

insuficiencia cardíaca se asocia de forma independiente con mayor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.179>

PC-034

Aneurisma de aorta abdominal: a propósito de un caso



R. Gómez Vázquez^a, I. Patiño Amboaje^b,
L. Barros Vigo^b, N. Gesto Mouro^b, M.D.C. Mato
Baneira^c, B. Puente González^b, F. Álvarez Blanco^a

^a Urgencias Sanitarias 061, Santiago de Compostela,
La Coruña, España

^b Galimedical Los Arcángeles, Cacheiras-Teo, La
Coruña, España

^c Centro de Salud de Cacheiras, Cacheiras-Teo, La
Coruña, España

Objetivos: Conocer e identificar la sospecha clínica de un aneurisma de aorta abdominal

Metodos: Estudio descriptivo de un paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia venosa, diverticulosis. Presentaba dolor epigástrico que irradiaba a cuello de 2 h de evolución, cortejo vegetativo. A la llegada del médico el paciente presenta auscultación cardiopulmonar normal, exploración abdominal con abdomen blando, depresible molestia a la presión epigástrica, se palpa una masa abdominal pulsátil con soplo. Constantes: PA 180/90 mmHg, FC 110 lpm, glucemia 118 mg/dl, spO_2 93% y ECG con RS a 110 lpm, PR a 165 ms, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización y con extrasístoles ventriculares aisladas. Tras valorar al paciente y dadas la cifra de PA, se pauta enalapril sublingual de 5 mg y se diagnostica epigastralgia compatible con reflujo gastroesofágico y posible aneurisma de aorta abdominal, siendo derivado al hospital para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Resultados: En el hospital, tras la realización de ECO abdominal se detecta un aneurisma de aorta abdominal de 3,4 cm y diagnosticado también de reflujo gastroesofágico, siendo tratado con omeprazol y ondansetrón 1 amp/i.v. y es dado de alta a los 16 h tras el ingreso.

Conclusiones: El aneurisma de aorta abdominal es generalmente un proceso asintomático y su diagnóstico suele ser casual durante exploraciones realizadas por otros motivos.

Es fundamental hacer el diagnóstico de sospecha en atención primaria o en la residencia sociosanitaria, mediante la historia clínica y la exploración del paciente, en los pacientes susceptibles (mayores de 60 años, aterosclerosis y/u otros factores de riesgo cardiovascular) así como la palpación y auscultación de la aorta abdominal.

La ECO abdominal es la técnica de elección para la confirmación de sospecha diagnóstica, por sus altas sensibilidad, especificidad y eficiencia (coste/beneficio).

No hay un tratamiento médico específico y la evolución natural es hacia la rotura, por lo que resulta fundamental el diagnóstico previo, el seguimiento del paciente y, según el tamaño y las características, la cirugía programada, ya que la cirugía de urgencia asocia una alta mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.180>

PC-035

Atención domiciliaria urbana del paciente geriátrico no oncológico en una unidad de medicina paliativa



P. Procopio Balcedas, M. Ojeda Martín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de
Gran Canaria, España

Introducción: El paciente no oncológico está irrumpiendo cada vez más en las unidades de medicina paliativa, ya que necesita ayuda especializada al final de su vida.

Objetivos: Considerar el paciente no oncológico de diferentes patologías como clave para su control en el final de la vida.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes no oncológicos atendidos en el área urbana dependiente de la unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario. Se tuvieron en cuenta el diagnóstico y el porcentaje del total de pacientes atendidos.

Resultados:

Demencia	3
ERC	8
EPOC	1
Ictus	1
Alzheimer	2
Demencia Parkinson	1
Pluripatología	4
Insuficiencia respiratoria global	1
Parkinson	1
ICC	2
EAO + FA	1
Angor intestinal	1
SIC IV-Deterioro cognitivo	1
Pluripatología-Fx cadera	1
Cirrosis hepática + HTP + VE	1
ELA	1
Total	30

Oncológicos	Pacientes	%
Total pacientes controlados	113	100,00
Oncológicos	83	73,45
No oncológicos	30	26,55

Conclusiones:

1. El paciente no oncológico es objetivo terapéutico y juega un papel importante en las unidades de medicina paliativa para su control en el final de su vida.
2. El trabajo conjunto entre geriatría y resto de especialidades, junto con la atención primaria y unidades de medicina paliativa, es fundamental para controlar al paciente no oncológico avanzado.
3. El total de pacientes controlados fue 113, de los que 30 fueron no oncológicos, es decir, un 26,55% de los pacientes atendidos, cifra que se está incrementando.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.181>