

# CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN FEA PSIQUIATRÍA ESTABILIZACIÓN

CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS TIPO TEST

Fecha: 17 de junio de 2023



## CASO CLÍNICO 1

Paciente de 39 años, varón, natural de Navarra, separado y padre de dos hijos. Tiene antecedentes de consumo de cannabis desde los 20 años. Mantiene contacto estrecho con un hermano y ocasional con sus hijos. Trabaja en la fábrica VW de operario. Tiene una escasa red social. Sin antecedentes médicos de interés. Familiar de primer grado diagnosticado de psicosis.

Es un paciente sin historia en el CSM. En la anamnesis se recoge que, cuatro meses antes de la visita en el CSM, precisó un ingreso en el Servicio de Psiquiatría durante tres semanas, por una clínica que llevaba tres meses de evolución, caracterizada por sintomatología delirante y alucinatoria (fundamentalmente en forma de voces insultantes e imperativas de diversos contenidos) y una gran desorganización conductual, que remitió tras el ingreso y el tratamiento con Risperidona 4mg/24h, Biperideno 4mg día y Lormetazepam 2mg al acostarse. Refería que, en el último año, había incrementado el consumo de cannabis, pasando a consumir de un porro a la semana a tres porros de cannabis al día. Tras el alta hospitalaria se ha mantenido estable, con buena adherencia al tratamiento y ha vuelto a su funcionamiento habitual.

**1) ¿Cuáles serían sus diagnósticos en CIE 10 o DSM 5? Señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Esquizofrenia y Consumo perjudicial de cannabis en CIE 10.
- b) Esquizofrenia y Trastorno por consumo de cannabis en DSM 5.
- c) Trastorno psicótico agudo y Consumo perjudicial de cannabis en CIE 10.
- d) Trastorno esquizofreniforme y Trastorno por consumo de cannabis en DSM 5.

Ud. revisa el historial un año después cuando vuelve a la consulta y objetiva que, durante el último año, ha tenido una recaída, con un episodio de marcada conducta desorganizada y apatía y abulia durante más de un mes, sin que se haya recuperado en los últimos seis meses. El paciente ha seguido consumiendo importantes cantidades de cannabis a diario; no está motivado para dejar el consumo ya que cree que le relaja. Le han puesto recientemente una multa por un test positivo por cannabis en un control de tráfico.

**2) ¿Cuáles serían ahora sus diagnósticos en CIE 10 o DSM 5? Señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Esquizofrenia y Consumo perjudicial de cannabis en CIE 10.
- b) Esquizofrenia y Trastorno por consumo de cannabis en DSM 5.
- c) Trastorno psicótico agudo y Consumo perjudicial de cannabis en CIE 10.
- d) Trastorno esquizofreniforme y Trastorno por consumo de cannabis en DSM 5.

A los seis meses de la revisión anterior, el paciente acude voluntariamente sin estar citado, refiriendo un cuadro de tristeza y desánimo intensos sin otros síntomas concomitantes desde hace una semana y sin desencadenantes aparentes. Durante este periodo, ha dejado el consumo de cannabis tras insistencia de un familiar. Dado el cuadro clínico, Ud. le asocia medicación antidepresiva (Sertralina 100mg/24h) al tratamiento antipsicótico que está tomando. Lo cita una semana después y cuando le ve, de nuevo el cuadro afectivo ha desaparecido, persistiendo su cuadro previo.

**3) ¿Cuál sería ahora su diagnóstico en DSM 5? Señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Esquizofrenia y Trastorno depresivo no especificado.
- b) Trastorno esquizoafectivo.
- c) Esquizofrenia indiferenciada.
- d) Trastorno depresivo no especificado.

Al año siguiente, el paciente se ha mantenido adherente al tratamiento antipsicótico oral pero no ha aceptado medicación antipsicótica mensual. Ha tenido que ir al MAP por mareos y en el ECG han salido resultados dudosos, por lo que le ha derivado al cardiólogo.

**4) ¿Qué alteración electrocardiográfica de las siguientes, posiblemente secundaria al tratamiento con antipsicóticos, NO es correcta?:**

- a) Los antipsicóticos pueden producir una depresión del intervalo ST.
- b) Los antipsicóticos pueden producir una prolongación del intervalo PR.
- c) Los antipsicóticos pueden producir un aplanamiento de la onda T.
- d) Los antipsicóticos pueden producir un acortamiento del intervalo QTc.

Acude de nuevo al año siguiente y se queja de la presencia de “tics” en cuello y brazos. En la exploración, Ud. observa movimientos coreo-atetósicos de intensidad y repercusión en el funcionamiento moderados.

**5) Si no puede suspenderse el tratamiento antipsicótico por la gravedad de su enfermedad, ¿qué tratamiento indicaría ante la sospecha de la presencia de una disquinesia tardía?:**

- a) Lorazepam (2-10 mg/día).
- b) Vitamina E (400-1600 UI/día).
- c) Tetrabenazina (2-12 mg/día).
- d) Bromocriptina (200-300 mg/día).

Meses después, estando Ud. de guardia en el HUN, el paciente es traído al Servicio de Urgencias por la UVI móvil. A su llegada, el paciente no colabora en la exploración; lo encontramos tumbado en la camilla con escasa reactividad, presenta una mirada perdida y por momentos con perplejidad, un discurso hipofónico y disgregado y en algún momento se le entiende alguna alusión a su padre. Su psicomotricidad está muy enlentecida y presenta en algunos momentos síntomas catatónicos marcados (mantenimiento de posturas y oposicionismo), aunque obedece órdenes sencillas. Durante la exploración, se observa que el cuadro es fluctuante y en algunos momentos el paciente presenta una agitación psicomotriz intensa. Consta en la HCl que abandonó las consultas y el tratamiento que llevaba con Aripiprazol 400mg im/mensual hace seis meses. El resultado de los exámenes de Urgencias es el siguiente: hematimetría es normal, uroanálisis negativos a tóxicos y el TAC es normal.

**6) ¿Cuál es su indicación para el tratamiento del episodio actual de este paciente?:**

- a) Indicar contención mecánica y pauta de agitación (haloperidol 5mg + clorazepato 40mg).
- b) Reanudar el tratamiento con aripiprazol mediante inducción im (2 amp) para pasar posteriormente a forma depot.
- c) Lorazepam 2mg intravenoso/8h.
- d) Administración de Zuclopentixol (50 mg) im (acufase).

En los tres años posteriores, el paciente ha tenido dos nuevos ingresos por descompensación psicopatológica (reagudización de sintomatología delirante y alucinatoria) y se ha mantenido de baja laboral debido a la persistencia de marcada sintomatología deficitaria.

**PREGUNTA 1 DE RESERVA): ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es correcta respecto de la esquizofrenia resistente?:**

- a) Se da con una prevalencia aproximada del 30% de los casos.
- b) El paciente debe haber sido tratado con dos o más antipsicóticos, con una adecuada toma de la medicación.
- c) Las dosis de los dos tratamientos antipsicóticos previos deben haber sido de 300 mg. de clorpromazina al día (dosis equivalentes).
- d) La duración de los dos tratamientos antipsicóticos debe haber sido igual o superior a 12 semanas.

## **CASO CLÍNICO 2**

Varón de 73 años de edad, viudo desde hace diez años. Vive solo. Tiene dos hijos con los que no tiene relación, que viven en otra localidad. Trabajó en empresa de automoción, jubilado a los 65 años. Buen nivel de autonomía. Bien integrado en el pueblo en el que reside. Suele salir cada día a pasear y a tomar algo al bar con los amigos. Aficionado a la caza.

### **Antecedentes médicos:**

Infarto agudo de miocardio en 2012. Fibrilación auricular crónica. Hipercolesterolemia. Lumbalgia. Fibromialgia.

### **Antecedentes psiquiátricos:**

A los 65 años de edad fue diagnosticado por el médico de Atención Primaria de Trastorno de Adaptación (código CIE 10: F43.2). No tenía antecedentes psiquiátricos previos. Presentaba síntomas depresivos de tres meses de duración consistentes en tristeza con polaridad matutina, hiporexia con pérdida de cinco kg de peso, insomnio de conciliación y despertar precoz, ansiedad, apatía, anergia, anhedonia parcial e ideas de muerte. Se atribuyó el cuadro al cambio personal por la viudedad dos años antes y la reciente jubilación. Fue tratado con escitalopram 10 mg, con buena respuesta y remisión clínica. Tomó tratamiento seis meses hasta que se suspendió.

A los 70 años fue tratado de nuevo por el médico de Atención Primaria por síntomas ansioso-depresivos secundarios a preocupaciones médicas y dolor crónico. Decía estar convencido de padecer una demencia o algún tipo de enfermedad incurable. Se quejaba de dolores generalizados y de localización lumbar, que se habían agravado desde la jubilación, sin respuesta a analgesia. El diagnóstico fue de Trastorno Hipocondríaco (código CIE 10: F 45.2). Se volvió a pautar escitalopram 10 mg, la evolución fue favorable y en esta ocasión se mantuvo el tratamiento, que ha seguido tomando desde entonces.

### **Tratamiento actual**

Escitalopram 10 mg/día. Ribaroxaban 20 mg/día. Atorvastatina 40 mg/día, Pregabalina 75 mg/día

### **Estado Actual**

Acude a Urgencias tras intento autolítico mediante sobreingesta farmacológica de 40 cp. de escitalopram. Tras pasar la noche en observación, se solicita valoración psiquiátrica. No tiene acompañante. Refiere que se siente triste y sin ganas de hacer nada desde hace meses. Se queja de lumbalgia y dolores musculares que le generan mucho sufrimiento y le impiden llevar una vida normal. Ha dejado de salir con los amigos y pasa el día en casa, la mayor parte del tiempo solo, a veces incluso pasa el día en la cama. Ha descuidado la alimentación, no tiene apetito y ha perdido varios Kg de peso. No duerme bien por las noches, se despierta de madrugada y luego no puede volver a conciliar el sueño. Se queja de mareos y dolor de cabeza. Le cuesta concentrarse en ninguna tarea. Está convencido de que tiene una demencia porque se le olvidan las cosas y no se puede concentrar.

Dice que le gustaría morirse, aunque se arrepiente de haber tomado las pastillas y asegura que no lo va a volver a intentar, porque en cualquier caso está convencido de que va a morir pronto. Cree que tiene una enfermedad incurable y que el cuerpo no le funciona bien, no sabe decir por qué lo piensa. En Urgencias no muestra interés en la valoración y pide marcharse a casa.

**7) En base a los datos recogidos en la historia y de acuerdo con los criterios diagnósticos CIE-10, ¿cuál es el diagnóstico?:**

- a) Trastorno Hipocondríaco.
- b) Trastorno de Somatización.
- c) Episodio Depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- d) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

**8) Tras la valoración en Urgencias, la decisión que tomaría respecto al manejo del paciente sería:**

- a) Alta y seguimiento ambulatorio en Salud Mental, ya que hace crítica del intento autolítico y solicita marcharse.
- b) Alta y derivación a Hospital de Día Psicogeriátrico.
- c) Ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- d) Estancia en observación para ser reevaluado al día siguiente.

**9) Respecto al tratamiento, ¿cuál cree que sería la opción inicial más indicada?:**

- a) Aumentar la dosis de escitalopram y añadir quetiapina.
- b) Sustituir el escitalopram por una combinación de sertralina y quetiapina.
- c) Sustituir el escitalopram por vortioxetina.
- d) Sustituir el escitalopram por clomipramina y risperidona.

**10) En caso de ausencia de respuesta al tratamiento, con agravamiento de la sintomatología, empeoramiento del estado físico, pérdida de peso y aumento de las ideas suicidas, señale la opción CORRECTA:**

- a) Es necesario esperar de 6 a 8 semanas antes de plantearse un cambio de estrategia terapéutica.
- b) Estaría indicado añadir litio.
- c) El TEC sería la opción más indicada en este caso.
- d) Habría que replantearse el diagnóstico.



**11) Al tratarse de un paciente con síntomas depresivos y quejas cognitivas, ¿cuál de los siguientes instrumentos de evaluación cognitiva utilizaría, por estar validado en depresión e incluir pruebas objetivas?:**

- a) PDQ-20.
- b) Escala de Hamilton para la depresión.
- c) Escala de depresión de Montgomery – Asberg.
- d) SCIP-S.

**12) ¿Cuál sería la mejor opción respecto al tratamiento de mantenimiento una vez resuelto el episodio?:**

- a) Habría que mantener tratamiento antidepresivo y antipsicótico de manera indefinida.
- b) En ningún caso estaría indicado combinar el tratamiento farmacológico con psicoterapia.
- c) Habría que mantener el tratamiento antidepresivo de manera indefinida y valorar la suspensión del antipsicótico.
- d) En caso de ausencia de recaída, estaría indicado suspender el tratamiento antidepresivo y antipsicótico a los dos años del episodio.

**PREGUNTA DE 2 DE RESERVA: ¿Cuál de las siguientes pruebas médicas solicitaría en un primer momento?:**

- a) ECG y Analítica sanguínea que incluyera función tiroidea, ácido fólico y vitamina B12.
- b) Electroencefalograma.
- c) Ecocardiograma.
- d) No sería necesario pedir ninguna prueba, ya que se puede establecer el diagnóstico en base a la entrevista y los antecedentes.

### CASO CLÍNICO 3

Adolescente de 16 años de edad que acude a consulta por haber presentado durante las últimas semanas varios episodios de crisis de angustia (“ataques de pánico”). Estos episodios han aparecido coincidiendo con la temporada de exámenes de fin de curso (1º de Bachillerato).

La paciente refiere que siempre le ha costado rendir en el estudio y que ha necesitado estudiar más horas que sus compañeros de clase: “me ha pasado desde que era pequeña”. Desde que pasó a la ESO, ha requerido del apoyo y supervisión de su madre en el estudio, pero decidió que, al pasar a Bachillerato, debía estudiar sin el apoyo de su madre. Le cuesta mucho organizarse y aunque siempre ha sido muy trabajadora, siente que es poco eficaz en el estudio: “paso muchas horas, pero me distraigo mucho”. El verano pasado hizo un curso de técnicas de estudio, pero no le ayudó mucho. No le gusta la lectura, aunque no tiene problemas para comprender lo que lee: “muchas veces tengo que volver a leer lo que acabo de leer, porque es como si no me acordara de nada”.

Su madre la comprende bien porque una hermana suya, (tía de la paciente), era igual: “le costaba mucho concentrarse durante la ESO y Bachillerato, pero luego hizo con facilidad un Grado Universitario de Física”. Su madre ha tenido también alguna crisis de angustia ocasionalmente y tiene además un temor exagerado a entrar en un ascensor (vive en un 6º piso, pero sube siempre andando).

Un hermano de la paciente, de 10 años, ha sido recientemente atendido en consulta por comportamientos disruptivos y tics motores simples. La hermana pequeña, de 7 años, ha sido recientemente operada de una cardiopatía congénita (comunicación intraventricular).

La madre de la paciente refiere que el embarazo lo toleró bien durante los dos primeros trimestres, pero cuando estaba de 36 semanas rompió aguas y fue al hospital. Allí le dijeron que debía quedarse ingresada ya que había riesgo de infección intrauterina si no daba a luz en las siguientes 24 horas. Fue un parto duro, que acabó en cesárea de urgencia por riesgo de sufrimiento fetal. Tuvo un peso de 2.200 g y una longitud de 46 cm. Neurodesarrollo normal.

**13) ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos podríamos obviar en el diagnóstico diferencial del caso descrito?:**

- a) TDAH.
- b) Trastorno de ansiedad.
- c) Trastorno específico del aprendizaje.
- d) Episodio depresivo mayor.

**14) Una posterior entrevista con los padres aporta nueva información acerca de las dificultades que muestra la paciente. Cuando estudia, tiende a memorizar los textos, siendo sin embargo capaz de responder con acierto cuando le preguntan datos concretos acerca de lo que ha estudiado. La paciente, en una nueva entrevista individual, refiere que desde su paso al Instituto siempre le ha costado mucho más aprobar los exámenes escritos de Lengua, Historia y Filosofía que las asignaturas “donde no tengo que enrollarme escribiendo” como Matemáticas o Química.**

**Con esta nueva información disponible, ¿qué trastorno comórbido descartaría en primer lugar?:**

- a) No se trata de ningún cuadro comórbido sino de la expresión de las dificultades atencionales relacionadas con una baja memoria de trabajo.
- b) Trastorno de la expresión del lenguaje.
- c) Trastorno de la escritura.
- d) Síntomas premórbidos (trastornos formales del pensamiento) de un posible cuadro psicótico en evolución.

**15) Si el caso clínico descrito inicialmente se correspondiera con un TDAH que asocia otros trastornos comórbidos y teniendo en cuenta los antecedentes familiares de la paciente, ¿cuál de las siguientes respuestas considera INCORRECTA en relación a las estrategias farmacológicas que consideraría utilizar?:**

- a) Lisdexanfetamina.
- b) Metilfenidato.
- c) Atomoxetina.
- d) No utilizaría ni Lisdexanfetamina ni Metilfenidato.

**16) Finalmente, se considera que la repercusión de las dificultades atencionales está siendo más importante que los síntomas de ansiedad que la paciente presenta actualmente. En este escenario, usted decide iniciar tratamiento farmacológico para el TDAH atencional que presenta la paciente. En relación a este abordaje farmacológico, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) Antes de iniciar este abordaje farmacológico, es importante contar con una valoración de la capacidad cognitiva, mediante un test que valore su capacidad intelectual.
- b) Indicaría medicación estimulante (metilfenidato de liberación osmótica: concerta), para TDAH.
- c) Iniciaría tratamiento con atomoxetina, ya que asocia síntomas de ansiedad.
- d) Antes de iniciar tratamiento farmacológico para TDAH, solicitaría valoración cardiológica por parte de su cardiólogo.

**17) La paciente no ha respondido satisfactoriamente a la medicación estimulante utilizada (metilfenidato de liberación osmótica: concerta), tras dos semanas con una dosis mantenida de 45 mg. en el desayuno. Presenta, como efecto secundario principal, hiporexia en comida, que mejora en la cena. ¿Cuál de las siguientes opciones es CORRECTA?:**

- a) Dada la falta de respuesta al primer fármaco estimulante, cambiaría al otro estimulante: lisdexanfetamina.
- b) Si no ha respondido al fármaco estimulante, cambiaría hacia un fármaco no estimulante (atomoxetina).
- c) Asociaría al metilfenidato de liberación osmótica, atomoxetina a dosis progresivas.
- d) Incrementaría la dosis de metilfenidato de liberación osmótica.

**18) La paciente ha mejorado claramente de sus dificultades atencionales tras utilizar lisdexanfetamina (Elvanse-70 mg.: uno en el desayuno). No obstante, en la evolución y a pesar de añadir intervención de psicoterapia cognitiva, persisten crisis de ansiedad que han aumentado además su frecuencia. Usted decide asociar tratamiento con un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), para mejorar la sintomatología de ansiedad. En relación al tratamiento asociado con ISRS, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:**

- a) La fluoxetina inhibe la enzima CYP2D6 (enzima que participa en la metabolización de lisdexanfetamina), por lo que dicha combinación podría aumentar los niveles de lisdexanfetamina.
- b) Dados los antecedentes cardiológicos familiares, hubiera sido preferible combinar un no estimulante (atomoxetina) con escitalopram.
- c) No existe interacción de lisdexanfetamina con guanfacina de liberación prolongada.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

**PREGUNTA 3 DE RESERVA): En relación a la normativa jurídica de la Comunidad Foral de Navarra que regula la respuesta educativa al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos de aprendizaje y Trastornos por Déficit de Atención/Hiperactividad, señale la respuesta CORRECTA:**

- a) No se aplica a los estudios de Bachillerato, ya que el Bachillerato no es Educación Obligatoria.
- b) La normativa jurídica que regula dicha respuesta educativa es el Decreto Foral 54/2012.
- c) No se aplica a los estudios de Formación Profesional de Ciclo Medio.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

