

PC-006**Curioso caso de disociación clínico-analítico-radiológica**

F.J. Balea Fernández, J. Alonso Ramírez, R. Paz Maya, S. Alfonso Gómez, N. Herrera Fernández, D. Cabezas Jaén

Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción y métodos: Se trata de un paciente varón de 74 años con factores de riesgo cardiovascular que sufre dificultad respiratoria repentina, con saturación de oxígeno menor al 50%, seguida de sudoración profusa. Presenta, como clínica principal, taquipnea y taquicardia. Entre sus antecedentes destacan hábitos tóxicos: fumador y bebedor importante, HTA, HBP, miocardiopatía dilatada y bocio multinodular con extensión endotorácica mediastínica, y su tratamiento habitual es atorvastatina 40 mg, calcio carbonato 2.500 mg, carvedilol 25 mg, dutasterida 0,5 mg, tamulosina 0,4 mg, furosemida 40 mg, omeprazol 20 mg, paracetamol 1.000 mg y valsartán 80 mg.

Resultados: Con la presentación del caso y la anamnesis, el caso está enfocado a un TEP. Con la primera prueba diagnóstica (Rx tórax) se amplía las hipótesis a neumonía adquirida en la comunidad (consolidación neumónica perihilial derecha) o masa tumoral. El electrocardiograma no ayuda a la orientación diagnóstica, y la analítica junto a la gasometría arterial orientan a insuficiencia cardíaca (derecha) y destaca la retención de carbónico, respectivamente. Se calcula índice de escala Wells, obteniéndose el resultado de 1,5 (riesgo bajo para TEP).

Se prescribió tratamiento antibiótico, anticoagulante, diurético y BIPAP con buena evolución clínica-analítica.

Conclusiones: En el caso presentado existe una evidente disociación entre la clínica (orientada a TEP, no hace sospechar una NAC: no fiebre ni tos ni expectoración), prueba radiológica (orientada a neumonía, masa o edema secundario a IC) y analítica (baja sospecha de NAC: no leucocitosis, PCR baja). Ingresó en el servicio de Medicina Interna, que le dio el alta 5 días después con el diagnóstico de infección respiratoria complicada con IC. En conjunto, el diagnóstico final fue de insuficiencia cardiaca y neumonía: mejoría de la clínica con tratamiento depleutivo más antibiótico.

El paciente no desea abandonar el consumo enólico. Se considera candidato únicamente a tratamiento médico y se conecta con su equipo de atención primaria.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.152>

PC-007**Relación entre caídas y consecuencias en ancianos institucionalizados antes y después de una intervención de reducción de restricciones físicas y farmacológicas**

D. Curto, I. Prieto, C. García Alonso, P. Alcalá Manchado, E. Aullo Chávez, S. Bercial Vélez, M. Sáez Pomares

Sanitas Mayores, Madrid, España

Objetivos: Este estudio trata de evaluar si con un programa de reducción de restricciones físicas y farmacológicas es posible lograr una reducción en el número de caídas y sus consecuencias.

Métodos: Una intervención en la residencia Sanitas Alcorcón muestra que después de capacitar al personal, las restricciones físicas se eliminaron en comparación con el año pasado, donde el 60% de los residentes tenían una restricción física. Los prin-



cipales estudios de variables fueron: caídas y prescripciones de medicación psicotrópica.

Resultados: Está demostrado que la eliminación de las restricciones físicas no causa un aumento en el número de caídas; también muestra una mejora positiva en sus consecuencias.

Asimismo, se demuestra que no ha sido necesario aumentar la prescripción de medicación psicotrópica.

Antes del programa de eliminación de sujeciones:

- Evaluación en una residencia de 140 usuarios.
- Restricciones nocturnas: 34.
- Restricciones de silla: 50.
- Caídas: 131.
- Consecuencias, fracturas o heridas: 15.

Después del programa de eliminación de sujeciones:

- Evaluación en una residencia de 140 usuarios, durante un año.
- Restricciones nocturnas: 2.
- Restricciones de silla: 5.
- Caídas: 128.
- Consecuencias, fracturas o heridas: 10.

Conclusiones: Se verifica que la eliminación de las restricciones físicas no tiene un impacto negativo en las caídas, mejorando ciertos aspectos del bienestar y los cambios de comportamiento.

Es evidente que este programa debe complementarse con la retirada de las restricciones farmacológicas y el uso adecuado de psicofármacos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.153>

PC-008**Tumoración en epiplón mayor en una paciente anciana**

C. Pedro Monfort, M. Alonso Seco, L.A. Porta González, E. García Tercero, V. Landaluce Pelligrá, J.O. Casanova Lanchipa

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Presentación: Mujer de 83 años que acude a urgencias por vómitos y dolor en FII de una semana de evolución. Heces de características normales, sin cambios en el ritmo intestinal. Defensa a la palpación en FII. Se realiza TAC de abdomen por sospecha de diverticulitis, donde se observa masa heterogénea anterior al colon ascendente distal con alteración de la grasa perilesional en relación con cambios inflamatorios.

La paciente ingresa en cirugía ante la sospecha de neoplasia. Tras realizar estudio de extensión, se realiza exéresis de tumoración en epiplón mayor.

En el estudio de la pieza quirúrgica se observan granulomas necrosantes y presencia de micobacterias.

Exploraciones complementarias: analítica, TAC toraco-abdomino-pélvico, colonoscopia, AP.

Diagnóstico: Tuberculosis peritoneal.

Evolución: Tras la intervención quirúrgica la paciente presenta buena evolución. Posteriormente, en consultas externas, se inicia tratamiento antituberculoso: 2 meses con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, tras los cuales continuará únicamente con isoniazida y rifampicina 4 meses más, completándose 6 meses en total.

Actualmente la paciente se encuentra en su cuarto mes de tratamiento, con evolución favorable y sin presentar nuevos episodios de dolor abdominal.