

3. Establecer un plan de cuidados no farmacológicos acorde al diagnóstico.
4. Iniciar asociación terapéutica eficaz con uso de psicofármacos.

**Método:** Mujer de 87 años sin deterioro cognitivo, con antecedentes personales de HTA, déficit visual y auditivo, fractura cerrada de cuello de fémur derecho en 2014 y misma fractura en lado izquierdo en 2015, no diagnóstico ni seguimiento por psiquiatría. Institucionalizada desde hace 4 años en otros centros. Evaluación al ingreso: capacidad funcional Barthel 70, FAST 3. Sin alteraciones de conducta NPI 5. Tratamiento: citalopram 10 mg. TNF: acompañamiento terapéutico, taller musical, pintura, taller cognoscitivo y apoyo familiar diario.

Crisis aguda diciembre 2017: pérdida de funcionalidad en ABVD, agitación, conductas motoras sin finalidad, irritabilidad, lenguaje desorganizado con verbalizaciones autorreferenciales de perjuicio, labilidad afectiva, negativismo, mutismo, estereotipia, apatía y anhedonia. Observación sistemática de dos semanas: TNF poco participativa. Se descartan daños orgánicos, proceso estacionario y adaptativo. Instrumentos de evaluación: Barthel 10, FAST 6a, NPI 40, Cornell 17. Primera aproximación diagnóstica: síndrome depresivo con sintomatología psicótica. Tratamiento: citalopram 20 mg, olanzapina 5 mg. Respuesta terapéutica fallida por mantenimiento de sintomatología y aparición de agresividad, distorsión cognitiva, delirio y catatonía. Segunda aproximación diagnóstica: esquizofrenia episodio agudo con catatonía según DSM-5. Tratamiento: quetiapina 100 mg, risperidona 1 mg, sin modificaciones en TNF.

**Resultados:** se revierten síntomas clínicos a partir de primera semana con tratamiento a dosis bajas de psicofármacos, coherente con diagnóstico de esquizofrenia episodio agudo con catatonía. Mejoría conductual NPI 16, Cornell 8. Recuperación parcial de ABVD Barthel 50, FAST 3 y similitud funcional observable en comparativa a estado premórbido bajo efecto de psicofármacos.

#### Conclusiones:

- No existe hasta el momento una clasificación exacta y fiable de los trastornos psicóticos propios de la vejez.
- Las alteraciones neuropsiquiátricas pueden aparecer a lo largo de todo el curso vital.
- El uso de psicofármacos va encaminado a lograr una acción terapéutica eficaz con dosis mínimas necesarias y establecer un diagnóstico diferencial.
- El uso de tratamientos no farmacológicos enfocado en la atención centrada en la persona favorece la adherencia al tratamiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.347>

#### PC-202

##### Vólvulo de sigma en nonagenarios: diferente actitud terapéutica, distinta evolución

D. Villacres Estrada, M. Vigara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**Introducción:** El vólvulo de sigma es una causa de obstrucción intestinal con una prevalencia variable y síntomas que pueden ser inespecíficos entre la población anciana, lo que hace que el manejo médico y quirúrgico sea desafiante. Afecta a enfermos con condiciones médicas complejas, sufriendo un riesgo mayor de complicaciones y mortalidad si no se trata adecuadamente. Presentamos dos casos en los que la actitud terapéutica fue distinta, con resultados diferentes.

**Caso 1:** Mujer de 91 años que acude a urgencias por distensión, dolor abdominal y ausencia de deposición de 96 h de evolución.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, obesidad, FA anti-coagulada y SIADH. Hábito estreñido. Sin cirugías abdominales previas. Dependiente para todas las ABVD y demencia mixta GDS-5.

En la exploración destaca un abdomen distendido, RHA metálicos, empastamiento en mesogastrio y dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla vacía. Radiografía de abdomen: dilatación de sigma de hasta 13 cm, con imagen en grano de café y sin gas distal visible.

Se realiza desvolución endoscópica urgente, recidivando a las 24 h. Valorada por el equipo de cirugía, desestiman intervención quirúrgica, realizándose 4 desvoluciones endoscópicas más, tras nueva valoración por cirugía en cada episodio. Se resuelve el cuadro y se procede al alta. A las 72 h la enferma regresa a urgencias en situación de extrema gravedad, consensuando con la familia medidas de confort y falleciendo horas después.

**Caso 2:** Mujer de 95 años, en tratamiento por HTA e hipotiroidismo. Independiente para las ABVD, sin deterioro cognitivo.

Diagnosticada de vólvulo de sigma, tras dos desvoluciones endoscópicas acude de nuevo a urgencias con distensión abdominal y dolor generalizado. La radiografía simple de abdomen muestra una imagen característica de vólvulo de sigma.

Es intervenida con carácter de urgencia. Se practica sigmoidectomía y anastomosis primaria colorrectal sin estoma derivativo. El postoperatorio cursa sin complicaciones, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención.

**Conclusión:** Tras varias desvoluciones endoscópicas no efectivas, el tratamiento quirúrgico es necesario. Aunque la situación funcional de las enfermas era diferente, queremos resaltar que la intervención puede realizarse incluso bajo anestesia local.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.348>

#### PC-203

##### Proyecto Beethoven: cuidados posturales del adulto mayor dependiente en reposo

M. Mora Vargas, E. de Pedro Benito

Centro Sociosanitario El Pino, Las Palmas de Gran Canaria, España

**Objetivos:** Analizar y corregir la postura del adulto mayor dependiente en sedestación.

**Método:** Mujer de 79 años con los AP de enfermedad de Alzheimer GDS 7, FAST 7b, trastorno depresivo mayor y fractura de cadera derecha subcapital no intervenida en 2015 tras caída desde silla de ruedas. Conexión e interacción con el entorno disminuida. Grado III de dependencia. Barthel 5, gran dependiente.

Al examen físico postural presenta flexión cervical con actitud cifótica y riesgo alto de caídas, flexión de tronco pronunciada, DAW-TON 3 (M), Tinetti no valorable, fuerza en control de tronco Daniels 4.

**Diseño y aplicación de un plan y pauta de sedestación en producto de apoyo individualizado:** asignación del profesional responsable, reunión con familiares para la obtención del producto de apoyo, aplicación de pruebas de inicio, supervisión y registro de incidencias posturales, revisión sistemática de pauta de sedestación.

**Materiales:** Silla de ruedas basculante marca REA Clematis (INVACRE). No autopropulsable, ruedas macizas. Accesorios: reposacabezas con apoyo occipitotemporal.

#### Resultados:

- Mejora físico-postural (no flexión de tronco ni cervical).
- Disminución de síndromes posturales (algias).
- Caídas: no caídas nuevas y disminución del riesgo de caídas desde la silla de ruedas.



- Deglución: disminución del riesgo de atragantamiento, aumento en la ingesta de un 40 a un 100%.
- Mayor conexión con el entorno: ojos abiertos y seguimiento visual del personal y residentes.

**Conclusiones:** La asignación de un producto de apoyo adecuado e individualizado en un adulto mayor dependiente es vital para favorecer la higiene postural, la deglución, la conexión con el entorno, evitar caídas y algias posturales. Por ello es necesario sensibilizar al personal clínico de la importancia del seguimiento y control postural de los pacientes geriátricos al final de la vida.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.349>

#### PC-204

##### **Modelo de atención centrada en la persona sin sujeciones. Descontención física en un caso de demencia asociada a la enfermedad de Parkinson**



N. Ramírez Sánchez, S. Suárez Quintana, M. Mora Vargas, I. García Martín, C. Sueiro Dopazo

Centro Sociosanitario El Pino, Las Palmas de Gran Canaria, España

**Objetivos:** Sensibilizar y promover cuidados dignos libres de sujeciones físicas y químicas.

**Método:** Mujer de 85 años con los antecedentes personales de DM tipo 2, HTA, enfermedad de Parkinson y demencia asociada. GDS 7, FAST 7b, Barthel 10, NPI 33. Ansiedad y agitación psicomotriz. Uso diario de sujeción peto y perineal en sillón geriátrico y cinturón abdominal en cama. Tratamiento: Sinemet retard 200 mg, Sinemet plus 375 mg, pramipexol 0,7 mg, enalapril 2.5 mg, citalopram 10 mg.

**Diseño y aplicación de un plan terapéutico de descontención física diurna y nocturna: nivel alto de dificultad esperada:** Asignación de profesional responsable; coordinación del equipo; aplicación de pruebas e inicio con supervisión directa; abordaje familiar para la comunicación efectiva y manejo de los miedos por parte de profesionales y familia.

##### **Materiales:**

- Silla adaptada de menor altura del asiento con respecto al suelo y en sala con colchoneta, como medida preventiva de lesiones en caso de caída.
- Cama ultrabaja y retirada de una barandilla, elevador del colchón, alfombra de alarma y colchón protector en suelo en habitación.
- Registros de movilidad en cama y de calidad del sueño.

**Resultados:** Mejoría conductual NPI 2. Recuperación funcional Barthel 30, autonomía en alimentación y mejora en transferencias. No aumento de caídas. Crecida en la calidad del sueño.

**Conclusiones:** El uso de sujeciones físicas tiene una alta prevalencia de uso en España en pacientes con demencia grave institucionalizados y puede enmascarar una clínica neuropsiquiátrica que por tradición los profesionales han asociado a la demencia, pero que resuelve tras la retirada.

Es necesario apostar por la mejora en la atención sociosanitaria y aumentar la calidad de los cuidados al final de la vida.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.350>

#### PC-205

##### **Doble joroba en anciano de 92 años**



I. Marín Epelde, M.F. Ramón Espinoza, T.M. Domene Domene, M. Gutiérrez Valencia, F.A. Amú Ruiz, I.D. Rosero Rosero, M. Gonzalo Lázaro

Hospital de Navarra, Pamplona, España

Presentamos un caso de un varón de 92 años ingresado en el servicio de geriatría en dos ocasiones en el mismo mes a finales de 2017 (bacteriemia por *E. coli* sensible y hepatopatía crónica descompensada) y otro por descompensación de ICC de predominio derecho. Como antecedentes personales de interés destacaban FA permanente, cólicos renales, hepatitis colestásica y quiste hidatídico (2009). El paciente era dependiente para las ABVD (Barthel 5) y estaba diagnosticado de deterioro cognitivo moderado (GDS 5), encontrándose limitado por ceguera e hipoacusia severa. A la exploración física destacaba un bultoma cervical posterior, redondeado, no doloroso, de gran tamaño, con ausencia de adenopatías palpables asociadas. Dicha lesión fue objetivada por primera vez en 2013, cuando, mediante TC, se apreció masa esférica sólida dependiente de partes blandas de 58 × 56 × 48 mm en tejido adiposo subcutáneo dorsal del cuello, con contornos bien definidos y de contenido homogéneo que realza tras administración de contraste endovenoso, además de una tumoración de partes blandas dependiente de paladar blando izquierdo y quistes hidatídicos hepáticos. En aquella oportunidad, mediante gammagrafía, se concluyó que se trataba de un lipoma, ya que se objetivaba una zona fotopénica en región cervical posterior coincidiendo con ausencia de captación en fase tisular que puede estar en relación con lipoma. Desde entonces, el tamaño de dicha masa aumentó de manera considerable. En 2017, durante uno de los ingresos y dado el espectacular crecimiento progresivo y las limitaciones que causaba la lesión, se decidió completar el estudio de forma no invasiva. En Eco Doppler de lesión cervical se objetivó una masa hiperecogénica con escasa vascularización en contacto con musculatura cervical y en probable relación con lipoma con signos de malignización. Se realizó PAAF, objetivándose fibrosis y presencia de células mesenquimales con ligera atipia citológica y vasos capilares. Aunque se recomendó biopsia de la lesión, se desestimaron nuevos estudios. Analizando el caso de forma retrospectiva, nos planteamos si la edad del paciente condicionó una actitud conservadora no reevaluada posteriormente a pesar del espectacular crecimiento de la lesión.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.351>

#### PC-206

##### **Bacteriemia por *Cellulosimicrobium cellulans* debida a endocarditis infecciosa aguda**



M.F. Ramón Espinoza, I. Marín Epelde, T.M. Domene Domene, F.J. Alonso Renedo, M. Gonzalo Lázaro, M. Gutiérrez Valencia, A. García Baztan

Hospital de Navarra, Pamplona, España

Se describe el caso de una mujer de 82 años con antecedentes de DM tipo 2, hipertensión arterial, FA, estenosis aórtica severa degenerativa con FEVI conservada y con recambio valvular aórtico por bioprótesis en 2016.

La situación basal era de un Barthel de 45, caídas de repetición y deterioro cognitivo de probable origen mixto (GDS-FAST 3).

Acudía por astenia marcada de una semana de evolución, disnea de pequeños esfuerzos, mal control glucémico y sensación distérmica no cuantificada. Acudió por un cuadro de pérdida de