

PC-036

Atención por el equipo de interconsulta hospitalaria del paciente geriátrico no oncológico en una unidad de medicina paliativa



M. Ojeda Martín, P. Procopio Balcedas

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 que 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 resto del hospital por la unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario donde se tuvo en cuenta el diagnóstico, el porcentaje del total de pacientes atendidos y la edad.

Resultados:

ELA	1
Tatraparesia espástica	1
Síndrome de Guillain-Barré	1
Pluripatología	8
ERC	12
SIC	6
ICC	5
EPOC	4
Fibrosis pulmonar	2
Encefalopatía postanóxica	1
HDA	1
Cirrosis	1
VIH	1
Fibrosis	1
Demencia	1
Total	46

Edades pacientes	
> de 65 años	43
< de 65 años	3
Total	46

Total pacientes	242	%
No oncológicos	46	19,01
Oncológicos	196	80,99

Conclusiones: El paciente no oncológico es objetivo terapéutico y juega un papel importante las unidades de medicina paliativa para su control en el final de su vida. El equipo de soporte intrahospitalario juega un papel fundamental en el paciente geriátrico al final de su vida.

El trabajo conjunto entre geriatría, resto de especialidades y unidades de medicina paliativa es fundamental para controlar al paciente no oncológico avanzado.

El total de pacientes controlados fueron 46, siendo la mayoría (43) el paciente geriátrico y no oncológico o pluripatológico. Del total de pacientes atendidos en 4 meses por el equipo de interconsulta, el 19,1% eran no oncológicos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.182>

PC-037

Atención domiciliaria rural 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 rural dependiente de la unidad de medicina Paliativa del Hospital Universitario. Se tuvo en cuenta el diagnóstico y el porcentaje del total de pacientes atendidos.

Resultados:

EPOC	3
Pluripatología	10
ERC + EPOC + úlceras	1
ELA	1
ICC	2
LMC + Cacc Pleural	1
Masa de origen desconocida cervical	1
ERC	4
Alzheimer	1
Fibrosis pulmonar	2
Esclerosis Múltiple	1
Corea de Huntington	1
Parálisis supranuclear progresiva	1
Total pacientes no oncológicos	29

Pacientes totales	64	100
No oncológicos	22	34,37
oncológicos	42	65,62

Conclusiones: 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. El área rural coordinada con una unidad específica influye en el buen control del paciente no oncológico y pluripatológico.

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.

El total de pacientes controlados fueron 64, de los que 22 fueron no oncológicos, es decir, un 34,37% de los pacientes atendidos, cifra que se está incrementando. Todos fueron pacientes geriátricos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.183>

PC-038

A propósito de 2 casos de derrame pericárdico de etiología poco común



V. Alvarez Vidal, L. Dib

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

Objetivos: Reflexionar sobre otras posibles etiologías del derrame pericárdico individualizando las características de nuestros pacientes pluripatológicos con el fin de llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Métodos y resultados: Caso clínico 1: síndrome de Dressler. Mujer 91 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, ictus y SCAEST 10 días antes.

Ingresa por fiebre y disnea en relación a derrame pericárdico con signos de taponamiento demostrados ecográficamente y derrame pleural izquierdo. ECG: alternancia eléctrica con alteraciones en la repolarización. Valorado por cardiología, se realiza cardiocentesis de 2.100 cc y toracocentesis (400 cc). El estudio de ambos líquidos, junto con las pruebas complementarias, descartó causas infecciosas y tumorales.

Se instaura tratamiento con AAS y colchicina, con disminución en días de ambos derrames.

Dado el antecedente de SCASEST la semana previa, se ha asociado el derrame al mismo, el denominado síndrome de Dressler.

Caso clínico 2: derrame pericárdico por hipertiroidismo. Varón, 82 años, EPOC, FA no ACO por sangrado de úlceras gástricas, al que se le descubre derrame pericárdico e hipertiroidismo antes no filiado que de forma voluntaria suspende antitiroideos.

Impresiona que en control ambulatorio (antes de suspensión antitiroideos) presentaba mejoría de la fatiga y el derrame se redujo.

Ingresa un mes después por anorexia y diarrea secundaria a fármacos.

En pruebas complementarias: anemia, hipoglucemia, aumento de parámetros inflamatorios, TSH prácticamente indetectable y hormonas tiroideas elevadas con anticuerpos negativos. Se realiza ecocordio, en el que se evidencia recidiva del derrame pericárdico.

Se instaura nutrición parenteral, sueros y reintroducción tratamiento antitiroideo. El TC toracoabdominopéptico descarta la presencia tumoral y se observa resolución completa del derrame pericárdico coincidiendo con normalización de hormonas tiroideas, por lo que se interpreta secundario al hipertiroidismo.

Conclusiones: A pesar de que la causa más frecuente de derrame pericárdico sea infecciosa por virus, no debemos descartar otras entidades menos comunes.

El síndrome de Dressler es un tipo de pericarditis de posible base autoinmune que puede asociarse a derrame pleural y ocurre como complicación de un IAM en el 1%.

Asimismo está el hipertiroidismo; aunque sea una causa muy rara de derrame, mucho más que el hipotiroidismo, hay casos corroborados que responden a tratamiento antitiroideo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.184>

PC-039

Isquemia crónica de la arteria mesentérica superior en una mujer anciana

S.L. Muñoz Yépez, S. González Chávez, J. Vázquez Grande, M.A. García Alhambra, F.J. Ortiz Alonso, J.A. Serra Rexach, V. Romero Estarlich

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de la isquemia mesentérica crónica en la población anciana y su tratamiento. A propósito de un caso.

Caso clínico: Mujer de 79 años con dolor abdominal inespecífico, localizado en mesogastrio y epigastrio y no irradiado, inmediato a la ingesta, de 20 min de duración, que no mejora con medidas posturales ni modificaciones dietéticas. Además, miedo a comer y pérdida de 8 kg en los últimos 4 meses.

La paciente era independiente para todas las actividades de la vida diaria y para las instrumentales. No deterioro cognitivo. En los antecedentes médicos destacaban: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Las pruebas complementarias iniciales fueron normales (analítica de sangre, ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta). En la angio-TAC abdominal se objetivó estenosis de la arteria mesentérica superior, sin datos de isquemia

aguda, con arteria mesentérica inferior permeable. En la arteriografía se encontró estenosis severa del origen del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Se realizó entonces angioplastia y colocación de dos stents no recubiertos en las zonas de estenosis descritas.

La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta hospitalaria a las 48 h. A los 5 años de seguimiento ambulatorio, la paciente continuaba asintomática.

Discusión: La estenosis de la arteria mesentérica superior de origen aterosclerótico es frecuente en los ancianos, y su prevalencia es de hasta el 67% en mayores de 80 años. Los síntomas son inespecíficos en el 78% de los casos, lo que hace que el diagnóstico se oriente a otras probabilidades, por lo cual se requiere una alta sospecha diagnóstica. Existen dos opciones principales de tratamiento: la reperfusión endovascular y la quirúrgica. La cirugía ofrece mayor probabilidad de permeabilidad vascular a 5 años. Sin embargo, siempre que sea técnicamente factible se elige como tratamiento inicial un abordaje endovascular, con angioplastia con o sin stent, ya que el riesgo de complicaciones posquirúrgicas es menor, así como la estancia hospitalaria y el coste total.

Conclusiones: Es importante sospechar la presencia de esta entidad, ya que la reperfusión endovascular con respecto a la cirugía abierta ofrece mejores resultados a medio plazo en morbilidad, mortalidad, complicaciones hospitalarias, mejorando la calidad de vida del paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.185>

PC-040

Análisis de la gravedad de los errores de conciliación producidos en el servicio de urgencias

I. Taladriz Sender, M. Muñoz García, B. Montero-Errasquin, N. Espadas Hervás, T. Bermejo Vicedo, A. Cruz-Jentoft, E. Delgado Silveira

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Analizar la gravedad de los errores de conciliación (EC) producidos en el servicio de urgencias (SU) en pacientes que ingresan en la unidad de agudos de geriatría (UAG).

Cuantificar y describir las discrepancias encontradas y los EC.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la UAG del 1 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017; se excluyeron los pacientes en cuidados paliativos. Se comparó el tratamiento crónico del paciente, recogido por el farmacéutico mediante entrevista al mismo y/o cuidador principal, con el tratamiento prescrito en el SU. Se clasificaron y cuantificaron las discrepancias. Se distinguieron entre EC que llegaron al paciente y los interceptados a tiempo. Se clasificaron los errores de medicación atendiendo a la gravedad según la clasificación de *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*. Variables: demográficas, número de patologías crónicas, número de fármacos crónicos, polimedicación (> 5 fármacos crónicos). Tipo de discrepancia, tipo de EC según el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes, 68,6% mujeres (109), edad media: $92,4 \pm 3,9$ años. Mediana de patologías crónicas por paciente: 5 (0-12), mediana de fármacos crónicos: 7 (1-24). El 73,6% (117) estaba polimedicado. El 33,3% (53) tuvo al menos un EC. Media de EC por paciente: $1,7 \pm 1$. Se detectaron 88 EC, alcanzando un 78,4% (69) al paciente. Atendiendo a la gravedad, el 49,2% se clasificaron como categoría C, el 40,6% como D y el 10,2% como E. En

