

# GERIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS



2024-25

# GERIATRÍA

## 1. INTRODUCCIÓN GERIATRÍA

. Con respecto a la fragilidad, con cual afirmación estás de acuerdo: (2024 junio)

- a) Es lo mismo que comorbilidad.
- b) La fragilidad es igualmente frecuente en edades muy avanzadas que en edades muy maduras.
- c) Se produce cuando la reserva fisiológica es menor del 40%.
- d) Es fácil de reconocer en los períodos iniciales.
- e) En los períodos iniciales es reversible.

. Con respecto a la fragilidad, con cual afirmación estás de acuerdo: (2024 junio)

- a) Es lo mismo que comorbilidad.
  - multimorbilidad NO = fragilidad
- b) La fragilidad es igualmente frecuente en edades muy avanzadas que en edades muy maduras.
  - frailty index (índice fragilidad) => características = prevalencia incrementada con la edad
  - regla de los 30 = empezamos a envejecer a partir de los 30a -> empieza a disminuir/degenerar la reserva fisiológica multisistémica.
- c) Se produce cuando la reserva fisiológica es menor del 40%.
  - regla de los 30 = individuo se hace frágil cuando se queda con menos del 30% de su capacidad funcional
- d) Es fácil de reconocer en los períodos iniciales.
  - existen pacientes frágiles que no tienen ninguna patología detectable
- e) En los períodos iniciales es reversible.
  - la fragilidad en las primeras fases es evitable y mejorable

\*correcta: e

. Con respecto a la fragilidad, con cual afirmación estás en desacuerdo: (2023 junio)

- a) No es lo mismo que comorbilidad.
- b) La fragilidad es más frecuente en edades muy avanzadas.
- c) Se produce cuando la reserva fisiológica es menor del 30%.
- d) Es fácil de reconocer en los períodos iniciales.
- e) La fragilidad es reversible en los períodos iniciales.

\*correcta: d (creo)

→ frágil = pierde >70% reserva funcional = le queda <30% capacidad/reserva funcional

. Con respecto a la fragilidad, con cual afirmación estás de acuerdo?: (2022 junio)

- a) Cuando se llega a la fragilidad la situación es irreversible.
  - b) No es lo mismo que comorbilidad.
  - c) Casi todos los ancianos son frágiles.
  - d) Se produce cuando la reserva fisiológica es menor del 50%.
  - e) Estoy de acuerdo con todas.
- fragilidad
- disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación homeostasis organismos que se produce con el envejecimiento
  - persona frágil (zona frágil) = pierde >70% reserva fisiológica
  - existen pacientes frágiles que no tienen una patología detectable
  - fragilidad primeras fases = evitable + mejorable
  - multimorbilidad (condiciones crónicas interfieren calidad vida y capacidad funcional, haciéndolo más frágil) = NO mismo fragilidad
  - empezamos a envejecer a los 30a = (-) reserva fisiológica
  - >65a = 30% frágiles

\*correcta: b

. Con respecto a la fragilidad, con cual afirmación estás más de acuerdo: (2021 junio)

- a) Casi todas las personas de edad avanzada son frágiles.

- b) Es lo mismo que comorbilidad.
  - c) Se produce cuando la reserva fisiológica es menor del 50%.
  - d) Tiene valor pronóstico y puede ser reversible.
  - e) Estoy de acuerdo con todas.
- \*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes no se incluye en la definición de fragilidad de Fried: (2024 mayo)

- a) Pérdida de peso no intencionada.
- b) Debilidad muscular.
- c) Lentitud de la marcha.
- d) Depresión.
- e) Nivel bajo de actividad física.

→ criterios fragilidad doctora Fried (fragilidad >3 criterios) = "LEBADEPENa"

1. LEntitud de la marcha
2. BAja resistencia, cansancio
3. DEbilidad muscular
4. PÉrdida de peso no intencionada
5. Nivel bajo de Actividad física

\*correcta: d

. Los criterios de Fried para fragilidad, incluyen, todos menos uno: (2021 junio)

- a) Pérdida de peso no intencionada.
- b) Debilidad muscular.
- c) Copérdida de memoria reciente.
- d) Lentitud en la marcha.
- e) Nivel bajo de actividad física.

→ criterios fragilidad Dra Fried (fragilidad >3 criterios) = "LEBADEPENa"

- LEntitud de la marcha
- BAja resistencia, cansancio
- DEbilidad muscular
- PÉrdida de peso NO intencionada
- Nivel bajo de Atividad física

\*correcta: c

## 2. VALORACIÓN ESTADO MENTAL PERSONA MAYOR

. En la Evaluación Integral del Adulto mayor, Indica cuál de los siguientes aspectos del Cuidador deben incluirse: (2023 junio)

- a) Nivel de estudios del cuidador.
- b) Salud mental del cuidador (evaluación del médico).
- c) Calidad de vida del cuidador.
- d) A, B y C.
- e) Solo A y C.

\*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se aplica a la entrevista psicogeriátrica? (2023 junio)

- a) Se deben usar frases cortas.
- b) Si se usan cuestionarios, son preferibles las respuestas dicotómicas a las de varias opciones.
- c) Se debe evitar mirar directamente al paciente para que no se sienta intimidado.
- d) Se debe valorar su situación económica.
- e) B y C.

→ valoración estado mental anciano - lenguaje

- frases (preguntas/instrucciones) = sencillas + cortas (diciendo una cosa de cada vez)
- evitar preguntas abiertas - preguntas concretas
- cuestionarios dicotómicos (sí/no) = información más fiables nos van a dar
- mantener contacto visual
- buscar contacto afectivo

→ valoración estado mental anciano - detectar factores estresantes - situaciones ambientales = situación económica

\*correcta: c

. Tienes prisa. ¿Cuál de las siguientes actuaciones puede OMITIRSE sin comprometer el concepto de Evaluación Geriátrica Integral? (2023 junio)

- a) Solicitar las pruebas de laboratorio cuando resultan aparentes las alteraciones del estado mental del paciente.
- b) Realizar la evaluación física cuando resultan aparentes las alteraciones del estado mental del paciente.
- c) Realizar la valoración del área sexual.
- d) Realizar la evaluación del Deterioro Cognoscitivo.
- e) Ninguna de las actuaciones mencionadas pueden omitirse al realizar la evaluación integral del paciente geriátrico.

→ valoración estado mental

- exploración psicopatológica - anamnesis = NO eludir área sexual ((no hay nada que no haya que explorar)
- temas que debemos tener en cuenta = deterioro cognoscitivo
- pruebas complementarias - evaluación física y pruebas de laboratorio = deben hacerse siempre (aunque la apariencia de la patología sea mental)

\*correcta: d

. Señala cual/cuales de las siguientes son dificultades a la hora de evaluar el Apoyo Social de una persona mayor: (2023 junio)

- a) Que el estado afectivo del paciente distorsione el apoyo social percibido.
- b) Que el deterioro cognoscitivo del paciente distorsione el apoyo social percibido.
- c) La falta de un informante objetivo.
- d) A, B y C.
- e) Solo A y C.

\*correcta: d

### 3. ALTERACIONES ENVEJECIMIENTO

. ¿Cuál de estos cambios es característico del proceso de envejecimiento fisiológicas? (2024 junio)

- a) El VEMS suele descender, pero proporcionalmente menos que la capacidad vital.
- b) La capacidad pulmonar total disminuye con la edad.
- c) La capacidad vital disminuye.
- d) Aún en la edad avanzada el flujo renal se mantiene.
- e) Hay tendencia a la gastritis hipertrófica.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento

- aparato respiratorio
  - capacidad pulmonar total = NO se modifica
  - capacidad vital = disminuye (x aumento rigidez torácica/pulmonar)
  - VEMS/capacidad vital = disminuye mucho → (+) disminuye VEMS = tendencia patrón obstructivo
- aparato digestivo = gastritis atrófica
- sistema nefrourológico = reducción flujo renal

\*correcta: c

. ¿Cuál de estos cambios es característico del proceso de envejecimiento fisiológico?: (2023 junio)

- a) El VEMS suele descender proporcionalmente mas que la capacidad vital.
- b) La capacidad pulmonar total disminuye con la edad.
- c) La capacidad vital se mantiene.
- d) Aún en la edad avanzada el flujo renal se mantiene.
- e) Hay tendencia a la gastritis hipertrófica.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento:

- sistema cardiovascular = tamaño cardíaco NO varía
- aparato respiratorio:
  - NO modifican = capacidad pulmonar total
  - disminuyen = capacidad vital + volumen reserva espiratorio + VEMS + relación VEMS/capacidad vital (disminuye +VEMS)
- aparato digestivo = tendencia gastritis atrófica
- sistema nefrológico = reducción flujo renal

\*correcta: a

. Cal destes cambios é característico do proceso de envellecemento fisiolóxico?: (2022 junio)

- a) O corazón tende a aumentar de tamaño.
- b) A capacidade pulmonar total diminúe.
- c) O volume de reserva espiratorio diminúe.
- d) O fluxo renal mantense no ancián.
- e) Hai tendencia á gastritis hipertrófica

\*correcta: c

. ¿Cuál de estos cambios no es característico del envejecimiento fisiológico del anciano? (2021 junio)

- a) El tamaño del corazón aumenta en la tercera edad.
- b) (...) aun en pacientes sin clínica de insuficiencia cardíaca.
- c) La edad avanzada, aún en ausencia de otros factores de riesgo favorece el desarrollo de EPOC.
- d) En el anciano hay una tendencia al desarrollo de gastritis atrófica.
- e) Todos estos cambios son característicos del envejecimiento fisiológico del anciano.

→ alteraciones envejecimiento

- sistema cardiovascular = tamaño cardíaco NO varía
- aparato respiratorio = anciano tendencia patrón obstructivo
- aparato digestivo = tendencia gastritis atrófica

\*correcta: a

. ¿Cual de estos cambios no es carácterístico del aparato genito-urinario del anciano? (2021 junio)

- a) Reducción volumen y peso del riñón.
- b) Despoblación nefronal progresiva, mas acusada en cortical, que se acompaña de un aumento de la superficie de filtración del glomérulo.

- c) Aumento del tejido mesangial.
- d) Aparición de microdivertículos porción distal del uréter.
- e) Todos estos cambios son característicos.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento - modificaciones sistema nefrológico - alteraciones morfológicas:

- atrofia renal = reducción volumen y peso riñón
- depoblación neuronal progresiva = (+) acusada en zona cortical
- reducción progresiva de superficie de filtración glomerular (consecuencia perfidia neuronas) + aumento mensajero (tejido sostén)
- aparición microdivertículos en: porción distal uréteres + entra vejiga

\*correcta: e

. ¿Cuál de estos cambios NO es característico del sistema nervioso del anciano?: (2022 junio)

- a) Pérdida 10% peso cerebro entre 20-90 años.
- b) Aumento surcos interhemisféricos y ventrículos.
- c) Fibrosis, calcificación y osificación meninges.
- d) Fenómenos relacionados con la degeneración, de cuya intensidad depende la expresión clínica.
- e) Todos ellos son cambios característicos del sistema nervioso del anciano.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento - modificaciones sistema nervioso - alteraciones morfológicas:

- pérdida 10% peso cerebro que se inicia entre 20-90a
- aumento surcos interhemisféricos y ventrículos (+profundidad / +amplios) x atrofia cortical
- fibrosis + calcificación + osificación → menígeos + plexos coroideos = cambios degenerativos
- pérdida irreversible neuronas = se da junto fenómenos de degeneración (cuerpos de Lewy + ovillos neurofibrilares + placas seniles + degeneración granulo-vacuolar)

\*correcta: e

. ¿Cuál de estos cambios hormonales no es típico del anciano? (2024 mayo)

- a) Cambios en el comportamiento y respuesta a la ADH, con tendencia a la hipernatremia.
- b) Aumento en la producción FSH y LH y reducción en la producción y secreción hormonas sexuales.
- c) Deficit de la actividad desiodasa periférica, con tendencia a una disminución de la T3.
- d) Modificaciones en el comportamiento GH y Prolactina.
- e) Todos son cambios típicos que ocurren en el anciano.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento - modificaciones sistema endocrino - alteraciones funcionales

- cambios comportamiento respuesta ADH = SIADH idipático senil = hiponatremia dilucional
- (+) producción FSH/LH x (-) producción/secreción hormonas sexuales
- modificaciones comportamiento GH y prolactina
- (-) desiodasa periférica = (-) T3

\*correcta: a

IAI principio había puesto la e = IMPORTANTE → HIPONatremia

. ¿Cuál de estos cambios hormonales no es típico del anciano? (2022 junio)

- a) Cambios en el comportamiento y respuesta a la ADH (hiponatremia situación común en el anciano).
- b) Aumento en la producción FSH y LH y reducción en la producción y secreción hormonas sexuales.
- c) Deficit de la actividad desiodasa periférica, con tendencia a una disminución de la T3.
- d) Modificaciones en el comportamiento GH y Prolactina.
- e) Todos son cambios típicos que ocurren en el anciano.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento - modificaciones sistema endocrino - alteraciones funcionales

- cambios comportamiento + repuesta ADH = SIADH (senil único idiopático) = colabora desarrollo hiponatremia dilucional
- aumento producción FSH + LH x disminución produccion/secreción hormonas sexuales
- modificaciones comportamiento GH + prolactina
- déficit desiodasa periférica (T4→T3) = mayor tendencia bajada T3

\*correcta: e

. ¿Cuál de estas alteraciones fisiológicas/no es característica del anciano? (2021 junio)

- a) Aumento de la resistencia insulínica.
- b) Menor producción y eliminación del cortisol.
- c) Menores niveles de angiotensina y aldosterona

d) Disminución de los niveles de péptido natriureto atrial.

e) Todas estas alteraciones son características del anciano.

→ alteraciones relacionadas con envejecimiento - modificaciones sistema nervioso - alteraciones funcionales

- (-) producción/eliminación cortisol

- (-) hormonas sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

- (+) resistencia periférica insulina

- (+) niveles Péptido Natriuretico Atrial (PAN) → xq respuesta órgano diana (riñón) es peor

\*correcto: d

## 4. ASPECTOS PRÁCTICA CLÍNICA GERIATRÍA

. ¿Cuál es la mejor definición de las siguientes de paciente sociosanitario?: (2024 mayo)

- a) Tiene una enfermedad crónica, un problema funcional y un problema social.
- b) Está polimeditado, tiene una limitación funcional severa que le incapacita para las actividades básicas de la vida diaria e insuficiente apoyo social.

c) Tiene uno o más problema crónico de salud, dependencia severa y deterioro cognitivo moderado.

d) Caídas frecuentes, deterioro cognitivo moderado y dependencia severa.

e) Todas ellas son situaciones que definen a un paciente sociosanitario en todas estas situaciones menos una.

→ paciente sociosanitario deberá cumplir = 1 criterio médico + 1 criterio funcional + 1 criterio social => 1 debe ser

- patología crónica que condiciona incapacidad funcional (médico)

- limitación funcional severa para desarrollar actividades vida diaria (funcional)

→ paciente sociosanitario - criterios

- médicos

1. patología crónica que condiciona capacidad funcional

2. 3/+ estancias hospitalarias >24h últimos 12 meses

3. polifarmacia = 4 fármacos con efectos 2º imp

4. comorbilidad = >3 problemas salud crónicos (índice Charlson)

- funcionales

1. limitación funcional severa para desarrollar actividades básicas vida diaria (escala Katz, Barthel, Lawton)

2. reconocimiento dependencia severa / gran dependencia (grados III/IV)

3. sd caídas frecuentes

4. deterioro cognitivo moderado (deterioro global Reisberg)

5. pacientes que tras estancia hospitalaria y en situación de convalecencia precisa de cuidados sanitarios temporales que dificultan el alta por su insuficiente soporte social

- médicos

1. ausencia red social de apoyo adecuado o en riesgo de claudicación

2. vivienda o entorno inadecuado

\*correcta: b

a) Al ppio había pensado esta como correcta pero debía de decir enfermedad crónica que condiciona capacidad funcional

b) Cumple los criterios de tener uno de cada y que uno sea limitación funcional severa para desarrollar actividades básicas

c) 1 médico + 2 funcionales (y ninguno de los importantes)

d) 3 funcionales

. Cuando un paciente de edad avanzada consulta por prurito generalizado, debemos pensar: (2024 mayo)

a) Reacción alérgica.

b) Ictericia.

c) Uremia.

d) Sarna.

e) Hipotiroidismo.

→ síntomas frec EF - piel = prurito

• senil (idiopático, piel seca)

• ictericia

• uremia

• cáncer

• sarna

• piojos

• reacciones alérgicas

• hipertiroidismo

\*correcta: e

. Paciente anciano, que consulta por dolor torácico relacionado con las comidas, a veces ? de disfagia y que tiene desde hace meses. ¿Qué diagnóstico/s diferencial/es deberíamos tener en cuenta?: (2024 junio)

a) Cardiopatía isquémica.

b) Presbi-esófago.

c) Cáncer de esófago.

d) b y c.

e) a, b y c.

→ síntomas frecuentes en exploración x aparatos/sistemas => tórax

- trastornos movilidad esofágica = espasmo esofágico (presbiefago) => muy frec en ancianos -> distinguimos de cardiopatía isquémica xq le duele al tragar (disfagia)N

\*correcta: e (según chatGPT xq en geriatría nunca se descarta causa cardíaca en dolor torácico, pero claramente la sintomatología nos hace pensar en b/c; porfi si sabéis la correcta decidlo por el grupo)

. Paciente anciano exfumador, que consulta por dolor torácico relacionado con el esfuerzo, que tiene desde hace meses, especialmente después de las comidas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (2023 junio)

- a) Cardiopatía isquémica.
- b) Presbiefago.
- c) Hipertiroidismo.
- d) Cáncer de pulmón con compresión de esófago por invasión local o compresión por adenopatías.
- e) Anemia perniciosa.

-> síntomas frecuentes en la exploración x aparatos y sistemas => tórax - dolor:

- infecciones
- cardiopatía isquémica
- ERGE
- trastornos motilidad esofágica
- ansiedad
- costochondritis
- herpes zoster

\*correcta: a

. Paciente ancián exfumador, que desde hai meses presenta unha deterioración do estado xeral e perda da memoria recente, consulta por disfagia de instauración progresiva primeiro sólidos e logo líquidos, cal é/son o/o diagnóstico máis probable?: (2022 junio)

- a) Disfagia neurógena.
- b) Cancro gástrico.
- c) Hipertiroidismo.
- d) Cancro de pulmón con compresión de esófago por invasión local ou compresión por adenopatías.
- e) Anemia perniciosa.

-> disfagia = 1º sólidos + después líquidos -> disfagia progresiva = causa orgánica -> problema obstructivo

\*correcta: d

. Todas estas situaciones son capaces de producir estreñimiento con frecuencia en el anciano, menos una: (2024 mayo)

- a) Hipotiroidismo.
- b) Hipoparatiroidismo.
- c) Deshidratación.
- d) Hipopotasemia.
- e) Fármacos.

-> síntomas frec EF - digestivos = estreñimiento sin otros síntomas:

- fármacos
- hipotiroidismo
- hiperparatiroidismo
- deshidratación
- hipopotasemia
- cáncer colorrectal
- falta ejercicio físico
- dieta pobre en fibra

\*correcta: b

. Si un paciente mayor es traído a consulta por estreñimiento debemos pensar en todos los siguientes diagnósticos, excepto: (2021 junio)

- a) Hipertiroidismo.
- b) Hipopotasemia.
- c) Deshidratación.
- d) Fármacos.
- e) Hiperparatiroidismo.

-> síntomas frecuentes en la exploración => digestivo = estreñimiento sin otros síntomas

- fármacos
- hipotiroidismo
- hiperparatiroidismo
- deshidratación
- hipopotasemia
- cáncer colorrectal
- falta ejercicio
- dieta pobre en fibra

\*correcta: a

## 5. INCONTINENCIA URINARIA Y CAÍDAS

. ¿Cuál de estos es el mecanismo más infrecuente por el que se produce incontinencia permanente en el anciano de ambos sexos? (2022 junio)

- a) Incontinencia de esfuerzo.
- b) Obstrucción uretral.
- c) Hipoactividad del detrusor.
- d) Hiperactividad del detrusor.
- e) Todos son igualmente frecuentes.

→ incontinencia persistente - hiperactividad detrusor / vejiga hiperactiva = (+) frec → 2/3 incontinencia en población geriátrica hombres como mujeres

\*correcta: c

. ¿Cuál de estos es el segundo mecanismo más frecuente en la mujer por el que se produce incontinencia permanente? (2023 junio)

- a) Incontinencia de esfuerzo.
- b) Obstrucción uretral.
- c) Hipoactividad del detrusor.
- d) Hiperactividad del detrusor.
- e) Todos son igualmente frecuentes.

→ incontinencia persistente - incontinencia de esfuerzo = 2ª causa incontinencia persistente en mujeres ancianas (raro en varones)

\*correcta: a

. ¿Cuál de estos es el mecanismo fisiopatológico menos frecuente para el desarrollo de la incontinencia urinaria permanente en el anciano? (2024 mayo)

- a) Incontinencia de esfuerzo.
- b) Obstrucción uretral.
- c) Hipoactividad del detrusor.
- d) Hiperactividad del detrusor.
- e) Mixto.

→ hipoactividad del detrusor = se corresponde con <20 casos (menos frecuente)

\*correcta: c

→ importante este espúmenle:

- hiperactividad detrusor = 1ª causa incontinencia ambos sexos
- incontinencia esfuerzo = 2ª causa mujeres
- obstrucción uretral = 2ª causa hombres
- hipoactividad detrusor = <20% causas

. En relación con los medicamentos cuyo uso está relacionado con una mayor tendencia a las caídas, ¿cuál de los siguientes no predispone a las caídas? (2024 mayo)

- a) Antihipertensivos.
- b) Neurolépticos.
- c) Benzodiazepinas.
- d) AINES.
- e) Anticoagulantes.

→ caídas - etiología - medicamentos:

- antihipertensivos
- fármacos SNC = neurolépticos + antidepresivos + benzodiazepinas
- antibióticos = macrólidos + aminoglucósidos + tetraciclinas
- tóxicos cerebelosos = alcohol + fenitoínas + opiáceos
- otros = AINES + mórnicos + plantas

\*correcta: e

. Con respecto a la nueva Ley de la Eutanasia activa aprobada en España; con que afirmación estás en desacuerdo?: (2024 mayo)

- a) La eutanasia activa se define como la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte.
- b) Se precisa ser español, mayor de edad y residente en el país, para poder solicitarla.
- c) Debe solicitarla por escrito y dos veces y su médico se reunirá con el.
- d) Como máximo, en 40 días desde la primera solicitud, su médico recibirá el visto bueno, para proceder con ella.
- e) La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados y en el domicilio.

→ ley eutanasia España (17/12/2020)

1. ¿Qué regula?

- eutanasia activa = acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente, de manera deliberada, a petición de este y cuando se produce un contexto eutanásico por causa de un procedimiento grave, crónico, imposible y que además causa un sufrimiento intolerable.
- NO lo nombra como suicidio asistido pero dentro de "contexto eutanásico"
  - administración directa al paciente de una sustancia x parte del profesional sanitario competente
  - prescripción/suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la puede autoadministrar, para causar su propia muerte

2. ¿Quién puede pedirla?

- quien acredite un tiempo de permanencia en territorio español >12m
- tener mayoría de edad
- ser capaz + consciente en el momento de la solicitud

3. ¿Cómo se confirma que el interesado actúa libremente?

- (si está consciente) el interesado debe solicitar la eutanasia primero 2 veces por escrito → separados 15d
- médico solo tuca proceso deliberativo con el paciente sobre el pronóstico de su enfermedad y él se reafirma
- tras 2ª petición = reunión médico-paciente → que insiste
- si a la cuarta vez sigue solicitándola pasa a la Comisión de evaluación y si la aprueba, el paciente debe asentir
- el proceso puede detenerse cuando quiera
- todo debe quedar reflejado en la historia clínica

4. ¿Cuanto dura el proceso?

- como máximo 40 días desde la 1ª solicitud hasta que el médico reciba el visto bueno

5. ¿Dónde y quién la aplica?

- la prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos/privados/concertados y en el domicilio

\*correcta: b

## 8. DEPRESIÓN EN LA PERSONA MAYOR O PACIENTE GERIÁTRICO

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la depresión en personas mayores es cierta? (2024 mayo)

- a) El humor depresivo es un síntoma necesario para realizar el diagnóstico.
- b) La depresión puede mostrarse como un síntoma físico.
- c) Es un síndrome habitualmente reactivo a factores sociales.
- d) Su mejoría generalmente se logra con el simple reajuste de los factores sociales.
- e) Raramente es comórbida con enfermedades somáticas.

\*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la depresión en personas mayores es cierta? (2023 junio)

- a) El humor depresivo es un síntoma necesario para realizar el diagnóstico.
- b) La depresión puede mostrarse como un síntoma físico.
- c) Es un síndrome habitualmente reactivo a factores sociales.
- d) Su mejoría generalmente se logra con el simple reajuste de los factores sociales.
- e) Raramente es comórbida con enfermedades somáticas.

\*correcta: b

. La importancia de la denominada "Depresión subumbral" en las personas mayores radica en las siguientes características: (2024 mayo)

- a) Se trata de un malestar que no tiene tratamiento farmacológico.
- b) No puede diagnosticarse siguiendo los criterios diagnósticos estandarizados actuales.
- c) Su elevada prevalencia.
- d) A y B y C.
- e) Solo B y C.

\*correcta: e

→ depresión subumbral se refiere al umbral empleado en las investigaciones epidemiológicas (cuando se usan instrumentos de cribado estos pueden presentar FN).

. La importancia de la denominada "Depresión subumbral" en las personas mayores radica en las siguientes características: (2023 junio)

- a) Se trata de un malestar que no tiene tratamiento farmacológico.
- b) No puede diagnosticarse siguiendo los criterios diagnósticos estandarizados actuales.
- c) Su elevada prevalencia.
- d) A y B y C.
- e) Solo B y C.

\*correcta: e

. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes, relativas a los síntomas hipocondríacos en las personas mayores, es más correcta? (2024 mayo) (2023 junio)

- a) Son más frecuentes en ancianos que en adultos más jóvenes.
- b) Son una característica permanente en las personas mayores.
- c) Se asocian frecuentemente a depresión.
- d) Raramente tienen un significado psicológico.
- e) Todas Falsas.

→ depresión en persona mayor - patoplastia (flexibilidad enf) = mezcla síntomas:

- predominio quejas somáticas
- hipocondría excesiva = mayor preocupación x su salud → otro de los matices de la expresión en la edad avanzada
- mayor agitación

(...)

(Lo pongo así para dar contexto)

\*correcta: c

. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas está indicada la Terapia Electro-Convulsiva en personas mayores?: (2024 mayo) (2023 mayo)

- a) Estupor depresivo.

b) Depresión con ideación delirante paranoide o nihilista.

c) Fracaso con el tratamiento antidepresivo.

d) A, B y C.

e) Solo B y C.

→ terapia electroconvulsiva (TEC)

- uso en casos graves de depresión personas mayores = se consigue sacar a la persona del estado depresivo estuporoso (consiguiendo beneficios a los pocos días incluso)

- tto elección = depresión: psicótica + grave + con negativa a comer + ideas suicidas

\*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de mal pronóstico en la depresión de las personas mayores?: (2024 mayo)

a) Recuperación inicial lenta.

b) Curso previo superior a 2 años.

c) Enfermedad cerebral.

d) Escasa estimulación ambiental.

e) Todos los citados son factores de mal pronóstico.

→ demencia en persona mayor - factores mal pronóstico

- enfermedad

1. depresión inicial (+) grave

2. recuperación inicial lenta

3. duración crónica >2a

4. 3/+ episodios previos (recurrencia)

5. Hª distímico

6. síntomas psicóticos

7. enfermedad cerebral sustancia blanca profunda y ganglios basales

8. enfermedad cerebral difusa (demencia)

- factores generales

- estrés crónico + poca estimulación + pobreza

- problemas familiares

\*correcta: e

## 9. EL ANCIANO CON PATOLOGÍA MÚLTIPLE

. El paciente pluripatológico se define como: (2023 junio)

- a) Sufre dos o más enfermedades crónicas que afectan a más de un aparato o sistema y ambas le provocan limitación funcional.
- b) Sufre dos o más enfermedades crónicas y una de ellas o las dos le provocan limitación funcional.
- c) Sufre una enfermedad crónica con limitación funcional grave.
- d) Sufre alguna enfermedad crónica con limitación funcional.
- e) Ninguna de ellas es correcta.

→ pacientes pluripatológicos (definición española) = pacientes con >2 enfermedades crónicas incluidas dentro categorías predefinidas, en las que resulta difícil establecer protagonismos al ser equivalentemente complejas y con similar potencial desestabilización, dificultades de manejo e interacciones mutuas.

\*correcta: a

. O paciente pluripatológico defínese como: (2022 junio)

- a) Sofre dous ou máis enfermidades crónicas que afectan a máis dun aparello ou sistema e algunha delas provócalle limitación funcional.
- b) Sofre dous ou máis enfermidades crónicas.
- c) Sofre unha enfermidade crónica con limitación funcional grave.
- d) Sofre algunha enfermidade crónica con limitación funcional.
- e) Ningunha é correcta.

\*correcta: a

. La clasificación de Pluripatología del Ministerio de Sanidad propone: (2024 mayo)

- a) 6 categorías de pluripatología.
- b) Que la categoría E se refiere a enfermedades del aparato digestivo.
- c) Que la categoría A se refiere a enfermedades crónicas del aparato circulatorio.
- d) Que la categoría D se refiere a enfermedades del sistema nervioso.
- e) Que la categoría H se refiere a enfermedades oncohematológicas.

→ categorías pluripatología = 8 categorías

- 1. A = corazón
- 2. B = riñón
- 3. C = pulmón
- 4. D = digestivo
- 5. E = cerebro
- 6. F = vasos
- 7. G = hematológico
- 8. H = osteoarticular

\*correcta: c

. La clasificación de Pluripatología del Ministerio de Sanidad propone: (2023 junio)

- a) 6 categorías de pluripatología.
- b) Que la categoría E se refiere a enfermedades del aparato digestivo.
- c) Que la categoría C se refiere a enfermedades crónicas del aparato respiratorio.
- d) Que la categoría D se refiere a enfermedades del sistema nervioso.
- e) Que la categoría H se refiere a enfermedades oncohematológicas.

→ pluripatología - categorías (8)

- A. Corazón
- B. Riñón
- C. Pulmón → C1 = enfermedad respiratoria crónica
- D. Digestivo
- E. Cerebro
- F. Vasos
- G. Hematológico
- H. Osteoarticular

\*correcta: c

. A clasificación de Pluripatología do Ministerio de Sanidade propón: (2022 junio)

- a) 6 categorías de pluripatología.
- b) Que a categoría D refírese a enfermidades do aparello dixestivo.
- c) 7 categorías de pluripatología.
- d) Que a categoría D refírese a enfermidades do aparello respiratorio.
- e) Que a categoría H refírese a enfermidades oncohematolóxicas.

→ categorías pluripatología [T = 8 → A - H]

3. Categoría C = pulmón

4. Categoría D = dixestivo

7. Categoría G = hematolóxico

8. Categoría H = osteoarticular

\*correcta: b

. Doña Ludivina es una paciente de 93 años, que padece de insuficiencia cardíaca de grado III de NYHA, con una FEV1 <50% y una EPOC leve. Esto implica que se encuentra en la valoración de escalas de pluripatología: (2023 junio)

- a) A.
- b) B.
- c) C.
- d) A y B.
- e) A y C.

→ categorías pluripatología:

A = corazón

- A1 = insuficiencia cardíaca (en situación de estabilidad clínica grado II NYHA: síntomas con actividad física habitual)

- A2 = cardiopatía isquémica

B = riñón

C = pulmón

- C1 = enfermedad respiratoria crónica (en situación de estabilidad + diseña grado 2 MRC [disnea paso habitual en llano] / FEV1<70% / SO2<90%)

\*correcta: e

. Dona María é unha paciente de 93 anos, que padece de insuficiencia cardíaca de grao III de NYHA, cunha FEV1 <30% e EPOC con disnea de grao II da MRC. Isto implica que se atopa na valoración de escalas de pluripatología: (2022 junio)

- a) A.
- b) B.
- c) C.
- d) A e B.
- e) A e C.

\*correcta: e

. El índice comorbilidad de Charlson, no incluye una de las siguientes: (2023 junio)

- a) SIDA.
- b) Úlcera duodenal.
- c) Fibrilación auricular.
- d) Insuficiencia cardíaca.
- e) Demencia.

→ índices pronósticos - índice comorbilidad Charlson =

- infarto miocardio
- insuficiencia cardíaca \*
- enfermedad arteria periférica
- enfermedad cerebro vascular
- demencia \*
- enfermedad respi = EPOC + asma
- enfermedad tejido conectivo
- úlcera gastroduodenal \*

- diabetes con lesión órgano diana
- tumor/neoplasia sólida (sin metas)
- leucemia
- linfoma
- hepatopatía crónica moderada/severa
- tumor/neoplasia sólida con metástasis
- SIDA \*

\*correcta: c

. O índice comorbilidad de Charlson, non inclúe unha das seguintes: (2022 junio)

- a) SIDA.
- b) Úlcera duodenal.
- c) Anemia.
- d) Insuficiencia cardíaca.
- e) Demencia.

\*correcta: c

\*. Doña Luisa tiene un índice de Cronigal de 70%. Esto significa: (2023 junio)

- a) Tiene una dependencia total para las ABVD.
- b) Está desarrollando una demencia.
- c) Tiene altas probabilidades de reingreso en el siguiente año.
- d) Tiene un riesgo de muerte del 70% en el próximo año.
- e) Tiene un riesgo de muerte del 30% en el próximo año.

→ índice acromegalia = mortalidad/año

\*correcta: d

## 10. PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

. En la Prevención del cáncer en el anciano, y en base a las evidencias, ¿con cuál de estas afirmaciones no estás de acuerdo, con respecto al cribado del cáncer de colon, según la Asociación Americana del Cáncer? (2024 junio)

- a) Se debe mantener hasta los 75 años y 76-85 años, dependiendo del estado de salud.
- b) Prueba de sangre oculta en heces, basada en guayacol (gFOBT) altamente sensible cada año.
- c) Prueba multidirigida de ADN en heces, (MT-SDNA) cada 3 años.
- d) Colonoscopia cada 5 años.
- e) Colonografía CT (colonoscopia virtual) cada 5 años.

→ cáncer en anciano - cáncer colon

- cancer (+) frec
- se recomienda cribado >50a (cáncer colon+recto) = aporta beneficios supervivencia
- se puede emplear → hasta 75-80a (en función estado salud)
  - sangre oculta en heces (SOH) = 3 determinaciones mínimo + días alternos + cada año
  - colonoscopia /5a = (+) con pólipos → seguimiento anual/cada 2a

(Cuidado, he tenido que mirar las diapositivas de este año)

→ CANCER COLORECTAL: (ACS)

- Hasta los 75 a. Y 76-85 a. dependiendo del estado de salud.
- Se recomienda cribado del Ca colorectal en > 45 a (Grado A).
- Prueba inmunoquímica fecal altamente sensible (FIT) cada año.
- Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) altamente sensible cada año.
- Prueba multidirigida de ADN en heces (MT-DNA) cada 3 años.
- PRUEBAS DE IMAGEN:
  - Colonoscopia cada 10 años
  - Colonografía CT (colonoscopia virtual) cada 5 años
  - Sigmoidoscopia flexible (FSIG) cada 5 años

\*correcta: d

. En la Prevención del cáncer en el anciano, y en base a las evidencias, ¿con cual de estas afirmaciones no estás de acuerdo?: (2023 junio)

- a) Cáncer de mama se considera que se debe mantener cribado hasta los 70 años o más dependiendo del estado de salud.
- b) Cáncer de colon hasta los 75-80 años, dependiendo del estado de salud.
- c) Cáncer de próstata, hasta más allá de los 70 años dependiendo del estado de salud.
- d) Cáncer de cuello de útero, hasta los 65-70 años.
- e) Cáncer de páncreas hasta los 65 años, dependiendo del estado de salud.

→ prevención secundaria - cancer en el anciano = 4 cánceres tener en cuenta cribado ancianos

- cancer de mama = recomendación cribado hasta 70a o más si no hay comorbilidad
- cáncer de próstata = no hay suficiente evidencia para hacer cribado de rutina ¡pero! AAC sí recomienda su cribado (PSA + tacto rectal)
- cáncer colorrectal = hasta 75-80a en función estado salud
- cáncer útero = cribado hasta 65a según USFSPT / 70a según ACS

\*cáncer páncreas = NO se recomienda cribado poblacional para el cáncer de páncreas en personas asintomáticas, ni siquiera en mayores con buen estado de salud, debido a la baja incidencia y a la alta tasa de falsos positivos.

\*correcta: e

. Na Prevención do cancro no ancián, e en base ás evidencias, só para un destes tumores pódese recomendar cribado: (2022 junio)

- a) Cancro de pulmón.
- b) Cancro de estómago.
- c) Cancro de vejiga.
- d) Cancro de ril.
- e) Cancro de pescozo de útero.

→ hay 4 cánceres tenemos que tener en cuenta para hacer cribado en ancianos:

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| 1. mama     | 3. colorrectal  |
| 2. próstata | 4. cuello útero |

\*correcta: e

## 11. TERAPÉUTICA EN GERIATRÍA. POLIMEDICACIÓN E IATROGENIA

. En anciáns, con respecto ao exercicio físico, cal é correcta?: (2022 junio)

- a) O exercicio aeróbico é beneficioso desde o punto de vista cardiovascular.
- b) Recoméndase un mínimo de exercicio isométrico para manter a musculatura.
- c) Recoméndanse 30 minutos, polo menos 5 días á semana.
- d) Non hai límite de idade para practicalo, senón adaptar o exercicio á idade e características do paciente.
- e) Todas son correctas

→ prevención primaria - exercicio físico:

- acción de tremenda importancia - independente idade/nivel
- cualquier cantidad exercicio físico es beneficiosa (aunque sea poca)
- recomendación A de USPSTF (Us Preventive Service Task Force) = debe ser dinámico (previene eventos cardiovasculares) + isométrico (ayuda a mantener musculatura)

\*correcta:

. En el anciano, en general, puede haber cambios en la farmacocinética de los medicamentos por todas estas causas menos una: (2024 mayo)

- a) Disminución de la secreción pancreática.
- b) Aumento porcentual de la grasa.
- c) Disminución porcentual del agua corporal.
- d) Disminución de la albúmina sérica.
- e) Disminución porcentual de la masa muscular.

→ farmacocinética (paciente geriátrico)

- cambios absorción
  - v.o. = (-) HCl + (-) células secretoras de enzimas gástricas x atrofia gástrica
  - i.m. /s.c. = redistribución tejido adiposo = (+) grasa + (-) masa muscular + (-) agua
- cambios volumen distribución = (-) función hepática = (-) albúmina = (-) fijación fármacos a proteínas plasmáticas
- cambios metabolismo hepático = (-) flujo sanguíneo hepático = (-) efecto primer paso hepático fármacos
- cambios excreción renal = (-) FG = (-) aclaramiento renal de fármacos

\*correcta: a

. En el anciano, en general, puede haber cambios en la farmacocinética de los medicamentos por todas estas causas menos una: (2023 junio)

- a) Disminución de la secreción pancreática.
- b) Aumento porcentual de la grasa.
- c) Disminución porcentual del agua corporal.
- d) Disminución de la albúmina sérica.
- e) Disminución porcentual de la masa muscular.

→ farmacocinética

- cambios absorción = vía intramuscular + vía subcutánea = redistribución tejido adiposo = aumenta grasa + pierde masa muscular (sarcopenia) + pierde agua => afecta distribución fármacos liposolubles/hidrosolubles

. No ancián, en xeral, hai cambios na farmacocinética dos medicamentos por: (2022 junio)

- a) Diminución da secreción gástrica.
- b) Diminución porcentual da graxa.
- c) Aumento porcentual da auga corporal.
- d) Aumento da albúmina sérica.
- e) Aumento porcentual da masa muscular.

→ terapéutica geriatría - farmacocinética

- cambios absorción:
  - v.o. = redución número células secretoras de enzima gástricas
  - i.m / sc = (+) grasa + (-) músculo/agua
- cambios volumen distribución = (-) produción albúmina = descenso fijación fármacos a proteínas plasmáticas

\*correcta: a

## 12. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ANCIANO

. ¿Cual o cuales de los siguientes índices o escalas se utilizan para valorar las actividades de la vida diaria? (2023 junio)

- a) Índice de Katz.
- b) Índice de Lawton y Brody.
- c) Escala instrumental OARS.
- d) Índice de Barthel.
- e) Todas las respuestas son correctas. \*

→ escalas valoración funcional - escala actividades vida diaria

- actividades básicas vida diaria = índice Barthel + índice Katz + escala Cruz Roja

- actividades instrumentales vida diaria = escala Lawton y Brody + escala instrumental OARS

. Cal das seguintes actividades non se considera unha actividade básica da vida diaria? (2022 junio)

- a) Baño.
- b) Deambulación.
- c) Vestido.
- d) A comunicación oral.
- e) Todas son actividades básicas.

→ valoración geriátrica integral - escalas valoración funcional - actividades vida diaria:

- baño
- vestido
- uso VVC
- movilidad
- continencia
- alimentación

\*correcta: d

→ para que no se os olviden - ¿qué 6 cosas haces nada más despertarte? = 1. Te has aguantado el pis (continencia) → 2. Te quieres mover al baño porque te haces pis (movilidad/deambulación) → 3. Usas en VVC → 4. Te duchas (baño) → 5. Te vistes (vestido) → 6. Desayunas (alimentación)

. Un paciente con un Barthel de 35 y un Pfeiffer de 5 errores, pensamos que: (2023 junio)

- a) Tiene una dependencia moderada y un deterioro cognitivo ligero.
- b) Tiene una dependencia grave y un deterioro cognitivo moderado.
- c) Tiene una dependencia total y un deterioro cognitivo ligero.
- d) Tiene una dependencia total y un deterioro cognitivo moderado.
- e) Tiene una dependencia moderada y un deterioro cognitivo severo.

→ escalas valoración funcional = índice Barthel ⇒ <60 = dependencia grave/severa

→ valoración mental = test de Pfeiffer ⇒ 5-7 errores = deterioro cognitivo moderado

\*correcta: b

. Un paciente con un Barthel de 60 y un Pfeiffer de 5 errores, pensamos que: (2022 junio)

- a) Tiene una dependencia moderada y una deterioración cognitiva leve.
- b) Tiene una dependencia leve y una deterioración cognitiva moderada.
- c) Tiene una dependencia total y una deterioración cognitiva leve.
- d) Tiene una dependencia total y una deterioración cognitiva moderada.
- e) Tiene una dependencia moderada y una deterioración cognitiva severa.

→ escalas valoración funcional = índice Barthel ⇒ <60 = dependencia grave

→ valoración mental = test de Pfeiffer:

- 0-2 errores = normal
- 3-4 errores = deterioro cognitivo leve
- 5-7 errores = deterioro cognitivo moderado
- 8-10 errores = deterioro cognitivo severo

\*correcta: b

\*yo había puesto la d suponiendo que la puntuación de 60 en Barthel entra en dependencia grave/severa

. Si un individuo tiene un Minimental state de 16, sospechamos que: (2023 junio)

- a) Es normal.
  - b) Sospechamos que puede tener algún grado de deterioro cognitivo porque 24 o menos nos hace sospechar deterioro cognitivo.
  - c) Sospechamos demencia leve a moderada, ya que está por debajo de 25.
  - d) Indica patología cognitiva grave.
  - e) Es la máxima puntuación que puede obtener un anciano en el test e indica que no debe tener deterioro cognitivo.
- minimental- resultados:
- >24 = NO deterioro
  - <23 = con deterioro
  - 18-23 = deterioro moderado
  - 0-18 = deterioro grave
- \*correcta: d

### 13. INMOVILIDAD Y DESNUTRICIÓN

. Si se quieren valorar cambios rápidos en la valoración nutricional, ¿cuál de estas determinaciones analíticas estaría más indicada? (2024 mayo)

- a) La albumina sérica.
- b) La Ferritina sérica.
- c) La prealbumina sérica.
- d) La Transferrina.
- e) La proteína ligada al retinol.

→ parámetros biológicos que se relacionan con malnutrición

- prealbúmina = 1er parámetro en elevarse (sube antes albúmina)
- proteína ligada Retinol = valorar en poco tiempo nutrición

\*correcta: e

. ¿Cuál de estas proteínas no se tiene en cuenta para valorar o estado nutricional en un anciano?: (2023 junio)

- a) La albumina sérica.
- b) La Ferritina sérica.
- c) La prealbumina sérica.
- d) La Transferrina.
- e) La proteína ligada al retinol.

→ parámetros biológicos - malnutrición

- albúmina
- transferrina
- prealbúmina = valor (+) utilizado (st en hospitales xq es el primer parámetro en elevarse)
- proteínas ligada retinol

\*correcta: b

. Cal destas proteínas experimenta un cambio máis rápido ao introducir alimentación nun desnutrido: (2022 junio)

- a) A albumina sérica.
- b) A Ferritina sérica.
- c) A prealbumina sérica.
- d) A Transferrina.
- e) A proteína ligada ao retinol.

→ parámetros biológicos que se relacionan con la desnutrición

- albúmina = vida media larga (18 días) → albúmina baja = desnutrición prolongada (1 mes)
- transferrina = vida media 9 días
- prealbúmina = primer parámetro elevarse - permite conocer si paciente hace balance positivo → vida media 2 días
- proteína ligada retinol = valorar en poco tiempo si nutrición enteral/parenteral tiene efecto (UCI) → vida media 12h

\*correcta: e

. ¿Qué parámetros biológicos rutinarios se utilizan para screening de malnutrición en el índice de CONUT? (2023 junio)

- a) Colesterol, albumina y leucocitos totales.
- b) Colesterol, Albumina y linfocitos B.
- c) Colesterol, transferrina y linfocitos totales.
- d) Colesterol, ferritina, linfocitos totales.
- e) Ninguna es correcta.

→ malnutrición - variaciones multidimensionales - CONUT (screening nutricional):

- albúmina
- colesterol
- nº linfocitos totales

\*correcta: e

. Que parámetro biológico é o máis valorado no índice de CONUT para screening de malnutrición? (2022 junio)

- a) Colesterol.
- b) Albumina.
- c) Linfocitos totais.

d) Prealbumina.

e) Transferrina.

→ CONUT (screening nutricional) = albúmina + colesterol + linfocitos totales

- albúmina = valor (+) importante porque determina x sí sola malnutrición grave (albúmina < 2.5)

\*correcta: b

. En relación con la malnutrición grave, ¿Alguno de estos criterios no se corresponde con su definición? (2024 mayo)

a) Pérdida de peso mayor del 10% en los últimos meses.

b) Linfocitos menor de 800 por microlitro.

c) Albúmina menor de 2.1 g/dl.

d) Transferrina menor de 100 mg/dl.

e) Todos se corresponden con malnutrición grave.

→ malnutrición grave

- pérdida peso >20%

- albúmina < 2.1g/L

- linfocitos < 800

- transferrina < 100mg/dL

\*correcta: a

. ¿Alguno de estos criterios no se corresponde con la malnutrición grave? (2023 junio)

a) Pérdida de peso mayor del 10% en los últimos meses.

b) Linfocitos menor de 800 por microlitro.

c) Albúmina menor de 2.1 g/dl.

d) Transferrina menor de 100 mg/dl.

e) Todos se corresponden con malnutrición grave.

→ malnutrición grave

- pérdida peso >20%

- albúmina < 2.1g/L

- linfocitos < 800/mL

- transferrina < 100mg/dL

\*correcta: a

## 14. SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA (TEMA 25)

. ¿Cuál de estos criterios no incluye la definición de Síndrome de anorexia-caquexia Evans?: (2024 mayo)

- a) Pérdida de peso mayor del 5% en un año o menos.
- b) Disminución de la fuerza muscular, en relación con su edad y sexo.
- c) Fatiga, medida en una escala de percepción subjetiva de esfuerzo.
- d) Anormalidad bioquímica que incluye la transferrina baja.
- e) Todos estos criterios están incluidos en la definición.

→ sd anorexia-caquexia Evans

- criterios mayores
- pérdida peso >5% en 12m ( / menos en presencia de enfermedades subyacentes
- IMC <20kg/m<sup>2</sup>
- criterios menores
- disminución fuerza muscular
- fatiga (escala percepción subjetiva esfuerzo Borg / índice de fatiga de Borg)
- anorexia (inversa <20 calorías/kg/día) = <70% ingesta habitual / pérdida apetito
- (-) índice masa libre agua
- (-) índice muscular esqueleto apedicular DEXA
- anormalidad bioquímica:

1. (>) marcadores inflamación = PCR>5 / IL-6 >4
2. anemia Hb<12
3. albúmina sérica <32

\*correcta: d

. ¿Cuál de estos criterios no incluye la definición de Síndrome de anorexia-caquexia de Evans?: (2013 junio)

- a) Pérdida de peso mayor del 5% en 12 meses.
- b) Disminución de la fuerza muscular, en relación con su edad y sexo.
- c) Fatiga, medida en una escala de percepción subjetiva de esfuerzo.
- d) Anormalidad bioquímica que incluye la transferrina baja. \*
- e) Todos estos criterios están incluidos en la definición.

→ Síndrome Caquexia-Anorexia - Evans

- 1/2 criterios mayores
- 4. pérdida de peso significativa = pérdida >5% peso corporal <12meses
- 5. IMC <20Kg/m<sup>2</sup>
- 3/5 criterios
- 1. disminución fuerza muscular
- 2. fatiga
- 3. anorexia
- 4. disminución índice masa libre de grasa
- 5. anormalidad bioquímica = aumento marcadores inflamación (PCR, IL-6) + anemia con Hb<12g/dL + albúmina sérica<3,5g/dL

. ¿Cuál de estos medicamentos no se usa en el Síndrome anorexia-caquexia del anciano? (2024 mayo)

- a) Medroxiprogesterona.
- b) Mirtazapina.
- c) Ácido Eicosapentanoico.
- d) Dexametasona.
- e) Clorpromazina.

\*correcta: e

. ¿Cuál de estos medicamentos no se usa en el Síndrome anorexia-caquexia del anciano? (2023 junio)

- a) Medroxiprogesterona.
- b) Mirtazapina.
- c) Ácido Eicosapentanoico.
- d) Dexametasona.
- e) Haloperidol.

- SAC - tto farmacológico = estimulantes apetito
- progestágenos = medroxiprogesterona
  - corticoesteroides = dexametasona
  - cannabinoides = dronabinol
  - antidepresivos = mirtazapina
  - antipsicótico atípico = mirtazapina
  - anticitoquinas = melatonina + ácido eicosapentaénico (EPA)

. Cal destes medicamentos non se usa no síndrome anorexia- caquexia do ancián? (2022 junio)

- a) Medroxiprogesterona.
- b) Mirtazapina.
- c) Ácido Eicosapentanoico.
- d) Dexametasona.
- e) Todos eles pódense usar.

→ SAC - tto farmacológico

1. Estimulantes apetito

- progestágenos = medroxiprogeterona + acetato megestrol
- corticoesteroides = dexametasona
- cannabinoides = dronabinol
- ciproheptadina
- antidepresivos = mirtazapina
- antipsicótico atípico = ola salina

2. Anti-citoquinas (antiinflamatorios)

- melatonina
- ácido eicosapentanoico (EPA)
- docosahexanoico (DHA)
- pentoxifina
- talidomida

3. Anabolizantes = (derivados testosterona) fluoxomesterona + ... (no se usan mucho)

4. Inhibidores metabólicos = sulfato de Hidracina (no se usan mucho por falta evidencia)

\*correcta: e

## 16. PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN GERIATRÍA

. Se llama PREVENCIÓN INDICADA a la que se lleva a cabo en: (2024 mayo)

- a) Personas identificadas como de alto riesgo, sin signos de enfermedad mental, pero con marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental.
- b) Personas identificadas como de alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, en ese momento, mínimos aunque detectables, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno.
- c) Grupos cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, puesto de manifiesto por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
- d) La prevención que se realiza a un grupo que no ha sido identificado basándose en el riesgo.
- e) A y B.

→ prevención indicada = personas concretas

- personas identificadas como alto riesgo = con signos/síntomas de un determinado trastorno mental → mínimos (pero) detectables (síntomas incipientes) + NO cumplen con criterios Dx trastorno (en ese momento)
- NO signos - SÍ marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental (de sabe que están estrechamente relacionados con la enfermedad mental).

\*correcta: e

. Se llama PREVENCIÓN INDICADA a la que se lleva a cabo en: (2023 junio)

- a) Personas identificadas como de alto riesgo, sin signos de enfermedad mental, pero con marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental.
- b) Personas identificadas como de alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos aunque detectables, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento. \*
- c) Grupos cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, puesto de manifiesto por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
- d) La prevención que se realiza a un grupo que no ha sido identificado basándose en el riesgo.
- e) A y B.

→ prevención

- prevención universal = grupo que no ha sido identificado basándose en el riesgo.
- prevención selectiva = seleccionó a grupos de individuo en función de un riesgo (a) + (c)
- prevención indicada = personas concretas (con nombres y apellidos) (

\*correcta: e

. Señala cuál de los siguientes programas NO es preciso que forme parte de la intervención psicogeriátrica en residencias de mayores: (2023 junio)

- a) Evaluación cognitiva periódica.
- b) Estimulación cognitiva mediante manualidades, juegos, lecturas.
- c) Formación de los profesionales.
- d) Investigación. \*
- e) Todos los anteriores son componentes necesarios de la intervención psicogeriátrica en residencias.

→ prevención de depresión en residencias (ambiente favorece desarrollo depresiones)

- formación médicos, enfermeros, etc
- facilitar consultas en ese ámbito
- procurar un estilo de vida estimulante, medidas de apoyo a los residentes.

## 17. DELIRIUM

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es una característica de Delirium? (2024 mayo)

- a) Escasa capacidad de concentración en una pregunta o tarea específica.
- b) Incapacidad para comunicarse verbalmente.
- c) Fluctuaciones en alerta o atención.
- d) Deterioro cognitivo.
- e) A y D.

→ delirium - criterios CIE-10

- 1. Alteración conciencia con disminución capacidad para: centrar + mantener + dirigir → atención
- 2. Deterioro funciones cognitivas (memoria, deorientación, lenguaje) / presencia alteración perceptiva que no se explica x demencia previa
- 3. Alteración presentada en corto periodo tiempo (h/d) → tiende a fluctuar a lo largo del día
- 4. Demostración a través de hª, EF y pruebas lab → alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica

\*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es una característica de Delirium? (2023 junio)

- a) Escasa capacidad de concentración en una pregunta o tarea específica.
- b) Incapacidad para comunicarse verbalmente.
- c) Fluctuaciones en alerta o atención.
- d) Deterioro cognitivo.
- e) A y D.

→ delirium - criterios CIE-10

- alteración conciencia con disminución capacidad: centrar + mantener + dirigir → atención
- deterioro funciones cognitivas
- alteraciones se presentan en corto periodo tiempo + fluctúan x el día
- demostración x: historia + exploración física + pruebas lab

\*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es una característica de Delirium? (2021 julio)

- a) Escasa capacidad de concentración en una pregunta o tarea específica.
- b) Incapacidad para comunicarse verbalmente.
- c) Comienzo agudo, relacionado con enfermedad o lesión.
- d) Fluctuaciones en alerta o atención.
- e) Deterioro cognitivo.

\*correcta: b

. Participas en la investigación de la epidemiología del Delirium en tu hospital y encuentras los siguientes resultados. ¿Cuál sobrepasa el rango de los estudios disponibles en la actualidad? (2024 mayo)

- a) Incidencia en salas médico quirúrgicas: 11% anual.
- b) Prevalencia en salas médicas: 25%.
- c) Incidencia en postoperatorios: 50%.
- d) Mayor riesgo en varones.
- e) Ninguno de los resultados anteriores excede o difiere de los datos conocidos de epidemiología del Delirium en hospitales.

→ delirium - sala médicas hospital:

- incidencia = 10-15% de los pacientes ingresados
- prevalencia = 10-40%
- datos (+) altos en salas quirúrgicas = 10-52% postoperatorios
- factores riesgo = >70a + macho + delirium previo

\*correcta: e

. Participas en la investigación de la epidemiología del Delirium en tu hospital y encuentras los siguientes resultados. ¿Cuál sobrepasa el rango de los estudios disponibles en la actualidad? (2023 junio)

- a) Incidencia en salas medico quirurgicas: 11% anual.
- b) Prevalencia en salas médicas: 25% \*
- c) Incidencia en postoperatorios: 50%.

- d) Mayor riesgo en varones.
  - e) Ninguno de los resultados anteriores excede o difiere de los datos conocidos de epidemiología del Delirium en hospitales.
- delirium - epidemiología - salas médicas hospital
- incidencia = 10-15% pacientes ingresados
  - prevalencia 10-40%
  - (+) altos en salas quirúrgicas = 10-52% de los postoperatorios
  - FR: >70a + varón + delirium previo

. Paciente varón, 74 años, con diverticulosis de colon, ingresado, con sangrado gástrico y dolor abdominal. Se le practica colonoscopia mediante sedación consciente (con fentanilo y midazolam). Al día siguiente, durante la evaluación geriátrica se aprecia que presenta Delirium. La presencia de Delirium en este paciente le predispone a todas las siguientes consecuencias, EXCEPTO: (2024 mayo)

- a) Mayor riesgo de institucionalización.
- b) Mayor riesgo de desarrollar demencia.
- c) Acortamiento de la estancia en el hospital.
- d) Mayor riesgo de mortalidad.
- e) B y C.

\*correcta: c

. Paciente varón, 74 años, con diverticulosis de colon, ingresado, con sangrado gástrico y dolor abdominal. Se le practica colonoscopia mediante sedación consciente (con fentanilo y midazolam). Al día siguiente, durante la evaluación geriátrica se aprecia que presenta Delirium.

La presencia de Delirium en este paciente le predispone a todas las siguientes consecuencias, EXCEPTO: (2023 junio)

- a) Mayor riesgo de institucionalización.
- b) Mayor riesgo de desarrollar demencia.
- c) Acortamiento de la estancia en el hospital.
- d) Mayor riesgo de mortalidad.
- e) B y C.

→ delirium - mortalidad/riesgos:

- ppl riesgo = muerte
- ingreso en residencia (x mal dx dif demencia-delirium)
- trato inadecuado
- interconsulta psiquiátrica
- pasar inadvertido

\*correcta: c

. El algoritmo diagnóstico del Confusion Assessment Method (CAM) incluye: Inicio Agudo y Curso Fluctuante (IACF), Inatención (I), Desorganización del pensamiento (DP) y Alteración del Nivel de Conciencia (NC). Indica cómo deben combinarse dichos elementos para realizar el diagnóstico de Delirium: (2024 mayo) (2023 junio)

- a) Deben estar presentes los cuatro elementos.
- b) (IACF + NC) y alguno de los otros dos (DP o I).
- c) NC y dos de los otros tres.
- d) (IACF + I) y alguno de los otros dos.
- e) NC y uno cualquiera de los otros.

→ CAM = confusion assessment method => 4 ptos = para considerar posibilidad delirium [need] punto: 1 + 2 + 3/4

1. Inicio agudo y curso fluctuante (IACF)
2. Inatención
3. Desorganización del pensamiento (DP)
4. Alteraciones nivel conciencia (NC)

\*correcta: d

\*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la utilización habitual del Confusion Assessment Method (CAM) es FALSA: (2021 julio)

- a) Lo utilizan enfermeras, cubriendo el cuestionario con los datos que están en la historia clínica del paciente.
- b) Se utiliza en salas médico quirúrgicas.
- c) Se utiliza en la Unidades de Cuidados Intensivos.

- d) Se utiliza en residencias de personas mayores.
- e) Requiere un cierto entrenamiento clínico para su uso.

\*. Nivel de Conciencia (NC). Indica cómo deben combinarse dichos elementos para realizar el diagnóstico de Delirium: (2023 junio)

- a) Deben estar presentes los cuatro elementos.
- b) (IACF + NC) y alguno de los otros dos (DP o I).
- c) NC y dos de los otros tres.
- d) (IACF + I) y alguno de los otros dos.
- e) NC y uno cualquiera de los otros.

## 19. PREDICCIÓN CLÍNICA DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CRÓNICOS ONCOLÓGICOS

. En el paciente oncológico terminal con expectativa de supervivencia menor de 3 meses, los parámetros con posible valor predictivo son todos los siguientes menos uno: (2024 mayo)

- a) Signos y síntomas clínicos.
- b) Datos analíticos.
- c) Impresión clínica del profesional sanitario que lo trata.
- d) Índice de Barthel.
- e) Impresión del familiar que lo cuida.

→ paciente oncológico con expectativa de supervivencia <3 meses = parámetros con posible valor predictivo (mayor valor pronóstico):

- 1. Signos y síntomas clínicos
- 2. Datos analíticos
- 3. Impresión clínica del profesional: "Clinical Prediction of Survival" (CPS)

→ recuerda índice Barthel = mide actividades básicas vida diaria

\*correcta: e

. El PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI), incluye, todas menos una de estas variables: (2024 mayo)

- a) Puntuación de la escala PPS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE).
- b) Ingesta oral.
- c) Edemas.
- d) Dolor.
- e) Delirium.

→ Palliative Prognostic Index

- 1. Palliative performance Scale
- 2. Ingesta oral
- 3. Edema
- 4. Disnea en reposo
- 5. Delirium presente

\*correcta: d

. El PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI), incluye: (2023 junio)

- a) Puntuación de la escala PPS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE).
- b) Ingesta oral.
- c) Edemas.
- d) La a y la b.
- e) La a, la b y la c. \*

→ índices pronósticos = PPI (Palliative Prognostic Index)

- estado general (Palliative Performance Scale)
- ingesta oral
- edema
- disnea
- delirium

. O PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI), incluye todos menos un: (2022 junio)

- a) Puntuación de escala PPS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE).
- b) Ingesta oral.
- c) Úlceras por presión.
- d) Edemas.
- e) Delirium.

\*correcta: c

. En la escala de ECOG PERFORMANCE STATUS (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY OUP) (OMS), el grado 2 incluye: (2024 mayo)

- a) Paciente sintomático, pero perfectamente ambulatorio.

- b) Sintomático. Precisa permanecer <75% del tiempo vigil en cama.
  - c) Sintomático. Precisa permanecer >50% del tiempo vigil en cama.
  - d) Sintomático. Precisa permanecer >75% del tiempo vigil en cama.
  - e) Ninguna de ellas es correcta.
- PS2 = sintomático → permanece en cama/sentado <50% tiempo vigilia
- \*correcta: e

. En la escala de ECOG PERFORMANCE STATUS (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP) (OMS), el grado 2 incluye: (2023 junio)

- a) Paciente sintomático, pero perfectamente ambulatorio.
  - b) Sintomático. Precisa permanecer <75% del tiempo vigil en cama.
  - c) Sintomático. Precisa permanecer <50% del tiempo vigil en cama.
  - d) Sintomático. Precisa permanecer >75% del tiempo vigil en cama.
  - e) Ninguna de ellas es correcta.
- ECOG
- 0. Activo. Capaz de realizar la misma actividad que antes del diagnóstico.
  - 1. Cierta restricción en sus actividades. Sintomático. Ambulatorio y capaz de llevar a cabo un trabajo sedentario.
  - 2. Sintomático. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo de vigilia.
  - 3. Sintomático. Permanece en cama o sentado más del 50% del tiempo de vigilia.
  - 4. Postrado en cama el 100% del tiempo de vigilia.
- \*correcta: c

. Na escala de ECOG PERFORMANCE STATUS (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP) (OMS), o grao 3 inclúe: (2022 junio)

- a) Paciente sintomático, pero perfectamente ambulatorio.
  - b) Sintomático. Precisa permanecer <50% do tempo vigil en cama.
  - c) Sintomático. Precisa permanecer >50% do tempo vigil en cama.
  - d) Sintomático. Precisa permanecer >75% do tempo vigil en cama.
  - e) Sintomático pode camiñar pero non saír de casa.
- \*correcta: c

. ¿Cuál de estos índices pronósticos de pacientes con cáncer avanzado, se basa solo en parámetros biológicos?: (2024 mayo)

- a) ECOG.
  - b) Índice de Karnofsky.
  - c) Palliative performance status (PPS).
  - d) Palliative prognostic index (PPI).
  - e) Glasgow Prognostic Score (GPS).
- índices pronósticos - pacientes crónicos oncológicos
- 1. PPI = estado general (la primera ya no es biológica)
  - 2. PaP = disnea + anorexia + karnofsky performance status + impresión clínica supervivencia + ...
  - 3. ECOG = mide actividad funcional
  - 4. PPS = mide autonomía paciente
- no lo he encontrado en los apuntes así que le he preguntado a chatGPT
- ECOG = evalúa estado funcional (NO incluye parámetros biológicos)
  - Índice de Karnofsky = mide capacidad funcional (NO incluye datos biológicos)
  - PPS (palliative performance status) = se centra en funcionalidad (NO en parámetros biológicos)
  - PPI (palliative prognostic index) = combina datos clínicos (estado funcional + síntomas) - NO se basa en parámetros biológicos exclusivamente
  - Glasgow Prognostic Score (GPS) = PCR + albúmina sérica (solo se basa en parámetro biológicos)
- \*correcta: e

Foto diapo he encontrado:

### Índices pronósticos en cáncer avanzado

- **Estimación clínica de supervivencia**
- **Basadas en el estado funcional:**
  - ECOG: Estado funcional y calidad de vida
  - Índice de Karnofsky: obsoleto pero ampliamente utilizado en oncología para describir estado funcional.
  - PPS (Palliative performance status): tiene en cuenta el estado funcional, la ingesta oral y el nivel de conciencia.
  - Palliative prognostic index (PPI): basado en PPS, ingesta oral, delirium y edemas
- **Combinación de parámetros biológicos, funcionales y clínicos:**
  - PaP Score (Palliative Prognostic Score): síntomas como la disnea o anorexia, el estado funcional, la impresión clínica, la leucocitosis y la linfopenia. **Supervivencia a 30 días**
  - FPN (Fellu Prognostic Nomogram): ECOG, tiempo ET, albúmina, LDH y linfocitos.
  - Prognosis in Palliative Care Study (PIPS)
- **Parámetros biológicos:**
  - GPS (Glasgow Prognostic Score) y otras escalas relacionadas con respuesta inflamatoria y estado nutricional.

## 20. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS Y PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA

. Os criterios xerais de terminalidad da National Hospice Organization (NHO), dos pacientes crónicos non oncolóxicos, inclúen todos menos un: (2022 junio)

- a) O pronóstico clínico do paciente a criterio do médico é limitado (6 meses).
- b) O paciente e a familia aceptan/están de acordo nunha abordaxe máis paliativa con respecto á súa enfermidade fundamental.
- c) Evidencia de progresión clínica da enfermidade específica.
- d) Perda non intencionada do 10% do seu peso no último ano.
- e) Deterioración funcional evidente.

→ criterios para definir terminalidad e insuficiencia de órganos vitales = 2 generales + 1 específico

- criterios generales = pronóstico clínico del paciente a criterio médico es limitado (6 meses) → su médico no se sorprendería si el paciente fallece en los próximos 6 meses + paciente-familia aceptan/están de acuerdo en un abordaje más paliativo con respecto a su enfermedad fundamental

- 5. Evidencia progresión clínica de enfermidade específica
- 6. Pérdida peso no intencionada  $\geq 10\%$  de su peso en los últimos 6 meses

\*correcta: e

. Os criterios de terminalidad da (NHO) específicos para insuficiencia cardíaca inclúen todos menos un: (2022 junio)

- a) Disnea clase III-IV da NYHA e/ou angina intratable con IC secundaria.
- b) Persistencia de síntomas a pesar de tratamento adecuado.
- c) Fracción de eyección  $\leq 20\%$ .
- d) IC refractaria.
- e) Arritmias supraventriculares ou ventriculares resistentes ao tratamento.

→ criterios para definir terminalidad e insuficiencia órganos vitales (National Hospice Organization) - criterios específicos - insuficiencia cardíaca crónica:

- 1. Disnea clase IV (de reposo) de la NYHA y/o angina intratable con IC secundaria
- 2. Fracción eyección  $\leq 20\%$
- 3. Persistencia de síntomas a pesar tto adecuado
- 4. IC refractaria con arritmias ventriculares/supraventriculares resistentes a tto

\*correcta: a

. Los criterios de terminalidad de la National Hospice Organization (NHO) específicos para EPOC, incluyen todos menos uno: (2024 mayo)

- a) EPOC documentado por disnea de reposo grado IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
- b) Progresión de la enfermedad evidenciado por un incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria.
- c) Hipoxemia:  $pO_2$  55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o  $SO_2\%$  con  $O_2$  suplementario  $< 90\%$  o hipercapnia:  $pCO_2$  50 mmHg.
- d) Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
- e) Taquipnea de  $> 30$  respiraciones por minuto en reposo.

\*correcta: e

. Los criterios de terminalidad de la (NHO) específicos para EPOC, incluyen todos menos uno: (2023 junio)

- a) EPOC documentado por disnea de reposo grado IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
- b) Progresión de la enfermedad evidenciado por un incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria.
- c) Hipoxemia:  $pO_2$  55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o  $SO_2\%$  con  $O_2$  suplementario  $< 90\%$  o hipercapnia:  $pCO_2$  50 mmHg.
- d) Taquipnea de  $> 30$  respiraciones por minuto en reposo.
- e) Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.

→ criterios para definir terminalidad e insuficiencia de órganos vitales (national hospice organization) - específicos - EPOC [need 3 primeros]

- 1. EPOC documentado x disnea de reposos grado IV (MRC) con respuesta escasa/nula a broncodilatadores
- 2. Progresión enfermedad evidenciada x incremento hospitalizaciones/visitas domiciliarias bien sea x infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria

3. Hipoxemia  $pCO_2$  55mmHg en reposo y respirando aire ambiente /  $SatO_2$  con  $O_2$  suplementario <90% / hipercápnea  $pCO_2$  50mmHg
  4. IC derecha 2a a enfermedad pulmonar (hipertensión pulmonar)
  5. Taquicardia con  $FC > 100$  lpm
- \*correcta: d

. Os criterios de terminalidad da (NHO) específicos para EPOC, inclúen todos menos un: (2022 junio)

- a) EPOC documentado por disnea de repouso grao IV da MRC con resposta escasa ou nula a broncodilatadores.
- b) Progresión da enfermidade evidenciado por un incremento das hospitalizacións ou visitas domiciliarias por infeccións respiratorias e/ou insuficiencia respiratoria.
- c) Hipoxemia:  $pO_2$  55 mmHg en repouso e respirando aire ambiente ou  $SO_2\%$  con  $O_2$  suplementario < 90% ou hipercapnia:  $pCO_2$  50 mmHg.
- d) Taquicardia de > 100 latexados por minuto en repouso.
- e) Hipertensión pulmonar.

→ criterios para definir terminalidad e insuficiencia órganos vitales (National Hospice Organization) - criterios específicos - EPOC (3 primeros deben estar presentes)

1. EPOC documentado x disnea de repouso grado IV (MRC) con respuesta escasa/nula a broncodilatadores
2. Progresión enfermidade evidencia x incremento hospitalizaciones/visitas domiciliarias x infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria
3. Hipoxemia con  $pO_2$  de 55mmHg en reposo y respirando aire ambiente, o  $SatO_2$  con oxígeno suplementario <90% o hipercapnia  $pCO_2$ : 50mmH
4. IC derecha secundaria a enfermedad pulmonar (hipertensión pulmonar)
5. Taquicardia con  $FC > 100$  lpm

\*correcta: e

. Os criterios de terminalidad da (NHO) específicos para cirrosis hepática, inclúen todos menos un: (2022 junio)

- a) Encefalopatía hepática grao III-IV mantida.
- b) Ascitis a tensión.
- c) T. Protrombina < 30%.
- d) Albúmina < 2.8 gr/ dl / Bilirrubina > 3.
- e) Síndrome hepato-renal, non tributario de tratamento médico intensivo.

→ criterios para definir terminalidad e insuficiencia órganos vitales (National Hospice Organization) - criterios específicos - cirrosis hepática:

1. Encefalopatía hepática grado III/IV mantenida
2. Ascitis masiva/refractaria
3. Albúmina <2.8gr/dL / bilirrubina>3
4. Tiempo protrombina <30%
5. Se hepato-renal no tributario de tto médico intensivo

\*correcta: b

. Los criterios de terminalidad de la (NHO) específicos para insuficiencia renal no dializable, incluyen todos menos uno: (2024 mayo)

- a) Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario.
- b) Diuresis < 400 cc/día.
- c) Pericarditis urémica.
- d) Shock cardiogénico.
- e) Hiperkalemia > 7 mEq/l que no responda a tratamiento.

→ criterios definir terminalidad/insuficiencia órganos vitales (NHO) - insuficiencia renal crónica avanzada → NO dializados/ trasplantados

- síntomas urémicos = confusión + náuseas + vómitos + prurito refractario
- diuresis <400cc/día
- hiperkalemia >7mEq/l (no responden tto)
- pericarditis urémica + sobrecarga fluidos intratable

\*correcta: d

. Los criterios de terminalidad de la National Hospice Organization (NHO) específicos para insuficiencia renal no dializable, incluyen todos menos uno: (2023 mayo)

- a) Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario.
- b) Diuresis < 400 cc/día.
- c) Pericarditis urémica.
- d) Hipertensión refractaria.
- e) Hiperkalemia > 7 mEq/l que no responda a tratamiento.

\*correcto: d

. Los criterios de terminalidad de la (NHO) específicos para enfermedades neurológicas crónicas, incluyen todos menos uno: (2024 mayo)

- a) Dependencia absoluta (Barthel: 0 puntos).
- b) Deterioro cognitivo severo.
- c) Úlceras por presión refractarias.
- d) Desnutrición grave.
- e) Disfagia absoluta.

→ criterios terminalidad/insuficiencia órganos vitales NHO - enfermedades neurológicas crónicas:

1. Dependencia absoluta: Barthel 0 puntos
2. Úlceras x presión refractarias
3. Disfagia absoluta.
4. Desnutrición grave.

\*correcta: b

. Los criterios de terminalidad de la (NHO) específicos para enfermedades neurológicas crónicas, incluyen todos menos uno: (2023 mayo)

- a) Dependencia absoluta (Barthel: 0 puntos).
- b) Índice de Pfeiffer con más de 7 errores.
- c) Úlceras por presión refractarias.
- d) Desnutrición grave.
- e) Disfagia absoluta.

\*correcta: b

## 21. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

. Ramona, 77 anos, foi o teu paciente durante 10 anos. Acode á túa consulta queixándose de fatiga e adelgazamento. As exploracións posteriores revelaron unha masa no colon. Chegáronche os resultados da biopsia: adenocarcinoma e a paciente acudirá hoxe á túa consulta. Despois de conducir a paciente a un despacho pechado, e avisar que non che molesten durante 20 minutos, Cal é o paso seguinte no proceso de informar a Adela de que ten cancro? (2022 junio)

- a) Preguntarlle que desexa saber.
- b) Dicirlle o diagnóstico.
- c) Explicarlle que é preciso obter imaxes do figado para que poidas ter máis datos.
- d) Preguntarlle que é o que ela entende da súa enfermidade ata o momento presente. \*
- e) Derivala a Saúde Mental para que lle comuniquen a mala noticia.

\*. Samuel Lee, 58 años, de origen chino, residente en España desde hace bastantes años, diagnosticado de cáncer nasogástrico, fase avanzada. Estás planificando una reunión con él y su familia para discutir el tratamiento paliativo y directivas avanzadas. ¿Cuál de las siguientes sería la PRINCIPAL consideración que debe guiar tus actuaciones? (2021 junio)

- a) El conocimiento, dentro de la cultura China, de los valores de la ética de Confucio aplicados al proceso de la muerte.
- b) La práctica de "decir la verdad al paciente". \*
- c) La necesidad de asegurarte de que el señor Lee entiende su pronóstico.
- d) Consideración al modo en que los Cuidados Paliativos encajan en la estructura familiar china multigeneracional.
- e) a y d.

\*. Adela, 75 años, ha sido tu paciente durante 10 años. Acude a tu consulta quejándose de fatiga y adelgazamiento. Las exploraciones posteriores revelaron una masa en el colon. Te llegaron los resultados de la biopsia: adenocarcinoma y la paciente acudirá hoy a tu consulta. Después de conducir a la paciente a un despacho cerrado y avisar de que no te molesten durante 20 minutos. ¿Cuál es el paso siguiente en el proceso de informar a Adela de que tiene cáncer? (2020 mayo)

- a) Preguntarle qué desea saber.
- b) Decirle el diagnóstico.
- c) Explicar que es preciso obtener imágenes del hígado para que puedas tener más datos.
- d) Preguntarle qué es lo que ella entiende de su enfermedad hasta el momento presente. \*
- e) Derivarla a Salud Mental para que le comuniquen la mala noticia.

\*. Felisa, 75 años, ha sido tu paciente durante 10 años. Acude a tu consulta quejándose de fatiga y adelgazamiento. Las exploraciones posteriores revelaron una masa en el colon. Te llegaron los resultados de la biopsia: adenocarcinoma. La paciente acudirá hoy a tu consulta. Después de conducir a la paciente a un despacho cerrado y avisar de que no te molesten durante 20 minutos. ¿Cuál es el paso siguiente en el proceso de informar a Felisa de que tiene cáncer? (2016 mayo)

- a) Preguntarle qué desea saber.
- b) Decirle el diagnóstico.
- c) Explicar que es preciso obtener imágenes del hígado para que puedas tener más datos.
- d) Preguntarle qué es lo que ella entiende de su enfermedad hasta el momento presente.

. Al organizar la asistencia en cuidados paliativos tendremos en cuenta que el grupo interdisciplinar tendrá los siguientes efectos: (2015 mayo) (2014 mayo) (2013 mayo)

- a) Unificación de las conductas de los integrantes del grupo.
- b) Facilita a los miembros del grupo asumir mayores riesgos.
- c) Estimula la creatividad del grupo.
- d) a y c.
- e) a, b y c.

→ equipo multidisciplinar - efectos/objetivos del grupo

- unificación de conductas = mejora rendimiento del equipo (aunque se requiera un tiempo para su establecimiento)
- facilitación social, mayor rendimiento
- mayor creatividad (tormenta de ideas) = a veces se encuentra la solución que no somos capaces de encontrar solos
- asumir más riesgos = existe un debate y un respaldo por los demás integrantes

. Indicaciones a los familiares sobre el previsible periodo de agonía. Señala cual NO debe hacerse: (2021 junio) (2019 julio)

- a) Dar instrucciones sobre medidas de confort.
- b) Advertir que si cesa de ingerir alimento es una consecuencia de la situación clínica.

- c) Aconsejar acudir al servicio de urgencias si sobrevienen imprevistos. \*
  - d) Aconsejarles abordar con anticipación los trámites funerarios.
  - e) Ofrecer aclarar dudas por teléfono sobre la administración de fármacos.
- últimos días - indicaciones precisas de los cuidadores
- mayor confort (postura, cambios posturales, ...)
  - falta ingesta (consecuencia y no causa situación) = dejar claro que falta de ingesta se debe a la situación terminal paciente y no a su actuación como cuidador
  - medicamentos, consulta telefónica, ... evitar ir al servicio de urgencias
  - paciente obnubilado ¡pero! sigue percibiendo = importante mantener diálogo y tener cuidado con lo que se dice
  - necesidades espirituales del paciente/familia
  - aclarar antes trámites funerarios
  - volver al hogar días después, coordinar atención al duelo familiar. Médicos útiles con una visita o llamada.

\*. Cuando decimos que el profesional ha de informar adecuadamente a su paciente en relación a su enfermedad estamos hablando de: (2013 junio)

- a) Respetar el principio bioético de no maleficencia.
- b) Respetar el principio de beneficencia.
- c) Respetar el principio de autonomía.
- d) Respetar el principio de justicia.
- e) a y c son correctas.

## 22. ANALGESIA EN SEDACIÓN

. ¿Cuál de estas afirmaciones no es correcta con respecto a la relación equianalgésica de la morfina?: (2024 mayo)

- a) La dosis equianalgésica de morfina oral es el doble que la dosis por vía subcutánea.
- b) La dosis equianalgésica de morfina oral es el triple que la dosis por vía intravenosa (iv).
- c) La dosis equianalgésica de oxicodona oral es la mitad que la de morfina.
- d) La dosis equianalgésica de oxicodona iv es la mitad que la de morfina.
- e) La relación equianalgésica de la formulación retard es igual que la de liberación inmediata.

→ opioides 3º escalón - morfina:

- v.o. 1 : 1 vía rectal
- v.o. 2 : 1 s.c.
- v.o. 3 : 1 i.v.
- morfina formulación retard 1 : 1 morfina liberación inmediata
- v.o. morfina 2 : 1 oxicodona v.o.
- i.v. morfina 1 : 1 oxicodona i.v.

\*correcta: d

. ¿Cuál de estas afirmaciones no es correcta con respecto a la relación equianalgésica de la morfina?: (2023 junio)

- a) La dosis equianalgésica de morfina oral es el doble que la dosis por vía subcutánea.
- b) La dosis equianalgésica de morfina oral es el triple que la dosis por vía intravenosa.
- c) La dosis equianalgésica de oxicodona oral es la misma que la de morfina. \*
- d) La dosis equianalgésica de oxicodona iv es la misma que la de morfina.
- e) La relación equianalgésica de la formulación retard es igual que la de liberación inmediata.

→ morfina - relaciones potencia según vía administración

- v.o - vía rectal = 1:1
- v.o - subcutánea = 2:1
- v.o - i.v. = 3:1

→ relación equianalgésica morfina v.o./oxicodona = 2:1

. Paciente con 100 mg de morfina endovenosa en 24 h a lo que se le quiere cambiar a oxicodona oral. Que dose equianalgésica sería la correcta?: (2022 junio)

- a) 150 mg de oxicodona.
- b) 450 mg de oxicodona.
- c) 200 mg de oxicodona.
- d) 100 mg de oxicodona.
- e) Ninguna de las anteriores.

\*correcta: d

Atención mi fallo => he dicho morfina i.v. relación 1:1 con oxicodona pero tenemos que pasar a vía ORAL

1. morfina i.v. → v.o. (1:3) =  $100 \times 3 = 300$

2. morfina v.o. → oxicodona v.o. (2:1) =  $300/2 = 150$

\*correcta: b

. A morfina 6 glucurónido es el metabolito de la morfina responsable de todos estos efectos menos uno: (2022 junio)

- a) Somnolencia.
- b) Coma.
- c) Alucinaciones y delirio.
- d) Miosis.
- e) Depresión respiratoria.

→ morfina - metabolitos

- morfina 6-glucurónido
  - actúa sobre receptores opioides
  - somnolencia + sudoración + miosis + náuseas + depresión respiratoria
  - reversible con naloxona
- morfina 3-glucurónico
  - actúa sobre receptores desconocidos

- sintomatología relacionada con neurotoxicidad x opioides = fallo cognitivo + delirio + alucinaciones + mioclonías + hiperalgesia
  - NO reversible con Naloxona (si efecto adverso = hidratar + rotar opioide)
- \*correcta: c

. Que debemos lembrar cando un paciente inicia tratamento con opiáceos por dor de intensidade moderada/severa?: (2022 junio)

- Que se lle asociamos AINEs o seu efecto pódese potenciar.
- Que a Morfina é o referente do terceiro chanzo da escaleira analgésica da OMS.
- Engadir antieméticos os primeiros días.
- Engadir laxantes.
- Todas son correctas.

→ dolor intensidad moderada/severa = 3er escalón opiáceos (opiáceos potente) => morfina (

- fármaco (+) representativo 3er escalón
- informar razones uso + efectos secundarios
- darla a intervalos fijos (nunca a demanda)
- dejar rescates morfina liberación rápida
- asociar = antieméticos (primeros días) + laxantes (de por vida) [indicación todos opioides]
- empleo correcto de AINEs (y/o fármacos coadyuvantes) pueden conseguir que las dosis de Morfina a emplear sena menores

\*correcta: e

. Nun paciente con múltiples metástases óseas causantes de dor crónica controlada e que presenta unha dor irruptivo incidental cal é o fármaco considerado de elección para o seu control?: (2022 junio)

- O cloruro mórfico subcutáneo cada 4 horas.
- O citrato de fentanilo sublingual.
- A oxycodona por vía subcutánea ou oral ata un máximo de 4 horas.
- O parche de fentanilo de 25 mcg/h.
- O citrato de Fentanilo sublingual asociado aos parches.

→ 3er escalón opiáceos - formas galénicas

- parches aplicación transdérmica = control prolongado dolor basal
- bastoncillos absorción transmucosa oral = rescate dolor irruptivo (en pacientes ya tratados con opioides)

\*correcta: b

. ¿Cuál es el orden correcto de estos opiáceos por potencia analgésica oral de menor a mayor?: (2024 mayor)

- Tramadol, tapentadol, codeína, morfina, oxycodona, hidromorfona y fentanilo.
  - Tapentadol, codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.
  - Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.
  - Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, oxycodona, hidromorfona y fentanilo.
  - Codeína, tapentadol, tramadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.
- fentanilo > hidromorfona > oxycodona > morfina > tapentadol > tramadol > codeína

\*correcta: d

. ¿Cuál es el orden correcto de estos opiáceos por potencia analgésica de menor a mayor?: (2023 junio)

- Tramadol, tapentadol, codeína, morfina, oxycodona, hidromorfona, fentanilo.
- Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, oxycodona, hidromorfona, fentanilo.
- Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.
- Tapentadol, codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.
- Codeína, tapentadol, tramadol, morfina, hidromorfona, oxycodona y fentanilo.

\*correcta: b

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2023 junio)

- El fármaco representativo del tercer escalón es la Morfina.
- Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.
- Nunca se pueden asociar fármacos de distinto escalón para potenciar el efecto.
- Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.

e) La a y la c son correctas.

\*correcta: a

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2024 mayo)

- a) Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.
- b) Los fármacos del primer escalón potencian la acción de los del segundo y tercero.
- c) La asociación de opioides con AINEs puede permitir bajar la dosis del opioide.
- d) Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.
- e) b y c son correctas.

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2024 mayo)

- a) Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.  
→ FALSO = no le des codeína + morfina / tramadol + oxicodona (me he inventado las juntas, es solo pro ejemplo de no dar un fármaco del 2º+3º)
- b) Los fármacos del primer escalón potencian la acción de los del segundo y tercero.
- c) → codeína (3º escalón) = se potencia su acción con AINEs (1er escalón)  
→ el empleo correcto de AINEs (1er escalón) + fármacos coadyuvantes → pueden conseguir que las dosis de morfina (3º escalón) a emplear sean menores
- d) La asociación de opioides con AINEs puede permitir bajar la dosis del opioide.  
→ morfina + AINEs/coadyuvantes = (-) dosis morfina [need]
- e) Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.  
→ coadyuvantes = no analgésicos que combinados pueden tener efecto analgésico (st dolor neuropático) ⇒ NO analgésicos - combinados muy útiles en dolor neuropático
- f) b y c son correctas.

\*correcta: e

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2023 junio)

- a) El fármaco representativo del tercer escalón es la Morfina.
- b) Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.
- c) Nunca se pueden asociar fármacos de distinto escalón para potenciar el efecto.
- d) Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.
- e) La a y la c son correctas.

\*correcta: a

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2023 junio)

- a) El fármaco representativo del tercer escalón es el Fentanilo por su elevada potencia.
- b) Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.
- c) La asociación de opioides con AINEs puede permitir bajar la dosis del opioide.
- d) Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.
- e) Todas falsas.

. En relación a la escalera analgésica de la OMS es cierto que: (2023 junio)

- a) El fármaco representativo del tercer escalón es el Fentanilo por su elevada potencia.  
→ fármaco representativo 3er escalón = morfina
- b) Los fármacos del segundo escalón potencian la acción de los del tercero.  
→
- c) La asociación de opioides con AINEs puede permitir bajar la dosis del opioide.  
→ el empleo correcto de AINEs/fármacos o adyuvantes pueden conseguir que la dosis de morfina a emplear sean menores
- d) Los coadyuvantes se asocian únicamente cuando no se controla el dolor con AINEs u opioides.  
→ coanalgésicos efecto sinérgico con opiáceos
- e) Todas falsas.

\*correcta: c

. En relación á escaleira analgésica da OMS é certo que: (2022 junio)

- a) O fármaco representativo do terceiro chanzo é o Fentanilo pola súa elevada potencia.
- b) Os fármacos do segundo chanzo potencian a acción dos do terceiro.
- c) A asociación de fármacos de distintos chanzos non é recomendable.

d) Os coadjuvantes asóciáanse unicamente cando non se controla a dor con AINEs ou opioides.

e) Todas falsas.

→ analgesia - escalera analgésica OMS

- 3er escalón - fármaco (+)representativo/referente = morfina

- fármacos coadjuvantes = NO analgésicos pero de forma combinada son muy útiles en dolor neuropático (ej: corticoides)

- uso coanalgésicos tiene efecto sinérgico con los opiáceos (incrementa su eficacia)

\*correcta: e

. Con respecto al control del dolor en Paliativos, señala la respuesta incorrecta: (2024 mayo)

a) El dolor puede ser manejado de forma efectiva en la gran mayoría de los pacientes.

b) La estrategia clínica para el alivio del dolor incluye: evaluación, planificación, reevaluación y modificación.

c) La escalera de la OMS, bien empleada, es eficaz en el alivio del dolor en el 85-95% de los pacientes.

d) La droga (dosis, vía e intervalo) debe administrarse regularmente con dosis de rescate.

e) Los efectos secundarios deben de ser tratados enérgicamente una vez que aparezcan, pero se debe esperar a su primera aparición para la prevención, por la gran variabilidad individual.

→ analgesia

- el dolor puede ser manejado de forma efectiva en la gran mayoría de los pacientes

- la estrategia clínica para el alivio del dolor incluye: evaluación, planificación, reevaluación y modificación

- la escalera de la OMS, bien empleada, es eficaz en el alivio del dolor en el 85-95% de los pacientes

- la droga (dosis, vía e intervalo) debe administarse regularmente con dosis de rescate

- los efectos 2º deben de ser previstos y se tienen que tratar enérgicamente

- el uso de coanalgésicos tiene efecto sinérgico con los opiáceos, incrementando su eficacia

\*correcta: e

. Con respecto a la sedación paliativa, señala la respuesta incorrecta: (2024 mayo)

a) Pretende aliviar sufrimiento ante la presencia de un síntoma refractario.

b) Es una sedación continua o intermitente.

c) Es una sedación primaria.

d) Es una sedación superficial o profunda.

e) Previsiblemente irreversible.

→ sedación paliativa

- aliviar 1/+ síntomas refractarios

- sedación 1ª = fines terapéuticos

- continua / intermitente

- superficial / profunda

\*correcta: e

. En cuanto a la sedación terminal, señala la respuesta correcta: (2024 mayo)

a) Es lo mismo que la eutanasia activa.

b) Se usan los mismos fármacos para ambas.

c) El objetivo es el mismo para ambas.

d) Es irreversible.

e) Todas son correctas.

→ sedación terminal (en la agonía) = irreversible consciencia

→ sedación [VS] eutanasia

|           | SEDACIÓN                                | EUTANASIA                                   |
|-----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| Intención | aliviar sufrimiento refractario         | provocar muerte para liberar sufrimiento    |
| Proceso   | fármacos ajustados a respuesta paciente | fármacos a dosis letales para muerte rápida |
| Resultado | alivio sufrimiento                      | muerte                                      |

\*correcta: d

. Una pauta de sedación, debe incluir: (2024 mayo)

a) Una benzodiacepina potente y un analgésico opioide.

- b) Una benzodiacepina potente, analgésico opioide y un anticolinérgico.
- c) Un neuroléptico, un opioide y un anticolinérgico.
- d) Un neuroléptico, un opioide, un anticolinérgico y un corticoide.
- e) b y c son correctas.

→ sedación

1. midazolam (potente benzodiacepina) + cloruro mórfico (analgésico opioide) + hioscina (anticolinérgico)
2. persiste agitación (puede parecer tras admin BZD) => neuroléptico (haloperidol + levopromazina + Cl mórfico + hioscina
3. NO sedación con BZD +/- neurolépticos -> barbitúricos (fenobarbital) / proponlo (anestésico)

\*correcta: e

## 23 Y 24. CUIDADOS PALIATIVOS EN PEDIATRÍA

. Las escalas de valoración del dolor en niños prematuros se basan en analizar: (2024 mayo)

- a) Su expresión facial.
- b) El sueño.
- c) Frecuencia cardíaca y tensión arterial.
- d) El llanto.
- e) Todas las anteriores.

\*correcta: e

. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes no es correcta respecto al dolor en el niño? (2024 mayo)

- a) Se pautará el analgésico según el grado de dolor a dosis e intervalos adecuados.
- b) No se deben de asociar fármacos con mecanismo de acción similar.
- c) Ante el dolor muy intenso, se pueden utilizar opioides y el riesgo de adicción es mínimo si se utilizan correctamente.
- d) Los antiinflamatorios no esteroideos no tienen efectos secundarios.
- e) El paracetamol puede ser hepatotóxico si se utiliza a dosis muy altas.

\*correcta: d

. Ante una situación de "conflicto" en un paciente pediátrico y para tomar u decisión: ¿qué le debemos exigir a quién decide? (2024 mayo)

- a) Conocimientos y formación.
- b) Imparcialidad.
- c) Estabilidad emocional.
- d) Coherencia y lógica.
- e) Todos los anteriores.

\*correcta: e

## 25. URGENCIAS EN PALIATIVOS

. Ante un paciente en situación terminal y que se presenta con clínica de sofocación, cual se considera la medida más importante: (2024 mayo)

- a) Debemos obtener la máxima Información y contextualizar a paciente y familia.
- b) Sedación hasta conseguir desconexión / inconsciencia del paciente con Midazolam.
- c) Utilizar Morfina para conseguir aliviar dolor y disnea.
- d) a y c son correctas.
- e) a y b son correctas.

→ urgencias paliativos - principales => sofocación

- obstrucción/compresión aguda irreversible de vías respiratorias altas (asfixia)

- actitud:

- presencia física personal sanitario junto paciente
- sedación = tratar aliviar disnea midazolam (20-40mg/sc o 10-20mg/iv)
- si hay dolor asociamos midazolam + morfina/hioscina
- soporte emocional a familia (forma inmediata)

\*correcta: e

. Ante un paciente en situación terminal e que se presenta con clínica de sufocación, cal se considera a medida máis importante: (2022 junio)

- a) Debemos obter a máxima Información e Contextualizar a paciente e familia.
- b) Sedación ata conseguir desconexión / inconsciencia do paciente con Midazolam.
- c) Utilizar Morfina para conseguir aliviar dor e disnea.
- d) Administrar osixeno a alto fluxo.
- e) Ningunha é correcta.

\*correcta: b

. La causa más frecuente de convulsiones en pacientes oncológicos de paliativos, es: (2023 junio)

- a) Metástasis cerebrales.
- b) Hipoxemia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipocalcemia.
- e) Todas ellas son igualmente frecuentes.

→ convulsiones = 25% ocurren en metas cerebrales

\*correcta: a

. A embolización mediante radioloxía intervencionista en que tumores pode ser de utilidade en pacientes con hemorragias clinicamente relevantes: (2022 junio)

- a) Cabeza.
- b) Pescozo.
- c) Pelvis.
- d) Fígado e aparello dixestivo.
- e) Todos eles.

→ hemorragia masiva (con compromiso vital inmediato) - medidas específicas:

- radiología intervencionista = embolización tumores: cabeza y cuello + hígado + pelvis + aparato digestivo

\*correcta: e

. Ante la alta sospecha clínica de compresión medular, la primera medida debería ser: (2023 junio)

- a) Pedir de forma inmediata una prueba de imagen.
- b) Poner un bolo de Dexametasona.
- c) Solicitar valoración neuroquirúrgica.
- d) Solicitar de forma inmediata una valoración por Radioterapeuta.
- e) Solicitar una laminectomía urgente.

→ sd compresión medular - Dx = normalmente x prueba imagen → si hay alta sospecha se podría utilizar dexametasona [before]dx → 1º bolo - 2º RNM/TAC

\*correcta: b

- sd compresión medular - cosas preguntabas:
- 3ª complicación neurológica - enfermo oncológico
  - ppl nivel compresión = 70% dorsal

. A causa máis frecuente de convulsións en pacientes oncolóxicos de paliativos, é: (2022 junio)

- a) Metástases cerebrais.
- b) Hipoxemia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipocalcemia.
- e) Iatrogenia.

\*correcta: a

. Ante un paciente diabético insulín dependiente, con neoplasia diseminada e en situación terminal, que ingresa por convulsións, Cal sería a primeira medida a adoptar en Urgencias: (2022 junio)

- a) Pedir unha proba de imaxe pola alta sospeita de metástases cerebrais.
- b) Facer unha tira de glucemia capilar.
- c) Facer unha gasometría arterial, para ver osíxenación, equilibrio acido base, e trastornos electrolíticos de forma inmediata.
- d) Iniciar pauta de Midazolam para evitar novos episodios.
- e) Iniciar tratamento con Hidantoinas para evitar novos episodios.

→ urgencias paliativos - convulsiones - tto crisis convulsiva

- evitar que el paciente se lesione
- asegurar vía aérea + canalizar vía venosa si es posible
- realizar glucemia capilar (st en pacientes DM) = 1º hacer (a no ser que se sepa con certeza que no es diabético)
- cedida crisis = colocar paciente posición lateral seguridad
- fármacos = diazepam / midazolam

\*correcta: b

. En el síndrome de compresión de la vena cava superior, ¿con cuál de estas afirmaciones estás de acuerdo? (2024 mayo)

- a) Es una emergencia cuando se obstruye la vía aérea.
- b) Es una emergencia cuando se produce edema cerebral.
- c) Es una emergencia cuando se presenta con edema en esclavina.
- d) a y b son correctas.
- e) a, b y c son correctas.

→ urgencias paliativos => sd vena cava superior

- urgencia médica ISÓLO si = obstrucción traqueal + edema cerebral

\*correcta: d

. Cal destas afirmacións con respecto á compresión medular non é correcta: (2022 junio)

- a) 3ª complicación neurológica do enfermo oncológico.
- b) 5% de todos os pacientes con cancro chegasen a desenvolvela.
- c) A causa máis frecuente nos homes son as metástases vertebrais de Cancro de pulmón.
- d) As metástases óseas por Cancro de mama son a causa máis frecuente nas mulleres.
- e) As metástases óseas do Cancro de prostata raramente son causa deste proceso por ser osteoblásticas.

→ sd compresión medular

- 3ª complicación neurológica del enfermo oncológico -> presente en 5% todos pacientes con cáncer
- etiología => metas óseas vertébrales = causa (+) frec => x cáncer mama/pulmon (osteolíticas) / prostata (osteoblásticas) / riñón.

\*correcta: e

. Cal destas medidas é mais importante para o manexo da hipercalcemia grave no paciente oncológico? (2022 junio)

- a) Manter una boa función renal. \*
- b) Megadoses de corticoides.
- c) Furosemida.
- d) Mitramicina.
- e) Todas ellas son igualmente importantes.

## 26. DOLORS COMPLEJOS

. En canto á dor neuropático, con cal non estás de acordo? (2022 junio)

- a) É unha cunha distribución neuroanatómica plausible.
- b) Ten una historia clínica compatible cunha lesión neurológica que o produza.
- c) Responda ben aos AINES.
- d) Case sempre previa combinacións para o seu control.
- e) Describese como unha dor atípica.

→ dolor neuropático

- 1. Dolor con ña distribución neuroanatómica plausible
- 2. Historia clínica de una lesión/enfermedad relevante que afecte sistema somatosensoria
- 3. Exploración con signos sensoriales positivos y negativos en el territorio de inervación de la estructura nerviosa lesionada
- 4. Pruebas Dx que confirmen la lesión o la identidad de la enfermedad que subyace al dolor neuropático

\*correcto: c

## 27. NEUROTOXICIDAD POR OPIOIDES

. ¿Cuál de estas afirmaciones no es correcta con respecto a la relación equianalgésica de la morfina?: (2024 mayo)

- a) La dosis equianalgésica de morfina oral es el doble que la dosis por vía subcutánea.
- b) La dosis equianalgésica de morfina oral es el triple que la dosis por vía intravenosa (ev).
- c) La dosis equianalgésica de oxicodona oral es la mitad que la de morfina.
- d) La dosis equianalgésica de oxicodona ev es la mitad que la de morfina.
- e) La relación equianalgésica de la formulación retard es igual que la de liberación inmediata.

→ opioides 3º escalón - morfina:

- v.o. 1 : 1 vía rectal
- v.o. 2 : 1 s.c.
- v.o. 3 : 1 i.v.
- morfina formulación retard 1 : 1 morfina liberación inmediata
- v.o. morfina 2 : 1 oxicodona v.o.
- i.v. morfina 1 : 1 oxicodona v.i.

\*correcta: d

. ¿Cuál de estas afirmaciones no es correcta con respecto a la relación equianalgésica de la morfina?: (2023 junio)

- a) La dosis equianalgésica de morfina oral es el doble que la dosis por vía subcutánea.
- b) La dosis equianalgésica de morfina oral es el triple que la dosis por vía intravenosa.
- c) La dosis equianalgésica de oxicodona oral es la misma que la de morfina. \*
- d) La dosis equianalgésica de oxicodona IV es la misma que la de morfina.
- e) La relación equianalgésica de la formulación retard es igual que la de liberación inmediata.

→ morfina - relaciones potencia según vía administración

- v.o - vía rectal = 1:1
- v.o - subcutánea = 2:1
- v.o - v.i = 3:1

→ relación equianalgésica morfina v.o/oxicodona = 2:1

. ¿Cuál es el orden correcto de estos opiáceos por potencia analgésica oral de menor a mayor?: (2024 mayor)

- a) Tramadol, tapentadol, codeína, morfina, oxicodona, hidromorfona y fentanilo.
  - b) Tapentadol, codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
  - c) Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
  - d) Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, oxicodona, hidromorfona y fentanilo.
  - e) Codeína, tapentadol, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
- fentanilo > hidromorfona > oxicodona > morfina > tapentadol > tramadol > codeína

\*correcta: d

. ¿Cuál es el orden correcto de estos opiáceos por potencia analgésica de menor a mayor?: (2023 junio)

- a) Tramadol, tapentadol, codeína, morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo.
- b) Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo.
- c) Codeína, tramadol, tapentadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
- d) Tapentadol, codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
- e) Codeína, tapentadol, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.

\*correcta: b

. ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta con respecto al uso de Metadona en Paliativos? (2024 mayo)

- a) Es igual de potente que la morfina?
- b) Hay que tener especial precaución en la insuficiencia hepática y renal.
- c) Su uso en paliativos es restringido por su elevado coste.
- d) La relación de dosis equianalgésica con la morfina depende de la dosis previa de morfina que consumía el paciente.
- e) Su manejo es sencillo, pero su uso no está extendido en paliativos.

→ metadona

- dosis equianalgésica en relación a dosis previa morfina oral en 24h → morfina 300mg = equianalgésica 1:10

\*correcta: d

. ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta con respecto al uso de Metadona en Paliativos?: (2023 mayo)

- a) Es igual de potente que la morfina.
- b) La dosis equianalgésica con la morfina depende de la dosis previa de morfina.
- c) Su uso en paliativos es restringido por su elevado coste.
- d) Hay que tener especial precaución en la insuficiencia hepática y renal.
- e) Su manejo es sencillo, pero su uso no está extendido en paliativos.

\*correcta: b

## 29. COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

. ¿Cuál de los siguientes no es un síndrome psiquiátrico frecuente en pacientes con cuidados paliativos? (2015 mayo)

- a) Trastornos adaptativos.
- b) Depresión mayor.
- c) Trastornos delirantes. \*
- d) Ansiedad generalizada.
- e) Fobias.

→ complicaciones psiquiátricas en cuidados paliativos - trastornos psiquiátricos = (+) frec ansioso-depresivos (2/3) + tb pueden dx: trastornos depresivos mayores + fobias + crisis ansiedad + ansiedad generalizada

. Para diagnosticar una depresión en un paciente con cuidados paliativos, ¿a siguientes síntomas darías más valor diagnóstico? (2024 mayo)

- a) Desesperanza.
- b) Apatía.
- c) Pérdida de apetito.
- d) Alteración del sueño.
- e) A y B.

→ complicaciones psiquiátricas en cuidados paliativos - Dx => síntomas x depresión = desesperanza + dependencia + ruina + culpa + ideación suicida

\*correcta: a

. Para diagnosticar una depresión en un paciente con cuidados paliativos, ¿a cuál(es) de los siguientes síntomas darías más valor diagnóstico? (2023 mayo) (2016 mayo)

- a) Desesperanza.
- b) Apatía.
- c) Pérdida de apetito.
- d) Alteración del sueño.
- e) A y B.

\*correcta: a

## 30. VIVENCIA DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

. La teoría de la puerta de entrada (Gate control): (2010 junio)

- a) Fue descrita por Melzack y Wall.
- b) Hace referencia a la inhibición de respuesta nociceptiva tras estimulación de grandes fibras nerviosas mielinizadas.
- c) Es la teoría más aceptada para explicar el mecanismo de acción de la neuroestimulación.
- d) a y c son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ teoría de la Puerta/puerta de entrada de control del dolor → Melzack + Wall

- dice que: estimulación suplementaria reduce el dolor que provoca la lesión original

\*correcta: e

. Señala cuales de los siguientes SON componentes del Dolor: (2024 mayo)

- a) Sensorial-discriminativo.
- b) Cognitivo-evaluativo.
- c) Algotimia.
- d) A, B y C.
- e) Solo A y B.

→ componentes dolor

1. Sensorial discriminativa (algognosia: conocimiento dolor)
2. Motivacional afectivo (algotimia)
3. Cognitivo evaluativo

\*correcta: d

. Señala cuales de los siguientes SON componentes del Dolor: (2023 junio)

- a) Sensorial-discriminativo.
- b) Cognitivo-evaluativo.
- c) Algotimia.
- d) A, B y C.
- e) Solo A y B.

\*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes elementos no forma parte del concepto de dolor? (2014 mayo) (2013 mayo)

- a) Experiencia sensorial desagradable.
- b) La actividad inducida por el estímulo en el nociceptor.
- c) Estados emocionales complejos.
- d) Procesos mentales superiores.
- e) Interpretación que el sujeto hace del dolor.

→ componentes dolor

1. sensorial discriminativo

- algognosia = conocimiento del dolor → se relaciona con transmisión información nociva + propiedades físicas estímulo

2. motivacional afectivo

- algotimia → estado afectivo en el que el paciente experimenta la lesión - puede hacer cambiar características dolor → motiva reacción sujeto

3. cognitivo evaluativo

- interpretación + evaluación dolor x parte sujeto

\*correcta:

. Marija es una mujer (adulta) que sufre cáncer. Su padre pide asesoramiento en estos términos: "Mi hija se está quejando de dolores o fatiga y de que no se encuentra bien. Personalmente, creo que debería quejarse menos. ¿Son reales los síntomas que no se ven?. En caso afirmativo, ¿qué puedo hacer para ayudarla?". Ante esta pregunta, ¿cuál de los siguientes elementos INCLUIRÍAS EN TU RESPUESTA a este padre? (2024 mayo)

- a) En efecto, debería quejarse menos, ya que lo más probable es que no tenga tanto dolor.
- b) Para evitar reforzar el dolor, procure no hablar con ella de su dolor, evitar que se regodee en el dolor.
- c) Debe creer que ella siente ese dolor.

- d) Debe darle oportunidades de hablar de su malestar, evitando así la angustia de no sentirse comprendida y que aumente su dolor.
- e) C y D.
- \*correcta: e

. En el caso [Marija], ¿cuál de las siguientes actuaciones terapéuticas sería la MENOS indicada? (2024 mayo)

- a) Analgésicos antiinflamatorios.
- b) Analgésicos opioides.
- c) Placebo.
- d) Antidepresivos.
- e) Técnicas Cognitivo-Conductuales.

→ tto dolor

- 1. cognitivo-conductual
- 2. con fármacos = analgésicos
- 3. psicofármacos

\*correcta: c

. Marija es una mujer (adulta) que sufre cáncer. Su padre pide asesoramiento en estos términos: "Mi hija se está quejando de dolores o fatiga y de que no se encuentra bien. Personalmente, creo que debería quejarse menos. ¿Son reales los síntomas que no se ven?. En caso afirmativo, ¿qué puedo hacer para ayudarla?" Ante esta pregunta, ¿cuál de los siguientes elementos INCLUIRÍAS EN TU RESPUESTA a este padre?: (2023 junio)

- a) En efecto, debería quejarse menos, ya que lo más probable es que no tenga tanto dolor.
- b) Para evitar reforzar el dolor, procure no hablar con ella de su dolor, evitar que se regodee en el dolor.
- c) Debe creer que ella siente ese dolor.
- d) Debe darle oportunidades de hablar de su malestar, evitando así la angustia de no sentirse comprendida y que aumente su dolor.
- e) c y d.

\*correcta: e

. En el caso (Marija), ¿cuál de las siguientes actuaciones terapéuticas sería la MENOS indicada? (2023 junio)

- a) Analgésicos antiinflamatorios.
- b) Analgésicos opioides.
- c) Placebo.
- d) Antidepresivos.
- e) Técnicas Cognitivo-Conductuales.

\*correcta: c

. Lucía es una mujer (adulta) que sufre cáncer. Su padre pide asesoramiento en estos términos: "Mi hija se está quejando de dolores o fatiga y de que no se encuentra bien. Personalmente, creo que debería quejarse menos ¿Son reales los síntomas que no se ven?. En caso afirmativo, ¿qué puedo hacer para ayudarla?" Ante esta pregunta, ¿Cuál de los siguientes elementos INCLUIRÍAS en tu respuesta a este padre?: (2020 mayo) (2019 julio)

- a) En efecto, debería quejarse menos, ya que lo más probable es que no tenga tanto dolor.
- b) Para evitar reforzar el dolor, procure no hablar con ella de su dolor, evitar regodearse en el dolor.
- c) Debe creer que ella siente ese dolor.
- d) Debe darle oportunidades de hablar de su malestar, evitando así la angustia de no sentirse comprendida y que aumente su dolor.
- e) c y d.

\*correcta: e

. En el caso [Lucía], ¿Cuál de las siguientes actuaciones terapéuticas sería la MENOS indicada? (2019 julio)

- a) Analgésicos antiinflamatorios.
- b) Analgésicos opioides.
- c) Placebo.
- d) Antidepresivos.
- e) Técnicas Cognitivo-Conductuales

\*correcta: c

. El paciente es una mujer (adulta) que sufre cáncer. Su padre pide asesoramiento en estos términos: "Mi hija se está quejando de dolores o fatiga y de que no se encuentra bien. Personalmente, creo que debería quejarse menos. ¿Son reales los síntomas que no se ven?. En caso afirmativo, ¿Qué puedo hacer para ayudarla?" Ante esta pregunta, ¿Cuál de los siguientes elementos INCLUIRÍAS en tu respuesta a este padre?: (2019 mayo) (2018 julio) (2017 mayo) (2016 julio) (2014 mayo) (2013 mayo) (2010 junio)

- a) En efecto, debería quejarse menos, ya que lo más probable es que no tenga tanto dolor.
- b) Para evitar reforzar el dolor, procure no hablar con ella de su dolor, evitar regodearse en el dolor.
- c) Debe creer que ella siente ese dolor.
- d) Debe darle oportunidades de hablar de su malestar, evitando así la angustia de no sentirse comprendida y que aumente su dolor.
- e) c y d.

\*correcta: e

. La situación de la paciente anterior, ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería la menos indicada? (2017 mayo) (2016 julio) (2014 mayo) (2013 mayo) (2012 junio)

- a) Analgésicos antiinflamatorios.
- b) Analgésicos opioides.
- c) Placebo.
- d) Antidepresivos.
- e) Terapia cognitivo-conductual.

\*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dolor en niños no es cierta? (2015 mayo)

- a) Sienten menos dolor que los adultos.
- b) Con niños se corre el riesgo de primar la curación y olvidar la analgesia.
- c) La culpa imaginaria explica por qué los niños ocultan el dolor.
- d) Resulta difícil de evaluar cuando hay retraso mental.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

→ dolor en niños

- hasta hace poco se planteaba que sentían menos dolor x desarrollo limitado SNC = riesgo primario curación - olvidar anestesia
- "culpa imaginaria" = entienden dolor como castigo x algo malo que han hecho (sea real o no) → tratan aguantar dolor y NO declararlo
- personas con retraso mental = dificulta exploración dolor x dificultad comunicación + evaluar estado

\*correcta: a

. De las siguientes características del dolor en la persona de edad avanzada, ¿Cuál es falsa? (2015 mayo) (2012 junio)

- a) Es un fenómeno frecuente en las residencias de ancianos.
- b) La experiencia de dolor puede ser un fenómeno normal a estas edades.
- c) Es difícil de evaluar en personas con deterioro cognitivo.
- d) La experiencia de dolor aumenta con la edad.
- e) Está muy influido por factores psicosociales.

→ dolor en ancianos

- se considera que la experiencia de dolor aumenta con la edad = se considera algo "normal" → MALA praxis
- deterioro cognitivo = dificulta valoración dolor
- viene cargado de un importante componente psicosocial

\*correcta: b (creo)

. Respecto al dolor, señale la respuesta incorrecta: (2012 junio)

- a) La mayoría de pacientes con cáncer avanzado presentan dolor.
- b) EL dolor nunca interacciona con los tratamientos oncológicos.
- c) El dolor puede simular progresión de la enfermedad.
- d) Es posible controlar aceptablemente la mayoría de los dolores.
- e) Nunca se debe utilizar placebo.

\*correcta: b (creo)

## 31. EL DUELO EN CUIDADOS PALIATIVOS

. Tu paciente de Cuidados Paliativos ha fallecido. ¿Cuál(es) de las siguientes NO es/son intervenciones pertinentes en el marco del Duelo de sus familiares? (2024 mayo)

- a) Evaluar mediante cuestionario el riesgo de duelo patológico.
- b) Que el psicólogo intervenga con las personas de alto riesgo.
- c) Prescribir Benzodiazepinas durante una temporada a todos los familiares que participaron en los cuidados.
- d) Realizar una llamada a los familiares transcurrido un mes del fallecimiento.
- e) Prescribir antidepresivos a personas con antecedentes de depresión.

\*correcta: c

. Tu paciente de Cuidados Paliativos ha fallecido. ¿Cuál(es) de las siguientes NO es/son intervenciones pertinentes en el marco del Duelo de sus familiares? (2023 junio)

- a) Evaluar mediante cuestionario el riesgo de duelo patológico.
- b) Que el psicólogo intervenga con las personas de alto riesgo.
- c) Prescribir Benzodiazepinas durante una temporada a todos los familiares que participaron en los cuidados.
- d) Realizar una llamada a los familiares transcurrido un mes del fallecimiento.
- e) Prescribir antidepresivos a personas con antecedentes de depresión.

. Felipe, 81 años, viudo desde hace 6 meses. Su hija lo trae a consulta, preocupada porque ha adelgazado y ha dejado de acudir al club de jubilados que frecuentaba. En la entrevista formula varias quejas somáticas inespecíficas. Ha perdido apetito, adelgazó 2 o 3 Kg en seis meses. Niega estar deprimido, pero admite menos energía e interés en las cosas, y se despierta más temprano por las mañanas. La exploración física es normal. ¿Cuál de los siguientes datos es característico del duelo? (2024 mayo)

- a) Retardo psicomotor.
- b) Ideación suicida.
- c) Disforia persistente.
- d) Ideas omnipresentes de Culpa.
- e) Discapacidad funcional.

\*correcta: c

. Felipe, 81 años, viudo desde hace 6 meses. Su hija lo trae a consulta, preocupada porque ha adelgazado y ha dejado de acudir al club de jubilados que frecuentaba. En la entrevista formula varias quejas somáticas inespecíficas. Ha perdido apetito, adelgazó 2 o 3 Kg en seis meses. Niega estar deprimido, pero admite menos energía e interés en las cosas, y se despierta más temprano por las mañanas. La exploración física es normal. ¿Cuál de los siguientes datos es característico del duelo? (2023 junio)

- a) Retardo psicomotor.
- b) Ideación suicida.
- c) Disforia persistente.
- d) Ideas omnipresentes de Culpa.
- e) Discapacidad funcional.

\*correcta: c

. A esposa dun paciente con cancro coméntache: "Aínda que o meu marido segue vivo, ás veces sorpréndome pensando en como será a miña vida despois da súa morte. Por algún motivo isto non me parece correcto, é lícito ter este tipo de pensamentos?" Cal sería a(s) resposta(s) MAIS ADECUADA(S) a esta esposa?: (2022 junio)

- a) Cada cal reacciona dun modo diferente, é unha reacción normal sen consecuencias negativas.
- b) E unha reacción de duelo anticipatorio.
- c) Non debe culpabilizarse, pero debe evitar arrefriar a relación co seu marido, este aínda lle necesita.
- d) B e C. \*
- e) A e B.

. Duelo en Coidados Paliativos. Señala a(s) afirmación(é) correcta(s). (2022 junio)

- a) A intervención de apoio ao duelo debe comezar mentres o paciente está vivo. \*
- b) O proceso de duelo componse de etapas que sempre van no mesmo orde.
- c) Non é conveniente que o médico acuda ao funeral do paciente.

- d) A atención ao duelo por parte do equipo de Coidados Paliativos non debe alongarse máis dun mes despois do falecemento.
- e) B e D.

## S4. RESIDENCIAS

. Señala cuál de los siguientes programas NO es preciso que forme parte de la intervención psicogeriátrica en residencias de mayores: (2024 mayo)

- a) Evaluación cognitiva periódica.
- b) Estimulación cognitiva mediante manualidades, juegos, lecturas.
- c) Formación de los profesionales.
- d) Investigación.
- e) Todos los anteriores son componentes necesarios de la intervención psicogeriátrica en residencia.

\*correcta: e

## S5. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DEMENCIAS

. En la atención continuada a las necesidades de las personas con demencia ¿cuál de las siguientes tareas no corresponde al nivel primario de salud?: (2024 mayo)

- a) Manejo de la comorbilidad.
- b) Tratamiento no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales.
- c) Atención al duelo del cuidador.
- d) Cuidados paliativos al final de la vida.
- e) Todas las anteriores son competencias del nivel primario de salud.

→ mira por más que busco no encuentro pero va de cabeza

\*correcta: e

. Parte de la complejidad del abordaje integral de las demencias es afrontar su elevado coste. Entre los siguientes, señala cuál es/son ejemplo/s de costes indirectos:

- a) El sufrimiento del cuidador.
- b) El abandono del puesto de trabajo de un familiar para dedicarse a cuidar al enfermo.
- c) La afectación de la salud del cuidador.
- d) A y C.
- e) Todos son costes indirectos

→ manejo del paciente con demencia - complejidad social = elevados costes:

- directos = económicos
- indirectos = disminuir el rendimiento en la familia
- intangibles = en relación con el sufrimiento familiar y la mala salud del cuidador

\*correcta: b

. Parte de la complejidad del abordaje integral de las demencias es afrontar su elevado coste. Entre los siguientes, señala cual es/son ejemplo/s de COSTES INDIRECTOS: (2021 julio)

- a) El sufrimiento del cuidador.
- b) El abandono del puesto de trabajo de un familiar para dedicarse a cuidar al enfermo.
- c) La afectación de la salud del cuidador.
- d) A y C.
- e) Todos son costes indirectos.

\*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en el contexto de la atención a las demencias? (2021 junio)

- a) La demencia es una de las pocas enfermedad mentales que no se acompaña de estigmas.
- b) La situación de una hija que reduce su dedicación laboral de tiempo completo a tiempo parcial para cuidar a su padre con demencia se conceptualiza como un "coste intangible" de las demencias.
- c) Los informes médicos deben ser lo suficientemente detallados para facilitar las decisiones judiciales de incapacitación legal.
- d) A y B.
- e) A y C.

→ manejo del paciente con demencia - complejidad social:

- dependencia progresiva y total
- gran estigma social
- elevados costes = directos (económicos) + indirectos (disminuir el rendimiento en la familia) + intangibles (en relación con el sufrimiento familiar y mala salud del cuidador).
- aspectos éticos y legales (incapacitación legal y maltratos).

\*correcta: d

. Según el Plan Gallego de Demencias y el Consenso de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psicogeriatría, el manejo de los casos de demencia debe de realizarse fundamentalmente en el siguiente nivel asistencial. Seleccione unha: (2022 junio) (2020 mayo)

- a) Servicios de Geriatría.
- b) Servicios de Neurología.
- c) Servicios de Psiquiatría.

d) Centros de Atención Primaria.

e) Requiere la coordinación de todos los niveles asistenciales mencionados.

→ manejo del paciente con demencia - objetivos asistenciales = los problemas complejos necesitan abordajes y organización interdisciplinar:

- sanitarios = médicos (atención primaria + psiquiatría + neurología + geriatría + urgencias) + profesionales red Salud Mental (psicólogos + enfermería)

- sociales = destacan: trabajadores sociales + terapeutas ocupacionales + animadores socioculturales

- integración familiares (asociaciones familiares)

\*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes recursos asistenciales NO sirve para retrasar la institucionalización definitiva de un paciente con demencia? (2021 julio)

a) Un ingreso "de respiro".

b) Ayuda domiciliaria.

c) Centro de Noche.

d) A y C.

e) Todos los recursos mencionados contribuyen a retrasar la institucionalización definitiva.

\*correcta: e

. Kitwood contrapuso las dos culturas de atención a las demencias, que denominó como el "Viejo Paradigma" y "Nuevo Paradigma". Señala cual o cuales de los siguientes planteamientos pertenecen al "Nuevo Paradigma". Seleccione una: (2020 mayo)

a) Visión general de la demencia como enfermedad discapacitante.

b) La investigación prioriza los descubrimientos biomédicos.

c) Las conductas problema las aborda como formas de comunicación.

d) A y C.

e) B y C.

→ nuevo paradigma:

- se centra (+) en la discapacidad de los pacientes y en el trabajo realizado x cuidador, basándose en la comprensión humana

- la ppl tarea del cuidador consiste en reforzar la personalidad, basándose en la comprensión humana

- las conductas problemáticas se deben considerar como formas de comunicación y los sentimientos de los cuidadores deben utilizarse en la tarea de cuidar.

\*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes puntos no pertenece al Nuevo Paradigma de la atención a la Demencia de KitWood? (2021 julio)

a) Engloba a la demencia dentro de las discapacidades.

b) La última fuente de conocimiento la aportan los científicos del SNC.

c) La principal tarea del cuidador es reforzar la personalidad del paciente.

d) Prioriza las habilidades de la persona respecto a sus deficiencias.

e) Los sentimientos del cuidador los utiliza en la tarea de cuidar.

\*correcta: b

. En la atención continuada a las necesidades de las personas con demencia ¿cuál de las siguientes tareas no corresponde al nivel primario de salud?: (2023 junio)

a) Manejo de la comorbilidad.

b) Tratamiento no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales.

c) Atención al duelo del cuidador.

d) Cuidados paliativos al final de la vida.

e) Todas las anteriores son competencias del nivel primario de salud.

\*correcta: e

. Diagnóstico precoz das demencias en Atención Primaria. Ante cal/cales das circunstancias seguintes débese iniciar o estudo diagnóstico dun posible caso de demencia? (2022 junio)

a) Queixas de memoria referidas por unha persoa maior.

b) Queixas rendemento en actividades instrumentais referidas pola familia.

- c) Debe facerse cada, de forma sistemática, a todas as persoas maiores de 65 anos pertencentes á cota do centro de saúde.
  - d) A e B.
  - e) A, B e C.
- \*correcta: d

. De entre las siguientes afirmaciones, señala la respuesta FALSA. Son contraindicaciones para ingresar a personas con demencia en un Centros de Día: (2021 junio)

- a) La presencia de importantes trastornos de conducta.
  - b) El rechazo de la persona a dejar su domicilio.
  - c) El disponer de familiares dispuestos a cuidarlos en el domicilio.
  - d) B y C.
  - e) A, B y C.
- \*correcta: e