

Ingresa por fiebre y disnea en relación a derrame pericárdico con signos de taponamiento demostrados ecográficamente y derrame pleural izquierdo. ECG: alternancia eléctrica con alteraciones en la repolarización. Valorado por cardiología, se realiza cardiocentesis de 2.100 cc y toracocentesis (400 cc). El estudio de ambos líquidos, junto con las pruebas complementarias, descartó causas infecciosas y tumorales.

Se instaura tratamiento con AAS y colchicina, con disminución en días de ambos derrames.

Dado el antecedente de SCASEST la semana previa, se ha asociado el derrame al mismo, el denominado síndrome de Dressler.

Caso clínico 2: derrame pericárdico por hipertiroidismo. Varón, 82 años, EPOC, FA no ACO por sangrado de úlceras gástricas, al que se le descubre derrame pericárdico e hipertiroidismo antes no filiado que de forma voluntaria suspende antitiroideos.

Impresiona que en control ambulatorio (antes de suspensión antitiroideos) presentaba mejoría de la fatiga y el derrame se redujo.

Ingresa un mes después por anorexia y diarrea secundaria a fármacos.

En pruebas complementarias: anemia, hipoglucemia, aumento de parámetros inflamatorios, TSH prácticamente indetectable y hormonas tiroideas elevadas con anticuerpos negativos. Se realiza ecocordio, en el que se evidencia recidiva del derrame pericárdico.

Se instaura nutrición parenteral, sueros y reintroducción tratamiento antitiroideo. El TC toracoabdominopéptico descarta la presencia tumoral y se observa resolución completa del derrame pericárdico coincidiendo con normalización de hormonas tiroideas, por lo que se interpreta secundario al hipertiroidismo.

Conclusiones: A pesar de que la causa más frecuente de derrame pericárdico sea infecciosa por virus, no debemos descartar otras entidades menos comunes.

El síndrome de Dressler es un tipo de pericarditis de posible base autoinmune que puede asociarse a derrame pleural y ocurre como complicación de un IAM en el 1%.

Asimismo está el hipertiroidismo; aunque sea una causa muy rara de derrame, mucho más que el hipotiroidismo, hay casos corroborados que responden a tratamiento antitiroideo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.184>

PC-039

Isquemia crónica de la arteria mesentérica superior en una mujer anciana

S.L. Muñoz Yépez, S. González Chávez, J. Vázquez Grande, M.A. García Alhambra, F.J. Ortiz Alonso, J.A. Serra Rexach, V. Romero Estarlich

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de la isquemia mesentérica crónica en la población anciana y su tratamiento. A propósito de un caso.

Caso clínico: Mujer de 79 años con dolor abdominal inespecífico, localizado en mesogastrio y epigastrio y no irradiado, inmediato a la ingesta, de 20 min de duración, que no mejora con medidas posturales ni modificaciones dietéticas. Además, miedo a comer y pérdida de 8 kg en los últimos 4 meses.

La paciente era independiente para todas las actividades de la vida diaria y para las instrumentales. No deterioro cognitivo. En los antecedentes médicos destacaban: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Las pruebas complementarias iniciales fueron normales (analítica de sangre, ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta). En la angio-TAC abdominal se objetivó estenosis de la arteria mesentérica superior, sin datos de isquemia

aguda, con arteria mesentérica inferior permeable. En la arteriografía se encontró estenosis severa del origen del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Se realizó entonces angioplastia y colocación de dos stents no recubiertos en las zonas de estenosis descritas.

La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta hospitalaria a las 48 h. A los 5 años de seguimiento ambulatorio, la paciente continuaba asintomática.

Discusión: La estenosis de la arteria mesentérica superior de origen aterosclerótico es frecuente en los ancianos, y su prevalencia es de hasta el 67% en mayores de 80 años. Los síntomas son inespecíficos en el 78% de los casos, lo que hace que el diagnóstico se oriente a otras probabilidades, por lo cual se requiere una alta sospecha diagnóstica. Existen dos opciones principales de tratamiento: la reperfusión endovascular y la quirúrgica. La cirugía ofrece mayor probabilidad de permeabilidad vascular a 5 años. Sin embargo, siempre que sea técnicamente factible se elige como tratamiento inicial un abordaje endovascular, con angioplastia con o sin stent, ya que el riesgo de complicaciones posquirúrgicas es menor, así como la estancia hospitalaria y el coste total.

Conclusiones: Es importante sospechar la presencia de esta entidad, ya que la reperfusión endovascular con respecto a la cirugía abierta ofrece mejores resultados a medio plazo en morbilidad, mortalidad, complicaciones hospitalarias, mejorando la calidad de vida del paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.185>

PC-040

Análisis de la gravedad de los errores de conciliación producidos en el servicio de urgencias

I. Taladriz Sender, M. Muñoz García, B. Montero-Errasquin, N. Espadas Hervás, T. Bermejo Vicedo, A. Cruz-Jentoft, E. Delgado Silveira

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Analizar la gravedad de los errores de conciliación (EC) producidos en el servicio de urgencias (SU) en pacientes que ingresan en la unidad de agudos de geriatría (UAG).

Cuantificar y describir las discrepancias encontradas y los EC.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la UAG del 1 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017; se excluyeron los pacientes en cuidados paliativos. Se comparó el tratamiento crónico del paciente, recogido por el farmacéutico mediante entrevista al mismo y/o cuidador principal, con el tratamiento prescrito en el SU. Se clasificaron y cuantificaron las discrepancias. Se distinguieron entre EC que llegaron al paciente y los interceptados a tiempo. Se clasificaron los errores de medicación atendiendo a la gravedad según la clasificación de *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*. Variables: demográficas, número de patologías crónicas, número de fármacos crónicos, polimedicación (> 5 fármacos crónicos). Tipo de discrepancia, tipo de EC según el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes, 68,6% mujeres (109), edad media: $92,4 \pm 3,9$ años. Mediana de patologías crónicas por paciente: 5 (0-12), mediana de fármacos crónicos: 7 (1-24). El 73,6% (117) estaba polimedicado. El 33,3% (53) tuvo al menos un EC. Media de EC por paciente: $1,7 \pm 1$. Se detectaron 88 EC, alcanzando un 78,4% (69) al paciente. Atendiendo a la gravedad, el 49,2% se clasificaron como categoría C, el 40,6% como D y el 10,2% como E. En



cuanto a los errores interceptados (19), un 52,6% se clasificó como categoría C, el 36,8% como D y un 10,60% como E. Un 47,8% (42) fueron errores de omisión, un 13,6% (12) errores de inicio de medicamento, un 25% (22) dosis diferente, un 11,4% (10) frecuencia de administración distinta y un 2,3% (2) medicamento equivocado.

Conclusiones: Un tercio de nuestros pacientes presentaron al menos un error de medicación que tuvo como origen un EC de su tratamiento crónico a su llegada al SU, principalmente por una omisión. La mayoría de estos errores alcanzaron al paciente y le ocasionaron un daño temporal o requirieron una monitorización o intervención. La conciliación del tratamiento crónico es un proceso fundamental que detecta y evita errores de medicación en este grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.186>

PC-041

Situación funcional, calidad de vida y polifarmacia en el dolor con sensibilización central en el anciano. Efectos del tapentadol



M. Vígara García, L. Bermejo, B. Carballido, A. Capón, P. Carrillo, L. Guardado, P. Gil

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos: Evaluar el efecto terapéutico, la repercusión funcional, la calidad de vida y los efectos adversos del uso de tapentadol en ancianos hospitalizados con dolor crónico moderado-severo y datos de sensibilización central.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes > 75 años con dolor crónico (EVA > 5) valorados en unidad de agudos de un servicio de geriatría (septiembre 2015-octubre 2017) a los que se administró tapentadol. Se recogen las siguientes variables: EVA, tipología dolor, alodinia e hiperalgesia, situación funcional (Barthel, Lawton, FAC), afectiva (Yesavage-15), calidad de vida (QoL), cognición (GDS Reisberg), número de fármacos analgésicos y efectos adversos en la situación basal, a 15 y 30 días.

Resultados: N: 132, edad media $86,6 \pm 5$, mujeres (56,8%). Tipología dolor: oncológico 21,2%, neuropático 15,2%, mixto (nociceptivo + neuropático): 39,4%. EVA media basal: 7,49, tras tapentadol al mes: 2,26. Mejoría de la alodinia en el 84% y de la hiperalgesia en el 81%. Se produjeron reducciones en la escala de Yesavage y EuroQol e incrementos en las escalas de Barthel, Lawton y FAC, todas ellas altamente significativas. Reducción del número de fármacos de 2,7 a 1,3 al mes, con alta significación estadística ($p < 10^{-4}$). Es un fármaco bien tolerado: el 79,5% de los pacientes no presentaron efectos adversos para interrumpir el tratamiento.

Conclusiones: Tapentadol es un fármaco eficaz en el tratamiento del dolor con sensibilización central, disminuyendo de forma clara la alodinia y la hiperalgesia.

Tapentadol es un fármaco bien tolerado en pacientes geriátricos con dolor moderado-severo y con muy pocos efectos adversos.

Tapentadol mejora la calidad de vida así como la situación funcional con alta significación estadística.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.187>

PC-042

La importancia de la valoración nutricional en un servicio de psicogeriatría



E. Martínez Suárez^a, A. Oller Bonache^b, C. Nicolás Luis^a, M. Méndez Brich^a, J.A. Martos Gutiérrez^a, R. Cristofol Allue^a

^a Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona, España

^b Capiro Hospital de Molina, Mataró, Barcelona, España

Introducción: Los pacientes con demencia tienen una prevalencia aumentada de disfagia y presentan problemas relacionados con la nutrición que van desde la hiporexia, comportamientos selectivos hasta comportamientos más ansiosos

Objetivos: Ver la prevalencia de disfagia, alteraciones relacionadas con las ingestas en pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría del hospital de Mataró en octubre y noviembre 2017

Resultados: Se analizaron 50 pacientes (26 hombres [52%]), con edad media de 77,3 años.

De los pacientes ingresados, 9 tenían antecedentes de disfagia y 21 pacientes fueron diagnosticados de disfagia durante el ingreso; prevalencia de disfagia del 60%. Se realizó dieta adaptada en 30 pacientes (60%) y fácil deglución en 20 pacientes (40%).

En lo referente a ingestas: totales en 26 (52%), media ración en 21 (42%) y nula en 3 (6%). Se utilizaron suplementos dietéticos en 32 (64%), siendo Resource el más utilizado, seguido del Fresubin.

En cuanto a comportamientos relacionados con ingestas: normales en 29 (58%), comportamientos selectivos con tendencia a la hiporexia en 10 (20%), negativa a la ingesta 1 (2%), comportamientos ansiosos en 6 (12%) y comportamientos impulsivos en 4 (8%), presentado broncoaspiraciones en 2 casos (4%).

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra unidad de psicogeriatría presentan equidad de distribución entre sexos con una edad media > 75 años. Presentan una prevalencia aumentada de disfagia y de dieta adaptada. La mayor parte de los pacientes realizan ingestas completas, pero no hay que olvidar los pacientes con comportamientos selectivos y ansiosos y sus complicaciones derivadas. En pacientes con tendencia a la hiporexia o desnutrición el uso de un suplemento puede ser una ayuda, y la disponibilidad de varias texturas y posologías presenta diversas opciones.

Los pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría presentan un reto a nivel nutricional dada la elevada prevalencia de disfagia, siendo diferentes los comportamientos a la hora de comer y diferente la finalización de las raciones. Con todo esto, la valoración nutricional por parte de un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, auxiliar y dietista) es clave en el manejo y el seguimiento del paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.188>