) Baja expresión de Nrf2.

    d) Alta expresión de HIF-1ª

4. Bernard Strehler, reconocido gerontólogo americano, define el envejecimiento a través de cuatro postulados:

   a) El envejecimiento es universal, intrínseco, progresivo y deletéreo.

   b) El envejecimiento es homogéneo, resiliente, metabólico y secundario al estrés.

   c) El envejecimiento depende de factores fisiológicos, metabólicos, ejercicio físico y factores humorales.

   d) El envejecimiento es la consecuencia lógica del ineludible paso del tiempo, del acúmulo de enfermedades, del componente genético y de los hábitos.

5. Existen diferentes teorías moleculares sobre el envejecimiento, señale la **CORRECTA**:

   a) Teoría de la acumulación de productos de desecho.

   b) Teoría del entrecruzamiento telomérico.

   c) Teoría inmunológica.

   d) Teoría neuroendocrina.

6. Ante una paciente de 82 años con infecciones urinarias recurrentes usted utilizaría como profilaxis:

   a) Fosfomicina 3 gramos cada tres días durante 6-12 meses.

   b) Amoxicilina 500 mg/día durante 12 meses.

   c) Extracto de arándano 2 cápsulas diarias de forma permanente.

   d) Fosfomicina 1 g/día durante 6 meses.

7. En la investigación de la insuficiencia renal de un anciano la prueba de imagen de elección sería:

   a) Radiografía de abdomen.

   b) Ecografía abdominal.

   c) Doppler renal.

   d) Tomografía axial computarizada abdominal.

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 2 plazas del puesto de trabajo de Facultativo Especialista de Área GERIATRÍA del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ejercicio/Prueba nº 1 de la oposición, realizado en fecha: 2 de octubre de 2021

Plantilla de respuestas válidas

PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA
1	c)	39	a)
2	d)	40	c)
3	c)	41	d)
4	d)	42	b)
5	b)	43	d)
6	b)	44	d)
7	d)	45	b)
8	a)	46	d)
9	b)	47	b)
10	c)	48	c)
11	c)	49	a)
12	b)	50	c)
13	b)	51	c)
14	a)	52	b)
15	c)	53	b)
16	c)	54	b)
17	d)	55	b)
18	c)	56	c)
19	a)	57	c)
20	c)	58	b)
21	c)	59	d)
22	b)	60	b)
23	c)	61	d)
24	b)	62	a)
25	d)	63	d)
26	b)	64	c)
27	a)	65	d)
28	a)	66	b)
29	d)	67	b)
30	c)	68	c)
31	d)	69	b)
32	d)	70	b)
33	c)	71	a)
34	c)	72	b)
35	d)	73	b)
36	b)	74	d)
37	a)	75	c)
38	d)		

PREGUNTAS RESERVA			
1	c)	5	a)
2	b)	6	a)
3	d)	7	b)
4	a)		

CONVOCATORIA

CONCURSO-OPOSICIÓN

F.E.A. GERIATRÍA

(Resolución 1109/2020, de 30 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

2 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLÍNICO 1

(70% de la valoración de la segunda prueba)

HISTORIA ACTUAL

Paciente de 80 años diagnosticado de trastorno bipolar con una larga historia de episodios maníaco-depresivos, con un ingreso hospitalario hace 10 años en una unidad de psiquiatría donde fue tratado con litio y terapia electroconvulsiva y posteriormente con ácido valproico y fluoxetina.

4 años antes del ingreso actual, el paciente tuvo una caída en relación con una marcha inestable lo que motivó un ingreso hospitalario. El paciente no recordaba bien como fue la caída *"estaba en casa en la cocina y de pronto me vi en el suelo"* No recordaba haber perdido el conocimiento. El examen neurológico reveló un déficit de memoria y una atención deficiente, así como temblor de acción en los brazos y una marcha "*ligeramente inestable*", incluso con el uso de un bastón. Se realizó una RMN que mostró leve prominencia de los ventrículos, surcos y cisternas. El resto de pruebas complementarias practicadas durante ese ingreso fueron normales. Se redujo la dosis de fluoxetina y el paciente fue dado de alta 3 días después.

Posteriormente, se produjeron otras caídas 2 y 4 meses después, de mecanismo similar. Dos meses después de la última caída, chocó con el coche que tenía delante mientras conducía. Su psiquiatra observó que tenía temblores bilaterales en reposo; se redujo la dosis de ácido valproico y se le remitió a un neurólogo. Dos meses después del accidente de coche, se cayó mientras caminaba y fue evaluado en otro hospital. La evaluación reveló nistagmo y un nivel normal de ácido valproico (89 µg por mililitro; rango de referencia, 50 a 100) A pesar de los niveles normales se redujo la dosis de valproico, y se proporcionó terapia física. Durante los siguientes 5 meses no volvió a presentar caídas, la inestabilidad de la marcha se redujo, pero no desapareció. El paciente fue evaluado por otros dos neurólogos tras informar de una sensación de "*desequilibrio*". La audiometría reveló una pérdida auditiva neurosensorial de alta frecuencia de leve a moderada. Se consideró que los medicamentos contribuían a su disfunción del equilibrio.

Durante los 12 meses siguientes, se redujo la dosis de ácido valproico y se suspendió la fluoxetina; el paciente se sometió a ensayos de escitalopram y luego de sertralina para el tratamiento de los síntomas depresivos. Informó a su psiquiatra de síntomas de confusión, cierta dificultad con la memoria reciente y disminución de la coordinación de las piernas. La puntuación de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) fue de 23.

Se realizaron pruebas neuropsiquiátricas y los resultados no sugerían un proceso neurodegenerativo. Destacaba un test de depresión abreviado Yesavage de 10 puntos sobre 15. Dado el estado de ánimo progresivamente deprimido del paciente, se inició un tratamiento con aripiprazol, ajustando la dosis en los 12 meses siguientes.

Tres meses antes del actual ingreso, su hijo lo encontró con muchas dificultades para caminar y necesitando ayuda para moverse. Progresivamente el paciente se encontraba más temeroso con salir a la calle, precisaba ayuda para manejar la medicación y tenía miedo de volver a conducir, refiriendo sensación de pesadez en los pies y dificultad para usar las escaleras. En la exploración, presentaba temblores y rigidez muscular; en la deambulación, impresionaba de ir arrastrando ambas piernas a pasos cortos y necesitaba un bastón. Se suspendió el tratamiento con aripiprazol y se sustituyó la sertralina por fluoxetina.

Un mes antes del ingreso actual, el paciente fue hospitalizado voluntariamente en la unidad de psiquiatría de este hospital por empeoramiento de la depresión, que él atribuía a la reducción progresiva de la movilidad y la fuerza. En la exploración destacaban los temblores, la rigidez muscular y la marcha arrastrada. Los niveles sanguíneos de folato, vitamina B12 y hemoglobina glicosilada eran normales. Las pruebas de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y 2 y del antígeno tipo 1 y de anticuerpos antitreponémicos fueron negativas. Durante los 5 días de hospitalización, se aumentó la dosis de fluoxetina y se inició tratamiento con lorazepam, trazodona y quetiapina a dosis bajas.

Durante las siguientes 4 semanas, la capacidad de caminar del paciente continuó deteriorándose, y requirió el uso intermitente de un andador y una silla de ruedas. Sus síntomas depresivos persistieron. Destacaba el malestar, la anorexia, la falta de sueño, la anhedonia, la desesperanza, la culpa, la baja energía, y el empeoramiento de la marcha. Además, se asoció de forma progresiva incontinencia urinaria de urgencia, que condicionó una nueva caída con traumatismo craneoencefálico, motivo por el cual acude a urgencias y tras realizar interconsulta a Psiquiatría queda ingresado en una UGA.

Entre los **antecedentes personales** destacaba, hipertensión y apnea del sueño; se había sometido a una ablación de la próstata con láser 4 años antes, así como a una reparación de hernia inguinal bilateral y a una reparación del manguito rotador.

La medicación en el momento del ingreso incluía las siguientes:

- Fluoxetina 40 mg 1cp por la mañana.
- Quetiapina 25 mg 2 cp en la cena.
- Acido valproico 500 mg 1 cp cada 8 horas.
- Aspirina 100 mg 1 cp después de comer.
- Enalapril 20 mg cada 12 horas.
- Terazosina 5 mg el desayuno.
- Lorazepam 1 mg 1 cp en desayuno, comida y cena.
- Trazodona 100mg, 1 comprimido antes de dormir.

El litio había causado temblores en el pasado, el aripiprazol había causado rigidez muscular y temblores, y la gabapentina había causado aturdimiento hace muchos años. El paciente no fumaba tabaco, y bebía alcohol menos de una vez al mes. Estaba divorciado y residía en casa con una cuidadora 2 horas al día y apoyo puntual de uno de los hijos.

En el momento del ingreso era independiente para comer, precisaba ayuda para lavado, arreglarse y parcial para vestirse. Incontinencia urinaria pero continente fecal. Necesitaba ayuda para ir al retrete y mínima ayuda para el traslado cama-sillón. Por casa caminaba con apoyo de andador y supervisión de otra persona. En la calle era independiente para desplazarse en silla de ruedas y no podía subir escalones. Presentaba déficit sensorial visual leve que no había progresado en los últimos años, siendo portador de lentes correctoras e hipoacusia bilateral, portador de audífono. No presentaba disfagia ni había perdido peso y sus ingestas alimenticias eran normales Había dejado de conducir hacía 4 meses y de manejar la medicación y tareas del hogar hacía 3 meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La temperatura era de 36,1°C, la frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto, la presión arterial de 100/61 mm Hg y la saturación de oxígeno del 97% mientras el paciente respiraba aire ambiente. El índice de masa corporal era de 28,5. El paciente iba en silla de ruedas. Se le describió como bien arreglado y cooperativo, con un contacto visual apropiado. Estaba orientado en tiempo, lugar y persona. Su discurso era fluido e indicaba un proceso de pensamiento lógico, pero se consideraba "*lento*". Algunas de sus respuestas parecían lentas, pero la denominación, la repetición, la atención, la concentración y la memoria estaban intactas. Su estado de ánimo y su afecto fueron descritos como deprimidos, y tenía ideas suicidas. Los resultados del examen de los nervios craneales eran normales, excepto por la reducción de la expresión facial. La exploración motora mostró un leve aumento del tono en la parte inferior de las piernas y el brazo izquierdo, con bradicinesia, y por lo demás era normal. Al levantarse de la cama para explorar la marcha notaba sensación de mareo cinético. Esta marcha se describió como "*lenta al comienzo*" con una "*calidad magnética*" y luego como

"arrastrando los pies" durante algunos pasos. El resto de la exploración neurológica y física general fue normal.

Su nivel de alerta era normal, era capaz de decir su edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento y año actual con dos errores, y cuando le pedíamos que dijera los meses del año hacia atrás era capaz de decir menos de 7. El curso de esta situación era fluctuante.

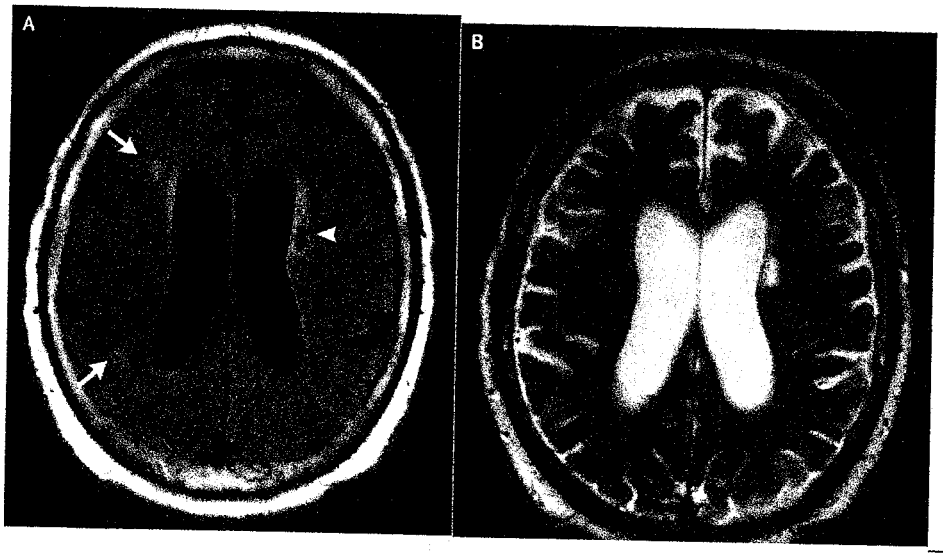
El recuento de glóbulos blancos, el recuento de plaquetas y los niveles de hemoglobina, calcio y albúmina eran normales, al igual que los resultados de las pruebas de función hepática. Los demás resultados de las pruebas de laboratorio se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Pruebas del laboratorio:

Variable	Valores referencia	1 mes antes del ingreso	Al ingreso
Sodio (nmol/l)	135-145	130	136
Potasio (nmol/l)	3.4-5	4.5	4
Cloro (nmol/l)	98-108	92	99
Creatinina (mg/dl)	0.6-1.5	0.99	1.02
Glucosa (mg/dl)	70-110	90	102
Valproico (µg/ml)	50-100	66.8	50
25-Hidroxi vitamina D (ng/ml)	30-60	9	4
TSH	0.40-5.00	4.2	4.0
T4		1.2	1

Se realizó una RX de tórax , ECG y TAC craneal en urgencias que no demostraron datos de patología aguda.

A continuación, en planta se realizó una resonancia magnética craneal (Figura 1), realizada con y sin la administración de material de contraste, reveló el antiguo infarto en la corona radiata izquierda, rasgos de enfermedad leve de los vasos pequeños, y una leve pérdida de volumen del parénquima cerebral difuso con marcado aumento de los ventrículos laterales y forma algo redondeada de las astas frontales. Las imágenes coronales reformateadas mostraban un ángulo calloso (el ángulo en el que los dos ventrículos laterales se encuentran a nivel de la comisura posterior) de 66 grados. Índice de Evans >0,3.



Caso clínico 1: Desarrolle las siguientes preguntas:

1. *Cuantifique el Índice de Barthel, el 4AT y el riesgo de caídas de este paciente en el momento del ingreso.*

2. *Establezca un diagnóstico diferencial y presunción diagnostica más probable vinculado a criterios establecidos según las características de este paciente.*

3. *¿Qué prueba/s diagnóstico-terapéutica/s aconsejaría?*

4. *Establezca un plan de manejo integral en la UGA.*

5. *Propuesta de plan terapéutico al alta en función de diagnóstico/s presunción más probable/s.*

CASO CLÍNICO 2

(30% de la valoración de la segunda prueba)

Mujer de 92 años con **antecedentes patológicos** de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular crónica, insuficiencia cardiaca NYHA II; artroplastia de cadera bilateral (a los 55 y 70 años); mastectomía izquierda hace 3 años por "papiloma" en pezón (tratamiento quirúrgico, no precisó QT ni RT); legrado en 2 ocasiones, diagnosticada de carcinoma endometrial hace unos años (considerado inoperable en el momento del diagnóstico); faquectomía OI, amaurosis OD secundaria a glaucoma. Controlada habitualmente por médico de cabecera, cardiología y ginecología en sanidad privada. No aporta informes ni exploraciones complementarias salvo hemograma con Hb 10'7 g/dL.

En **tratamiento habitual** con paracetamol 1g (1-1-0), metamizol 1 c/cena, dabigatrán 110 mg/12h, digoxina 0'25 mg 5 d/semana, ácido fólico/cianocobalamina 1/d, carbonato de calcio 2 c/d, calcifediol 0'266 mg 1 amp/mes, ferrimanitol 80 mg/d, omeprazol 20 mg/d, torasemida 10 mg/d, atenolol 25 mg/12h, acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml 1 vial im/3 meses.

Situación social y funcional: vive con una interna desde hace unos 7 años. Muy buen soporte familiar, apoyo x hijos (4). Índice de Barthel: ayuda para calzado, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal ocasional; capaz de subir y bajar escaleras, deambula con bastón; aseo, ducha y alimentación sin ayuda. Reciente empeoramiento de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, edemas vespertinos habituales. Cognitivamente intacta. Ánimo bajo. Sensación de muerte próxima y miedo a la misma. Información acerca de la enfermedad: pacto de silencio (la han informado de "miomas").

Motivo de consulta: incremento de disnea, astenia intensa (en principio no justificada por grado de anemia); últimamente incremento de dolor a nivel de hipogastrio, así como del sangrado vaginal (3 compresas/d) y desde hace tres días rectal. La paciente acude a la consulta obligada, acompañada por una de sus hijas, que ha oído hablar muy bien del servicio de Geriatría del hospital de referencia. A la exploración física destaca TA 90/57 mmHg, AC arrítmica con frecuencia controlada, AP con crepitantes de burbuja fina en ambas bases, edema en dorso de pies que deja fóvea. A la palpación abdominal masa de unos 7 cm en hipogastrio, no desplazable, no dolorosa a la palpación ni a la presión, aunque sí refiere dolor espontáneo frecuente de características viscerales. La prueba de imagen revela un tumor endometrial sólido que infiltra parametrios hasta pared pélvica y con afectación vaginal y rectal. Se consigue la anatomía patológica de su ginecólogo privado, con resultado de carcinoma endometrioide con estadiaje histológico G3.

Caso clínico 2: Desarrolle las siguientes preguntas:

1. *Establezca una relación de problemas activos de esta paciente.*

2. *¿Qué pruebas complementarias le solicitaría? ¿Qué información pretende conseguir de cada una de ellas?*

3. *¿Qué ajuste de tratamiento realizaría?*

4. *¿Cómo abordaría el problema de la anemia?*