

**PC-237****PTI de reciente diagnóstico en el anciano. A propósito de un caso**

J. Verisimo Guillén, A.M. Gómez Mosquera, D. Pérez Soto, A. Carpintero Vara, R. Rodríguez Fraiz, M. Montero Magán

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

**Objetivo:** Presentamos un caso de varón de 92 años con diagnóstico de PTI reciente.

**Método:** El paciente ingresa en el servicio de geriatría por hematuria franca con trombopenia severa reciente de 2.000 plaquetas/ $\mu$ l (en analítica de 3 semanas antes presenta 277.000 plaquetas/ $\mu$ l). El paciente no tiene antecedentes relevantes para el caso y no ha realizado cambios en el tratamiento recientemente. Es parcialmente dependiente para ABVD, precisando ayuda parcial para aseo y vestimenta, continúa viviendo solo con cuidadora diurna en domicilio. Refiere miedo reciente a caídas tras caída previa al ingreso, por lo que presenta múltiples hematomas, precisando en las últimas semanas ayuda para transferencias y baño; con este motivo se realizará interconsulta a Rehabilitación, realizándose recuperación de marcha asistida.

**Resultados:** A su ingreso es valorado por Hematología, que rechaza estudio por su parte ante edad y fragilidad, realizándose el ingreso así en nuestro servicio. Así mismo, recomiendan inicio de tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas con clara mejoría, mientras tanto se realiza estudio serológico con VIH y VHC negativos e inmunidad para VHB como resultado. Sin embargo, en 5 días vuelve a presentar plaquetopenia severa y se inicia tratamiento de segunda línea con agentes trombopoyéticos (Eltrombopag), logrando así estabilidad. De todas formas se mantiene seguimiento ambulatorio para control de niveles plaquetarios, así como eficacia de tratamiento oral, iniciando, si fuese necesario, nuevo ciclo de inmunoglobulinas de forma periódica.

**Conclusiones:** El paciente no presenta causas desencadenantes aparentes, teniendo en cuenta que las serologías VIH y VHC son negativas, con inmunidad para VHB, y no ha realizado cambios en la medicación reciente y ha tenido muy buena respuesta a Igs i.v. y corticoterapia; ante la fragilidad y la edad avanzada no se realiza estudio medular, por lo que es difícil/imposible descartar la existencia de/acompañante de SMD. Sin embargo, en ausencia de estudio y ante la agudeza del proceso acompañado de la buena y rápida respuesta a Igs, es muy posible la existencia de un componente inmune/agudo, siendo planteable el diagnóstico de trombocitopenia inmune (PTI) de reciente diagnóstico (<3 meses).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.383>

**PC-238****Importancia de las unidades de media estancia en la población anciana con deterioro funcional durante la hospitalización: a propósito de un caso**

N.M. Gonzalez Senac, C.M. Osuna Pozo, I. Carmona Alvarez, T. Wu Lai, L.J. Silveira Guijarro

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

**Objetivos:** Reflexión acerca de la importancia de las unidades de media estancia dirigidas a la rehabilitación de pacientes ancianos con empeoramiento funcional secundario a enfermedad aguda u hospitalización prolongada.

**Métodos:** Se propone la revisión en formato póster de la importancia y el papel de las unidades de media estancia (UME) en el sistema sanitario a partir de la presentación de un caso clínico atendido en la recientemente abierta UME del Instituto Provincial de Rehabilitación (Hospital General Universitario Gregorio Marañón [HGUGM]). Se realizará exposición sobre el perfil geriátrico del paciente, justificación de la indicación del tratamiento rehabilitador y análisis del progreso funcional durante la hospitalización. Contraste con la literatura científica y apoyo con material gráfico.

**Resultados:** Las UME componen un nivel asistencial geriátrico destinado a restablecer la funcionalidad en pacientes ancianos con deterioro reciente potencialmente reversible. Las patologías que más frecuentemente justifican su utilización son ictus, fractura de cadera o inmovilismo multifactorial. Entre los beneficios que estas unidades aportan se encuentran la mejoría funcional, la prevención de institucionalización, la reducción de la mortalidad y el aumento de la calidad de vida, así como reducción de coste sanitario global.

Se presenta el caso de una paciente de 76 años, con dependencia leve para las ABVD (IB: 90/100) y antecedentes de HTA, DM, EPOC e insuficiencia aórtica, que ingresa en la UME del HGUGM para rehabilitación tras hospitalización prolongada en contexto de reagudización de EPOC por gripe A, habiendo requerido intubación en UVI y desarrollando miopatía de enfermo crítico con deterioro funcional agudo severo secundario (IB: 15/100). Tras hospitalización con abordaje multidisciplinar, vigilancia de complicaciones y tratamiento rehabilitador, la paciente presenta ganancia funcional superior a 50 puntos de índice de Barthel y alta a domicilio. Seguimiento posterior.

**Conclusiones:** Se presenta este caso clínico por reflejar la importancia de las unidades de media estancia en la rehabilitación de los pacientes ancianos con deterioro funcional secundario a enfermedad aguda u hospitalización prolongada. Casos como el presentado incentivan la implementación y la potenciación de estas unidades.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.384>

**PC-239****Síndrome coronario agudo (SCA) en el anciano posquirúrgico: a propósito de un caso**

D.C. Fernández Minaya, M. Linge Martin, R. Vial Escolano, P. González García, M.M. Vásquez Camacho, M. González Eizaguirre

Hospital San José, Teruel, España

**Objetivos:** Conocer la presentación, diagnóstico y manejo terapéutico del SCA en anciano posquirúrgico de cirugía no cardíaca.

**Metodología:** Analizamos caso clínico de SCA en paciente varón de 94 años de edad ingresado en la planta de cirugía tras intervención quirúrgica programada de neoplasia de colon descendente en el año 2017.

**Resultados:** Paciente con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con torasemida 5 mg, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dislipemia. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, salvo ayuda para el baño. No deterioro cognitivo. Ingresado en el servicio de cirugía por intervención de colectomía por neoplasia de colon descendente, 48 h tras la cirugía presenta episodio de desaturación a 57%, cuadro vegetativo (náuseas, sudoración profusa, taquipnea), sin dolor torácico. A la exploración, PA 190/102 mmHg, hipoventilación en ambos campos pulmonares, predominio derecho; abdomen distendido, sin peristalsis. Se realizan múltiples pruebas complementarias: analítica (hemograma, bioquímica, gasometría venosa, seriación de enzimas cardíacas), destacando troponinas 0,14 à 0,15 à 0,2 à 0,15 à 0,06. En el electrocardiograma (ECG) ritmo sinusal a 114, leve descenso del ST

en V2-V5, BRD. En Rx de tórax aumento de densidad en segmento basal y parahiliar derecho, redistribución vascular. Rx abdomen: dilatación generalizada de asas intestinales. Ecocardiograma con hipertrofia ligera del septo, insuficiencia aórtica y tricuspídea ligera. Se diagnostica de SCA sin elevación del ST e insuficiencia cardíaca aguda. Se inicia manejo con oxigenoterapia, antiisquémico (nitratos en parche), se descarta de inicio la anticoagulación por elevado riesgo de sangrado posquirúrgico. Al alta, normalización del ECG y enzimas cardíacas.

**Conclusiones:** El SCA como complicación cardiovascular tras una cirugía no cardíaca en el anciano se ve favorecido por la pobre respuesta cardiovascular adaptativa al estrés agudo y la disminución de la reserva funcional miocárdica asociado a factores de riesgo como la hipertensión arterial y la dislipemia. Presentación atípica en las primeras 24-48 h tras la intervención quirúrgica. El diagnóstico se basa en la clínica (que hasta en un 63% de los casos tienen una presentación atípica indolora), cambios en el electrocardiograma (ECG) y esencialmente elevación de biomarcadores. Determinando el tiempo posquirúrgico la terapia farmacológica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.385>

#### PC-240

#### A propósito de un caso de disfagia. Importancia del diagnóstico diferencial

K. Reynoso de los Santos, J. Caballero Palacio, M.L. Morillo Blanco, M.G. Taveras Bretón, J.M. Ortega Morente, S. Rodríguez Ordéñez, J.A. López Vázquez

Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres, España



**Objetivos:** La disfagia es un síndrome geriátrico que presenta un enorme impacto en la capacidad funcional, calidad de vida y salud de los pacientes. Con este caso clínico queremos resaltar los diagnósticos diferenciales a tener presente en la misma.

**Método:** Mujer de 81 años hipertensa, diabética tipo 2, con anemia ferropénica y faquetectomía izquierda. Tratamiento: amiodipino/hidroclorotiazida/olmesartán 20/5/12,5 mg 1-0-0, Adiro 100 mg 0-1-0, bisoprolol 2,5 mg 1-0-0, megestrol 15 ml 0-1-0, Lantus 15 UI y sulfato de hierro. Valoración geriátrica integral, funcional: IABVD, excepto ayuda para el baño e incontinencia urinaria, índice de Barthel 85 puntos. Disfagia a líquidos y dudosa a sólidos; mental: deterioro cognitivo leve, no alteración de la esfera afectiva; social: soltera, sin hijos, vive en pisos tutelados con aceptable apoyo familiar; nutricional: test MNA-7 puntos. IMC: 21%.

Derivada desde atención primaria por pérdida de peso desde un año, junto con hiporexia y astenia. Cambio de hábito intestinal. Molestias faríngeas y dificultad para deglutar líquidos, por lo que ha dejado de comer y beber por miedo a atragantarse. Vista en urgencias por tos persistente no productiva de una semana de evolución y dada de alta con pruebas complementarias normales. No fiebre, ni disnea.

Exploración física: delgadez sin caquexia, eupneica con buenas saturaciones basales y palidez cutánea. No adenopatías, ni bocio, ni masas orofaríngea. Probable hepatomegalia con quejas a la palpación abdominal, sin otros hallazgos relevantes. Test-volumen-viscosidad: disfagia para líquidos y no concluyente a sólidos.

**Resultados:** Se sospecha tumoración abdominal y probable disfagia funcional, solicitamos analítica con marcadores tumorales, TAC-abdominal y cerebral. En la analítica presenta beta-2-microglobulina: 8,73 mg/l y en TAC abdominal una masa necrosada 12 cm de diámetro con conglomerados adenopáticos que se extiende a retroperitoneo y mediastino. Se amplía a TAC torácico,

hallando defectos de repleción en arterias pulmonares, lesión en mediastino posterior que contacta con esófago y aorta, extendiéndose inferiormente a la cavidad abdominal.

**Conclusiones:** Diagnosticamos de TEP agudo y probable síndrome mieloproliferativo con disfagia motora secundaria, ingresando para tratamiento y evolución.

Poder diagnosticar el tipo de disfagia, estudiar el diagnóstico diferencial, realizar las pruebas complementarias que nos ayudaron a dar con el diagnóstico, hizo que nuestra paciente pudiera tener alternativas terapéuticas y tratamiento según sus necesidades.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.386>

#### PC-241

#### Tratamiento y evolución de úlcera por presión (UPP) en sacro tras hematoma subdural



J.C. Heredia Pons<sup>a</sup>, E.M. Nieto Ramos<sup>a</sup>, M.A. Regodón Redondo<sup>a</sup>, P. Garibaldi<sup>b</sup>, I. Bueno Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

<sup>b</sup> Hospital I Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España

**Anamnesis:** Paciente masculino con 73 años con diagnóstico de hematoma subdural secundario a trauma craneoencefálico con tratamiento quirúrgico. Estancia posterior en UCI de un mes, desarrolló UPP de sacro que necesitó desbridamiento quirúrgico bajo anestesia.

Necesita ayuda para actividades básicas de la vida diaria. No controla esfínteres. Lleva sonda vesical.

#### Antecedentes personales:

- Hipertensión arterial.
- Flutter A con ablación del istmo cavotricuspídeo.
- Cardiopatía isquémica.
- Fibromas en axilas y cuello.

#### Valoración al ingreso:

- Barthel menos 20 puntos: dependencia total.
- Karnofski: 40, incapaz de satisfacer sus necesidades.
- Charlson corregida: 5 comorbilidad alta.
- Norton: 12 riesgo alto.
- Despierto, colaborador, orientado en las 3 esferas.
- Mucosa oral hidratada y normocoloreada.
- Traqueotomía cerrada en su totalidad.
- UPP sacro grado IV.
- Extremidades móviles pero con disminución de fuerza, reflejos presentes.

**Tratamiento úlcera:** Como se trata de una úlcera grado IV, medidas 13 x 8 cm, y con mucha exudación y tejido esfacelado y necrótico, se trató de desbridar con bisturí todo lo posible y se trataba con cura húmeda con desbridantes enzimáticos, parches hidrocoloides y con carbón activado para disminuir el olor. Se pautó tratamiento antibiótico para tratar infección de la UPP, después de analizar muestras recogidas de exudado. Las curas se realizaban diariamente, y si la cura se humedecía se volvía a realizar las veces que conviniera, para evitar riesgo de infección o empeoramiento.

**Evolución UPP:** Tras 6 meses de curas diarias, evolucionó favorablemente a una úlcera grado II en el momento del alta, con medidas de 2 x 2. Con el lecho ungual limpio, sin tejido necrótico, sin esfacelos, con tejido de granulación. La pauta de cura que se propuso para atención primaria que realizaría a partir de ese