

## GERIATRÍA CASOS PRÁCTICOS

### CASO PRÁCTICO 1

Usted es geriatra en la puerta de urgencias de un hospital de tercer nivel y llega una paciente de 83 años, acompañada de su hijo y en el triaje le dicen que viene por Disnea.

Antecedentes personales. - No alergias medicamentosas conocidas. HTA de larga evolución. No DM, no dislipemia. Tiene osteoporosis y artrosis en las rodillas. Esta diagnosticada de un fallo de memoria, pero nunca le han dicho que sea una demencia.

Tratamiento habitual. - Enalapril 10 mg 1-0-0, Doxazosina 4 mg 0-0-1, Calcio y vitamina D, Betahistina 8 mg 1-1-1, Citicolina 1.000 mg cada 24 horas, Omeprazol 1-0-0, Domperidona 1-0-1, Acido Acetilsalicílico 100 mg 0-1-0, Zolpidem 10 mg 0-0-1, Clometiazol 192 mg 0-0-1, Vortioxetina 10 mg 1-0-0

#### Valoración Geriátrica

- Precisa ayuda para ducharse por precaución por la artrosis y tiene incontinencia urinaria. El resto de su autocuidado lo hace por ella misma. Maneja el teléfono, sale a comprar, cocina ella, hace las tareas domésticas incluida la lavadora, maneja su medicación y maneja finanzas. No usa medios de transporte ella sola por la artrosis y porque se líá con las líneas de autobús. Deambula autónoma.
- Tiene alteración cognitiva no valorada.
- Vive sola, ya que enviudó hace 6 años, tiene ayuda externa de 2 horas al día 5 días a la semana. Su hijo está preocupado por la ubicación de su familiar al alta, ya que percibe que no es capaz de vivir sola y él vive en la península y estaba con ella, circunstancialmente por vacaciones
- Ha perdido 7 kilos de peso en el último año, y está más delgada de lo habitual. Se queja últimamente de cansancio ante cualquier cosa que haga, solo quiere estar en el sillón. No hace nada de actividad física. Dice estar triste. En una consulta previa de geriatría tenía una velocidad de la marcha de 0.45 m/seg y una fuerza prensora en mano dominante de 11.6 kg

Enfermedad actual. - El hijo refiere que desde hace una semana está “distinta”. Ha dejado de caminar, no puede levantarse de la cama, le flojean las piernas y se cae, hay que ayudarle para todo, no quiere comer ni beber, se le han hinchado las piernas y orina menos. Está como si tuviera fiebre (no le han puesto el termómetro). Está diciendo cosas incoherentes. De forma progresiva comenzó con falta de aire que hoy ya se ha hecho muy intensa.

#### Exploración física

- Ctes TA 105/65 Tª 38.6 °C. Hipoactiva, desorientada e inatenta.
- Talla 175 cm. Peso 68 kg.
- C y C.- No adenopatías, pulsos carotídeos presentes con ingurgitación yugular de 2 cm a 45°
- Auscultación cardiaca. - Rítmico a 100 lpm con soplo sistólico III/VI en foco aórtico. Ingurgitación yugular de 3 cm a 45°
- Auscultación Pulmonar. - Murmullo vesicular disminuido con crepitantes en dos tercios inferiores de ambos hemitorax
- Abdomen. - Blando y depresible. Reflujo hepatoyugular presente.
- Extremidades. - Edemas con fovea hasta raíz de miembros. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes.
- Exploración neurológica. - Sin alteraciones relevantes.

#### Pruebas complementarias

- Bioquímica.- Glucosa 93. Urea 60. Creatinina 0.9. Na 128 K 4. Albúmina 2,7. Colesterol 115. Resto normal.
- BNP.- 5.614
- Hemograma.- Hemoglobina 13,5, Leucocitos 26.550 con 90% de neutrófilos.

## GERIATRÍA CASOS PRÁCTICOS

- Gasometría arterial basal.- pH 7.28, PO<sub>2</sub> 47, PCO<sub>2</sub> 78, Sat de O<sub>2</sub> 75%
- Orina.- Piuria y bacteriuria en el sedimento. Nitritos positivos.
- ECG.- Ritmo sinusal a 94 lpm BIRD
- RX Tórax.- Compatible con edema agudo de pulmón
- Ecocardiograma.- FEVI 65 %. Área valvular aórtica < 1 cm<sup>2</sup>, Gradiente medio de presión > 40 mmHg, velocidad del jet aórtico 4 > m/seg.
- Hemocultivos.- Staphilococo epidermidis (posible contaminación)
- Urocultivo.- Kebsiella multiresistente y solo sensible a ertapenem

1. ¿Qué juicios diagnósticos clínicos cree que tiene la paciente?
2. ¿De qué valoración geriátrica parte la paciente? Utilice las escalas que considere oportunas.
3. ¿Qué síndromes geriátricos tiene la paciente? Justifique brevemente su respuesta.
4. ¿Qué actitud terapéutica (farmacológica y no farmacológica) tomaría en relación a los diagnósticos clínicos de la paciente?
5. ¿Qué datos de mal pronóstico cree que tiene la paciente que se puedan extrapolar de la valoración geriátrica?
6. ¿Cree que la paciente tiene fragilidad? Justifique su respuesta y si es afirmativa establezca las líneas principales para intentar revertirla.
7. ¿Qué otros estudios deberían hacerse a la paciente para una correcta valoración geriátrica integral y diagnóstico completo tras la resolución del episodio agudo actual?

GERIATRÍA  
CASOS PRÁCTICOS

**CASO PRÁCTICO 2**

A su consulta de geriatría acude una paciente de 78 años remitida por caídas.

Antecedentes personales. - No alergias medicamentosas conocidas. HTA DM tipo 2. Fractura de cadera derecha hace un año que precisó colocación de prótesis parcial de cadera con buena recuperación funcional. Colectomizada por coledolitiasis. Alteración del ánimo de larga evolución.

Tratamiento habitual. - Doxazosina 4mg cada 24 horas. Zolpidem 10mg diario. Metformina 850 mg un comprimido cada 12 horas. Sertralina 50 mg cada 24horas

Valoración Geriátrica. -

- La paciente es autónoma para todas las actividades de la vida diaria, pero presenta incontinencia urinaria ocasional. Cocina con calidad, no hace la compra, pero elabora la lista con que compra su marido. Asea la casa, pone lavadora, plancha. Maneja su medicación, sus asuntos económicos y el móvil. No usa transporte público.
- Es capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda de otras personas, pero con dificultad. No usa ayudas técnicas.
- MMSE: presenta fallos en orientación y cálculo y no es capaz de copiar los pentágonos.
- GDS de Yesavage 10/15.
- Vive con su esposo. Tiene tres hijos que viven cerca.
- Fuerza prensora de mano dominante: 10,5 kg
- Es capaz de mantener el equilibrio con los pies firmes y en posición de semitándem. En tándem pierde el equilibrio y cae a los dos segundos.
- Completa andando los cuatro metros en 9 segundos.
- Test 5 levantadas de la silla: 25 seg.

Enfermedad actual. - Refiere que desde hace año y medio aproximadamente nota que tiene dificultades para subir escaleras y llevar el peso de las bolsas de la compra. Desde hace 6 meses tiene mucha dificultad para levantarse de la silla.

- Ha presentado dos caídas en los últimos 12 meses. La última ocurrió hace 3 meses en la calle. Tropezó con un pequeño resalte de acera y cayó hacia adelante. Pudo poner las manos y se fracturó el extremo distal del radio izquierdo que fue tratado de forma conservadora (es diestra). No se levantó sola.
- La otra caída ocurrió hace 6 meses. Tropezó con el bordillo de una acera y cayó. No hubo lesiones. No se levantó sola.
- Nunca ha presentado episodios de desconexión del medio. A veces presenta sensación de mareo cuando se levanta de la cama. Nunca ha presentado vértigos.
- Presenta miedo a caerse desde la caída que ocasionó la fractura de cadera. Después, ha dejado de comprar por dicho miedo. Desde la última caída sale mucho menos a la calle y si lo hace es siempre del brazo de su marido. No da paseos de forma regular. No hace ejercicio.
- La paciente presenta ánimo bajo, con sensación continua de que 'le cuesta mucho hacer cualquier cosa'. Casi siempre no tiene 'ganas de hacer nada'. No ha perdido peso. La ingesta es adecuada. Duerme bien unas 10 horas diarias con hipnótico.

Exploración física

- TA en decúbito 111/50 TA en bipedestación (2 minutos) 90/45
- C y C.- No adenopatías, pulsos carotídeos presentes sin soplos, no ingurgitación yugular
- AC.- Rítmico a 78 lpm
- AP.- Murmullo vesicular conservado

## GERIATRÍA CASOS PRÁCTICOS

- Abdomen. - Blando y depresible, no impresiona de masas ni megalias. Ruidos hidroaereos presentes y de progresión. No puntos dolorosos a la compresión ni a la descompresión.
- Extremidades. - No edemas, no signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes.
- Exploración neurológica. - Leve temblor de acción y mandibular. No rigidez en rueda dentada. Froment es negativo. No dolor ni inflamación de articulaciones. Hallux valgus bilateral. Marcha de base amplia, con mínimo arrastre de talones. Giro estable en 4 pasos. El braceo está presente.

### Pruebas complementarias

- DEXA.- Masa muscular de 4,5 Kg/m<sup>2</sup>, T-Score columna lumbar -1,8 y en cadera de -1,5SDS
- Bioquímica.- Calcio: 9,0 con albúmina de 4,0, resto anodino
- Vitamina D.- 9 ng/mL
- PTH.- 119
- RMN cerebral.- Atrofia corticosubcortical. Lesiones isquémicas de pequeño vaso

1. ¿Qué factores de riesgo de caídas cree usted que presenta nuestra paciente?
2. La paciente parece presentar alteración del equilibrio. ¿Qué haría usted para valorar más en profundidad el equilibrio?
3. Hable brevemente del Síndrome de Temor a Caer que presenta la paciente. Diagnóstico, factores de riesgo, abordaje.
4. ¿Qué intervenciones no farmacológicas haría para prevenir las caídas en personas mayores?
5. ¿Haría algún cambio en el tratamiento farmacológico de la paciente?

## GERIATRÍA CASOS PRÁCTICOS

### **CASO PRÁCTICO 3**

Acude a la reunión semanal del Comité de tumores urológicos de su hospital.

Uno de los urólogos integrantes del Comité comenta el caso de un paciente varón de 78 años con Antecedentes Personales de Hipertensión arterial, Insuficiencia Aórtica leve, Dislipemia, ex fumador hace 5 años (20 paquetes/año), criterios clínicos de EPOC. No hábito enólico. No alergias conocidas

Intervenido de varices en Miembro Inferior Derecho y hernia inguinal derecha

En su historia oncológica se destaca antecedente de adenocarcinoma de próstata intervenido (Prostatectomía Radical) en enero 2012 (PSA de 6,6 ng/mL), Gleason 7 : 4+3, en seguimiento en Consulta Externa de Urología. El paciente recibió radioterapia de octubre 2017 a febrero 2018, por recidiva bioquímica.

Actualmente consulta por clínica de cefalea y desorientación temporal

#### Tratamiento actual:

-Valsartan 80 mg/24h

-Doxazosina 4mg/24h

-Acido acetilsalicílico 100 mg/24h

-Diazepam 5 mg por la noche y 2, 5 mg por el día si precisa por ansiedad.

#### Exploración física:

Consciente y desorientado en el tiempo, no en espacio ni persona. Comprende adecuadamente, se expresa normalmente y preserva funciones corticales superiores.

TA 132/56, FC: 76 lpm, Temp: 36,2ª, FR: 14 rpm

AC: Tonos Rítmicos sin soplos

AP: Murmullo vesicular conservado

Abdomen : sin alteraciones, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos normales.

EE: Leves edemas pretibiales y maleolares bilaterales . No signos de TVP.

NRL: Pupilas isométricas y normoreactivas . Pares craneales normales. Sin focalidad neurológica en miembros.

#### Pruebas complementarias:

##### 1.- Analítica:

Hb: 9,2 g/dL VCM : 88 fL , HCM:Leucos: 5.300 x 10<sup>3</sup>/mcL con fórmula normal, Plaquetas: 232.000 x 10<sup>3</sup>/mcL, Na: 136 mEq/L , K: 3,8 mEq/L. FG 54 mil / min, GOT: 18 mcg/dL, GPT: 20 mcg/dL, Col Total: 160 mg / dL , Proteínas totales de 5,8 g / dL, Albumina: 3,2 g / dL , Calcio: 8,9, Hierro: 87 mcg/dL, Ferritina : 54 ng/mL, Vitamina B12: 264 pg/mL, Folato: 3,80 ng/mL Vitamina D 9 ng/mL, Vit B12 : pg/mL, TSH: 1,23 mU/mL, PSA 5,8 ng/mL

2.- RM cerebral: lesión frontal derecha compatible con metástasis.

3.- PET-TC Colina: sin evidencia de enfermedad.

Propuesta desde el Comité:

El urólogo y resto de integrantes del comité proponen abordaje quirúrgico de la lesión frontal con RT y bloqueo hormonal. Se decide realización previa de valoración por Geriátrica para toma de decisiones final

### **1.-Valoración Geriátrica Integral**

#### **FUNCIONAL**

Paciente independiente para actividades de aseo e higiene personales, deambulación y transferencias sin ayuda, aunque utiliza bastón en exteriores e incontinencia urinaria frecuente.

Presenta alto riesgo de caídas con un Índice Downton: 3/5

Caídas : 1 en últimos 6 meses, sin lesiones.

## GERIATRÍA CASOS PRÁCTICOS

### COGNITIVO

Confunde la fecha del mes y de la semana, pero está orientado en espacio y persona. No presenta más fallos cognitivos .

Global Deterioration Scale GDS 1 / 7

Alteraciones conductuales: NO presenta

### EMOCIONAL

Ansiedad: ocasional, aunque mejor desde que toma Diazepam.

Depresión: Se encuentra triste y llora con frecuencia. Apático y sale poco de casa. Se encuentra más solo que la gente de su misma edad. No entiende la vida sin su esposa.

Insomnio: sí de conciliación y de mantenimiento.

### SENSORIAL

Visual: déficit visual leve. Usa lentes

Auditivo: NO déficit auditivo

### SOCIAL

Taxista jubilado

Viudo hace 14 meses. Vive solo

Hijos : 2 que viven en misma ciudad, le llaman a diario desde el fallecimiento de su esposa y le visitan el fin de semana con frecuencia.

### NUTRICIONAL

Dieta: libre, que él mismo prepara.

Dentadura: adecuado ajuste de prótesis dentaria superior e inferior

Disfagia orofaríngea : NO

MNA-SF - Mini Nutritional Assessment- Short Form: 10/12

Estreñimiento: ocasional, que resuelve con dieta

### **2.- Valoración sarcopenia:**

\* FPP: fuerza de presión palmar en mano dominante (Dinamometría): 19,3 Kg

\* Masa muscular:

    Perímetro de Pantorrilla : 38,5 cm

    BIA (Bioimpedanciometría) : 6,5 Kg/m<sup>2</sup>

\* Velocidad de la marcha en 4 m: 3, 60 seg. Velocidad: 1,11 m/s

### **3.- Polifarmacia:** toma 5 fármacos

El día de la valoración se indica deprescripción del Diazepam

### **4.- SPPB:** Short Physical Performance Battery

SPPB Equilibrio: 2,5 s en tándem : 2 de 4 puntos

SPPB Velocidad marcha : 3,6 s : 4 de 4 puntos

SPPB Silla: 13,67 s : 3 de 4 puntos

SPPB TOTAL: 9/12

### **5.- Multimorbilidad:** Índice de Charlson : 8 ( + 3, corregido por la edad)

### **6.- Índice de fragilidad (Rockwood):** 0,11

### **7.-Voluntades del paciente:**

    Conocimiento de la enfermedad: Sí, completo

    Voluntades Anticipadas: Lo que más le preocupa no es la evolución de su enfermedad, sino la soledad. No obstante, desearía ser tratado con la mayor intensidad posible, mientras se encuentre bien.

GERIATRÍA  
CASOS PRÁCTICOS

4.DECISIÓN TOMADA EN EL COMITÉ TRAS VALORACIÓN PÒR GERIATRÍA:

Se indica tratamiento activo propuesto inicialmente por Urología y Oncología, pero previamente precisa pre-habilitación para terapia oncoespecífica con Neurocirugía y bloqueo androgénico.

1. ¿Qué juicios diagnósticos clínicos cree que tiene el paciente?
2. ¿De qué valoración geriátrica parte el paciente? Utilice las escalas que considere oportunas.
3. ¿Qué síndromes geriátricos tiene el paciente? Justifique brevemente su respuesta.
4. ¿Qué factores y con qué importancia debería de tener en cuenta para la toma de decisiones en este paciente oncológico?
5. ¿Qué actitud pre-habilitadora (farmacológica y no farmacológica) tomaría en relación al diagnóstico situacional del paciente?
6. ¿Qué datos de mal pronóstico cree que tiene la paciente que se puedan extrapolar de la valoración geriátrica?
7. ¿Cree que es relevante su grado de fragilidad? Justifique su respuesta y si es afirmativa establezca las líneas principales para intentar revertirla.
8. En este caso clínico, no se han realizado test de screening tipo G-8 o VES-13. ¿Cree que hubiera sido mejor si urólogo / oncólogo lo hubieran realizado? Indique cuándo sería conveniente una nueva valoración geriátrica integral tras el tratamiento.