

**58. Indique cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo de *delirium* postoperatorio en el paciente mayor:**

1. **Caídas previas.**
2. Demencia o deterioro cognitivo.
3. Institucionalizado en una residencia.
4. Alteración visual y auditiva.

El envejecimiento poblacional ha provocado que aparezca un paciente quirúrgico cada vez de edad más avanzada. Se trata de pacientes geriátricos, en los que coexisten diferentes enfermedades crónicas, polifarmacia y menor reserva funcional lo que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones perioperatorios como el *delirium* (1).

Es importante identificar a tiempo a los ancianos con factores de riesgo para desarrollar *delirium*. Esto nos permitirá iniciar medidas de soporte. Desde antes del 2005 (2), es conocido que el deterioro cognitivo y el déficit sensorial (dónde se incluiría la respuesta de alteración visual y auditiva) es un factor de riesgo para la aparición de *delirium* postoperatorio (1) (4) (5). Dentro de los factores psicosociales, la institucionalización es un factor predisponente (3).

Por último, el estado funcional aumenta (3) el riesgo de *delirium* postoperatorio pero las caídas previas no se ha demostrado que sea un factor de riesgo.

(1) Martínez-Velilla, N., Bouzón, C. A., Zazpe, C. R., & Sánchez-Ostiz, R. (2012). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cirugía Española*, 90(2), 75-84.

(2) Freter, S. H., Dunbar, M. J., MacLeod, H., Morrison, M., MacKnight, C., & Rockwood, K. (2005). Predicting post-operative delirium in elective orthopaedic patients: the Delirium Elderly At-Risk (DEAR) instrument. *Age and Ageing*, 34(2), 169-171.

(3) Antón J.Manuel, Giner Santeodoro A., Villalba Lancho E. & Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2006). Delirium o síndrome confusional agudo. *Tratado de Geriatria para residentes*, 189-198.

(4) Onuma, H., Inose, H., Yoshii, T., Hirai, T., Yuasa, M., Kawabata, S., & Okawa, A. (2020). Preoperative risk factors for delirium in patients aged ≥ 75 years undergoing spinal surgery: a retrospective study. *Journal of International Medical Research*, 48(10), 0300060520961212.

(5) Noimark, D. (2009). Predicting the onset of delirium in the post-operative patient. *Age and ageing*, 38(4), 368-373.

**92. Mujer de 75 años traída a consulta por su familia porque le encuentran desde hace meses deprimida y con fallos de memoria. Les preocupa que pueda tener una enfermedad de Alzheimer. La paciente refiere que no cree que le pase nada y que está como siempre. ¿En qué orden se presentan generalmente los siguientes síntomas en la progresión de la enfermedad de Alzheimer?:**

1. Cambios de humor, síntomas conductuales, déficit cognitivo.
2. Síntomas conductuales, síntomas motores, declive de la independencia funcional.
- 3. Cambios de humor, déficit cognitivo, declive de la independencia funcional.**
4. Síntomas conductuales, cambios de humor, síntomas motores.

Pregunta sobre el curso natural de la enfermedad de Alzheimer, importante para sospechar de forma precoz la existencia de esta enfermedad tan prevalente. Con la expresión “cambios de humor”, el autor se refiere a la aparición de síntomas psiquiátricos leves en fases iniciales, que en muchos casos anteceden, o camuflan, a los fallos amnésicos típicos de la enfermedad de Alzheimer.

Autores internacionales expertos en la materia, entre los que se encuentra el psiquiatra Luis Agüera, han desarrollado el término “deterioro comportamental leve” (Mild Behavioral Impairment – MBI) como un diagnóstico que ponga sobre aviso que la aparición de esfera psiquiátrica en personas mayores sin antecedentes psiquiátricos, en muchos individuos supone la manifestación inicial del Alzheimer. Las personas con depresión tenían un riesgo relativo de más del 50% de desarrollar demencia, respecto a las que no tenían depresión al inicio. No queda claro si los síntomas depresivos en pacientes con MBI es parte de la enfermedad de Alzheimer, o si es una entidad aparte.

Respecto a los síntomas conductuales no siempre aparecen en la enfermedad de Alzheimer por eso la respuesta 1 es incorrecta. El déficit cognitivo aparece progresivamente a lo largo de los años y, posteriormente, se perciben alteraciones en la valoración funcional del paciente.

Referencias:

- Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, et al. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham heart study. *Neurology*. 2010;75(10):35–41.
- Ismail Z, Smith EE, Geda Y, Sultzer D, Brodaty H, Smith G, Agüera-Ortiz L, Sweet R, Miller D, Lyketsos CG. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimers Dement*. 2016;12:195–202.

**116. Mujer de 95 años que vive en una residencia, independiente para sus actividades básicas de la vida diaria, sale al jardín a pasear. Tiene antecedentes de HTA, dislipidemia, osteoporosis y deterioro cognitivo leve. Sufrir una caída al levantarse por la noche en el baño. La radiografía muestra una fractura subcapital desplazada de cadera derecha. ¿Cuál es el tratamiento recomendado?:**

**1. Hemiartroplastia de cadera.**

2. Fijación con clavo trocánterico.
3. Fijación con tornillos canulados.
4. Conservador: vida cama-sillón.

Caso de fractura intracapsular de fémur donde el tratamiento se elige en función del grado de desplazamiento (clasificación de Garden).

Este caso en particular, se trata de una fractura desplazada (Garden II o IV) en una paciente mayor con una buena situación basal previa a la fractura, con vida activa, donde es fundamental realizar un tratamiento que permita a la paciente conservar su funcionalidad.

Los posibles tratamientos serían la prótesis parcial de cadera o la fijación con tornillos canulados. En el caso de gente joven se intenta preservar la cabeza femoral y evitar las complicaciones a largo plazo secundarias al implante de prótesis como el desgaste, pero no sería el caso en esta paciente nonagenaria donde la respuesta correcta sería la hemiarthroplastia de cadera.

**165. Mujer de 88 años que presenta episodio de desorientación en espacio y tiempo, inquietud y alteración del nivel de conciencia fluctuante al regresar a casa tras ser dada de alta del hospital, tras un ingreso por fractura de cadera. Entre sus antecedentes destacan HTA, hipoacusia leve, deterioro cognitivo leve y osteoporosis. Antes de la fractura era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, y tras la cirugía ha iniciado la deambulaci3n con andador y las transferencias las realiza con ayuda de una persona. ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado del cuadro que presenta?**

**1. Valoraci3n del dolor y descartar una impactaci3n fecal.**

2. Iniciar haloperidol.
3. Iniciar diazepam.
4. Recomendar reposo en cama y sujeci3n mecánica para que no se autolesione.

-El enunciado describe un cuadro de s3ndrome confusional agudo en una paciente con antecedente de deterioro cognitivo leve e hipoacusia leve, ambos factores predisponentes para el delirium intrahospitalario, precipitados por el estr3s de una fractura, cirugía y hospitalizaci3n.

-Antes de iniciar tratamiento con neurolepticos o benzodiazepinas (no recomendadas en el s3ndrome confusional agudo) siempre hay que descartar una causa orgánica como pueda ser: el dolor, una retenci3n de orina o una impactaci3n fecal. Por supuesto, habr3a que evitar a toda costa la contenci3n mecánica.

**167. Uno de los siguientes componentes NO se considera clave para conseguir la eficacia de los programas de valoración geriátrica integral:**

1. Liderazgo clínico.
2. Uso de escalas e instrumentos estandarizados.
3. Plan por objetivos con trabajo en equipo interdisciplinar.
4. **Intervención intensa de forma temporal.**

Los programas de valoración geriátrica integral están formados por un equipo multidisciplinar (enfermería, trabajo social, psicología, fisioterapia, nutricionista y medicina) donde el médico tiene el papel de guiar en el manejo clínico de los pacientes.

El uso de las herramientas de escalas son fundamentales para crear un planteamiento por objetivos pero llevándolo a cabo de forma continuada en el tiempo para llegar a los resultados. Por ello, la opción 4 es incorrecta ya que no se trata de una intervención de aplicación intensa y temporal.

**163. Referente a la sarcopenia, es cierto que:**

1. Es un síndrome geriátrico que aparece exclusivamente en pacientes de edad avanzada.
2. **Se caracteriza por la pérdida de la masa y la fuerza de la musculatura esquelética.**
3. Es sinónimo de fragilidad.
4. Se trata con medicamentos que aumentan la masa muscular.

-La sarcopenia se caracteriza por la pérdida de fuerza (en primer lugar= sarcopenia probable) y la masa (en segundo lugar = sarcopenia confirmada) de la musculatura esquelética, lo cual puede condicionar bajo rendimiento físico (sarcopenia severa).

-La sarcopenia es uno de los factores de mayor impacto en la fragilidad pero no es sinónimo de ella. Sus pilares de tratamiento son el ejercicio con resistencia y una adecuada ingesta calórica y proteica.

166. Mujer de 88 años de edad que consulta por caídas frecuentes, deterioro del estado general, hiporexia e insomnio. Como antecedentes presenta deterioro cognitivo moderado, diabetes mellitus tipo 2 con última hemoglobina glicada 8%, hipertensión arterial, hipercolesterolemia con LDL 121mg/dl y enfermedad renal crónica con un filtrado glomerular de 42ml/m. En tratamiento con sulfonilureas, simvastatina, benzodiazepinas y valsartan/amlodipino. Indique la actuación más correcta:

1. Habría que intensificar el tratamiento de la diabetes para reducir la hemoglobina glicada.
2. La hipercolesterolemia está mal controlada, por lo que añadiría ezetimiba.
3. **Revisaría el tratamiento farmacológico para realizar una deprescripción priorizando fármacos imprescindibles.**
4. Aumentaría la dosis de benzodiazepinas para control del insomnio.

-En los pacientes ancianos con múltiples enfermedades crónicas coexistentes, deterioro cognitivo o funcional, se deben tener objetivos glucémicos menos estrictos (HbA1c 8%) y priorizar evitar hipoglucemias (deberíamos cambiar sulfonilurea por otro ADO).

-En paciente > 70 años, frágil con FRCV se recomienda tratamiento con estatinas de moderada intensidad (No se especifica dosis de simvastatina).

-La deprescripción es una pieza fundamental en la geriatría, debemos evitar tratamientos innecesarios que aumentan el riesgo de interacciones y efectos secundarios.

-En paciente anciano debido a alteraciones en el metabolismo se produce un efecto acumulativo de las benzodiazepinas. Debemos evitar su uso crónico, prefiriéndose el tratamiento a dosis bajas con fármacos con menor presencia de efectos secundarios.

**162. ¿Cuál de las siguientes escalas o instrumentos utilizados para valorar la condición de fragilidad en un paciente mayor se basa en el juicio clínico del observador, y es, por tanto, la más subjetiva?**

1. El fenotipo de Fried.
2. **La escala clínica de fragilidad (Clinical Frailty Scale)**
3. SPPB (short physical performance battery)
4. Timed up & go

-El fenotipo de Fried valora la fragilidad basándose tanto en parámetros subjetivos como objetivos.

-El SPPB indica el riesgo de fragilidad y caídas basándose en la valoración del equilibrio, velocidad de la marcha y velocidad de levantarse de la silla (valores objetivos)

-Time up & go valora el riesgo de caídas cronometrando el tiempo que tarda el paciente en levantarse de la silla y caminar 3 metros.

-La escala clínica de fragilidad y caídas basándose en la valoración del equilibrio, velocidad de la marcha y velocidad de levantarse de la silla (valores objetivos).