

- 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 fopénea 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

### Bacteremia 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

conocimiento. Al examen físico destacaba temperatura de 39 °C y una saturación del 82% basal. En la analítica destacaba leucocitosis de 16.600 WBC y elevación de la PCR (111), además de una gluemia de 507 mg/dl.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino y en hemocultivos se identificó crecimiento de *Cellulosimicrobium cellulans*. Se modificó el antibiótico por amoxicilina-clavulánico según antibiograma y se descartó endocarditis sobre prótesis. Dada la nula mejoría clínica de la paciente, se decide realizar ecografía transesofágica, donde se detecta una imagen compatible con vegetación a nivel valvular sin afectación perianular ni del funcionalismo valvular con función del ventrículo izquierdo conservado.

Se modificó el antibiótico por vancomicina más linezolid y se desestimó retirar material protésico. La duración del tratamiento tras 4 semanas no negativizó los hemocultivos, presentando un empeoramiento clínico con edema agudo de pulmón y anemia (hemoglobina 7,1 g/dl). Se decidió limitar medidas, con suspensión de antibiótico por la toxicidad asociada y posterior reintroducción de amoxicilina-ácido clavulánico. Tras 23 días de tratamiento se decidió alta a hospital de media estancia para intentar recuperar funcionalidad y cerrar ciclo antibiótico.

La endocarditis por *Cellulosimicrobium cellulans* apenas está descrita en la literatura en pacientes, especialmente en ancianos, siendo un reto diagnóstico y terapéutico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.352>

#### PC-207

##### Meningitis criptocócica en paciente anciano: a propósito de un caso



J.I. Velasco Lavalle, M.D.M. Magariños Losada, R. Malfeito Jimenez, L. Gamonal Gonzalez, J.R. Martinez Calvo

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

**Introducción y objetivos:** La criptococosis es una enfermedad micótica que se adquiere por inhalación de blastosporas disecadas y afecta los pulmones; este organismo tiene predilección por el sistema nervioso central y, por tanto, la enfermedad se diagnostica en la mayoría de los casos como criptococosis meníngea. Generalmente se presenta en pacientes inmunodeprimidos, afectando de especial manera a pacientes con infección por VIH. A continuación se describe un caso clínico de meningitis criptocócica en paciente no VIH.

**Métodos:** Varón de 86 años consumidor de un vaso de vino diario, antecedente de HBP y artritis reumatoide en tratamiento crónico con prednisona 10 mg al día, que acudió a urgencias por cuadro de varios días de evolución caracterizado por deterioro funcional (previamente era IABVD) y fiebre. Destaca ingreso 4 semanas antes en otro centro hospitalario con diagnóstico al alta de diarrea, dolor abdominal e insuficiencia renal aguda en contexto de retención aguda de orina. Ingresó en la unidad de agudos de nuestro servicio con la sospecha diagnóstica inicial de infección de tracto urinario.

**Resultados:** A su ingreso se solicitan pruebas complementarias (analítica, hemocultivos y urinocultivos y ecografía abdominal), siendo los resultados compatibles con ITU por *E. coli* sensible a antibioterapia pautada sin bacteriemia asociada. Pese a dicho tratamiento, el paciente persiste febril y con fluctuación del nivel de consciencia, por lo que se realiza TAC cerebral, que muestra «foco hipodenso en cápsula externa izquierda sugestivo de patología isquémica, sin poder precisar aguda o crónica», ampliando estudio con punción lumbar. El líquido cefalorraquídeo presentaba hipoglicorraquia, hiperproteíorraquia y predominio de mono-

nucleares. Con la sospecha inicial de meningitis, tras decisión de limitación del esfuerzo terapéutico consensuado, el paciente fallece. Se obtienen *post mortem* resultados de microbiología del LCR: tinta china y cultivo positivos para *C. neoformans*.

**Conclusiones:** Nuestro objetivo con esta comunicación es hacer hincapié en que, a pesar de que la meningitis criptocócica se atribuye generalmente a pacientes con sida, hemos de considerar otros factores inmunosupresores, como en nuestro caso, la corticoterapia crónica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.353>

#### PC-208

##### Hematoma retroperitoneal masivo y parada cardiorrespiratoria en paciente anciano. ¿Reiniciarías la anticoagulación?



I. Pulido González, I. Ramos Gómez, A. Merlán Hermida, H.S. Rosario Mendoza, J.A. Martín Armas, A. Conde Martel

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

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio IIIA, trombosis venosa profunda y cardiopatía isquémica que es diagnosticado de fibrilación auricular paroxística en el servicio de urgencias de nuestro centro. Dado que el paciente presenta un CHA2DS2-VASc de 5, se decide iniciar tratamiento con acenocumarol. Se pauta, de cara al alta desde el servicio de urgencias, enoxaparina (1 mg/kg cada 12 h) y acenocumarol (4 mg/24 h) y se concierta una cita con Hematología para realizar pauta de acenocumarol. Cuando acude a su primera de cita de control se objetiva INR mayor de 13. En la anamnesis, el paciente refiere caída casual hace 10 días y dolor abdominal en las últimas 12 h, por lo que es derivado al servicio de urgencias. Se realiza ecografía abdominal urgente en la que se observa hematoma retroperitoneal de probable origen renal. Dado que el paciente presenta empeoramiento progresivo e inestabilidad hemodinámica (requiere hasta 3 concentrados de hemáties y catecolaminas), se decide realizar arteriografía selectiva en la que se localiza punto de sangrado y se efectúa embolización con buen resultado. A pesar de esto, en el contexto del deterioro de función renal y la hiperpotasemia asociada, el paciente presenta parada cardiorrespiratoria que se recupera tras 7 min de reanimación cardiopulmonar avanzada. Tras estancia de un mes en la unidad de medicina intensiva, se traslada al servicio de medicina interna, donde se inicia tratamiento con anticoagulante oral de acción directa. Una vez se consigue la optimización clínica se decide alta a domicilio manteniendo el anticoagulante oral de acción directa (apixabán 2,5 mg cada 12 h). El paciente mantiene en la actualidad este tratamiento y se encuentra en seguimiento en consulta de medicina interna. En tres años de seguimiento no ha presentado complicaciones hemorrágicas, episodios trombóticos ni deterioro de función renal.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.354>