

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 mediatística, y su tratamiento habitual es atorvastatina 40 mg, calcio carbonato 2.500 mg, carvedilol 25 mg, dutasterida 0,5 mg, tamsulosina 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 perihiliar 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 cardíaca y neumonía: mejoría de la clínica con tratamiento depleitivo 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 Pelligra, 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 necrosos 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.

Discusión y conclusiones: La tuberculosis peritoneal suele presentar una clínica inespecífica, aunque asocia frecuentemente ascitis, fiebre, dolor abdominal difuso y leucocitosis, pudiendo presentar también derrame pleural unilateral.

El estudio del líquido ascítico, ausente en este caso, puede orientar hacia causa tuberculosa si presenta características exudativas, predominio linfocítico y elevación de ADA.

El cuadro inicial anodino que presentaba la paciente, junto con la imagen sugestiva de masa en TAC abdominal, eran sugestivos de neoplasia. No presentaba fiebre, leucocitosis ni ascitis, datos que podrían habernos orientado hacia el diagnóstico. Tampoco presentaba lesiones pulmonares ni derrame pleural, como deja de manifiesto el TAC torácico realizado. La paciente no recordaba exposiciones previas ni contacto con pacientes bacilíferos.

En esta ocasión se llegó al diagnóstico tras una decisión terapéutica frente a la sospecha de otra entidad, por ello es tan importante el diagnóstico diferencial, que este caso incluiría tanto un proceso neoplásico, EII o incluso patología ginecológica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.154>

PC-009

¿Cómo es la atención médica urgente de los pacientes mayores en seguimiento por un equipo de soporte de atención domiciliaria?



J. Albéniz López^a, E. Baeza Monedero^b, A. Espejo González^c, P. Fernández Montalbán^a, G.E. Olaya^a, B. Montero Errasquin^a, A. Cruz Jentoft^a

^a Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

^c Equipo de Soporte Atención Domiciliaria Área Este Madrid, Madrid, España

Objetivos: Describir las consultas urgentes realizadas por pacientes mayores en seguimiento por un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), así como el motivo de derivación a este dispositivo asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y unicéntrico de pacientes admitidos de forma consecutiva en un ESAD durante los meses de febrero a mayo de 2017 con un seguimiento posterior de 3 meses desde la fecha de inclusión en el equipo de soporte domiciliaria. Se incluyó a todos los mayores de 70 años que habían acudido al menos una vez al servicio de urgencias o habían contactado telefónicamente con el PAL-24 (servicio de atención telefónica 24 h para pacientes en programa de cuidados paliativos).

Resultados: La edad media fue 84 años y la media de supervivencia de 57 días. El motivo de derivación al ESAD más frecuente fue el carcinoma de pulmón (16,4%) y el colorrectal (15%); la demencia fue la patología no oncológica más frecuente (11%), seguida de la insuficiencia cardíaca (8,2%).

Se registraron 72 consultas urgentes. De ellas, 35 fueron llamadas al servicio PAL-24 y 37 visitas al servicio de urgencias. En ambos casos el síntoma más frecuente fue el mal control de la disnea (20% en PAL-24 y 32,4% en urgencias), seguido de empeoramiento del estado general (17,1% en PAL-24 y 18,9% en urgencias, respectivamente). El 92% de las llamadas y el 73,7% de las visitas a urgencias se realizaron fuera del horario asistencial del ESAD.

Durante el seguimiento de 3 meses falleció un 76,2%, siendo el lugar de la muerte más habitual el domicilio (43,7%), seguido de unidades de cuidados paliativos (26,6%), plantas de hospitalización (24%) y servicio de urgencias (5,7%).

Conclusiones: La principal causa de inclusión de estos pacientes mayores en un equipo de soporte de atención domiciliaria es la patología oncológica, seguida de la demencia. La mayoría de las consultas urgentes se realizan fuera del horario de atención del ESAD, siendo la disnea y el deterioro general los principales motivos. A pesar de ser el ESAD un recurso basado en el cuidado domiciliario al final de la vida, solo un tercio de los pacientes en seguimiento fallecieron finalmente en el domicilio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.155>

PC-010

Prevalencia de la morbilidad ginecológica en mujeres geriátricas. Una revisión de la literatura



A. Martínez Sabater, C. Saus Ortega, M.L. Ballestar Tarín, M.D.C. Casal Angulo

Departament d'Infermeria, Universitat de València, Valencia, España

Introducción y objetivos: Actualmente las mujeres mayores de 65 años constituyen el segmento de población española de más rápido crecimiento. Se prevé que se duplique en los próximos 20 años. Según la OMS, en 2015 la prevalencia directa de trastornos ginecológicos autoinformados en esta población fue del 23,58%. Se plantea como objetivo conocer la prevalencia de los trastornos ginecológicos más comunes en las mujeres mayores de 65 años occidentales.

Métodos: Se planteó una revisión integrativa en diferentes bases de datos (*Geriatric women, Gynecological disorders*) que permitiera determinar la prevalencia de los diferentes trastornos ginecológicos en la población de estudio.

Resultados:

Trastorno	Prevalencia	Referencia
Vaginitis atrófica	47,21%	Dennerstein et al., 2000
Liquen escleroso vulvar	Desconocida, se estima 1 de cada 30 mujeres	Meyrick et al., 1988
Infecciones urogenitales	17,55%	Kaur et al., 2017
Trastornos suelo pélvico	24,44%	Nygaard et al., 2008
Incontinencia urinaria	16,62%	McNevin et al., 2010
Incontinencia fecal	9,23%	McNevin et al., 2010
Prolapso Órganos Pélvicos	3,41%	McNevin et al., 2010
Hemorragias posmenopáusicas	10,82%	Astrup, 2004
Cáncer ginecológico	32,99%	Kaur et al., 2017.
Ovario	22,78%	Sood et al., 2018.
Cuello Uterino	7,12%	Sood et al., 2018.
Endometrio	3,25	Sood et al., 2018.

Conclusiones: Los trastornos del suelo pélvico y el cáncer genital son los principales trastornos ginecológicos en mayores de 65 años. Dada la moderada prevalencia de trastornos ginecológicos serían recomendables programas de cribado basados en la evidencia para las patologías más frecuentes. Tanto las enfermeras generalistas como las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) de atención primaria deberían estar entrenadas e incluir al menos un examen pélvico de rutina a todas las mujeres mayores de 65 años, así como una exploración ginecológica completa ante la presencia de cualquier síntoma patológico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.156>