

**Resultados:** El SPH es una complicación de la EP precipitada habitualmente por los cambios en el tratamiento dopaminérgico. La singularidad de nuestro caso radica en que el paciente no recibía tratamiento, siendo la hipertermia y deshidratación presumiblemente los responsables.

**Conclusión:** El SPH es una complicación infrecuente pero muy grave de la EP. Es importante su identificación temprana y diferenciarlo de otras entidades como la hipertermia maligna, ya que el ajuste del tratamiento antiparkinsoniano y la terapia de soporte, incluso intensiva, repercuten sobre el pronóstico vital de estos pacientes.

#### 20417. MENINGOENCEFALITIS EN ADULTO POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*: UNA CAUSA INFRECUENTE

Portela Martínez, L.; Sosa Luis, J.; García Domínguez, J.; Boto Martínez, R.; Lozano López, M.; Contreras Chicote, A.

*Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos:** *Mycoplasma pneumoniae* es un conocido agente de neumonía atípica en jóvenes y meningoencefalitis en niños, no siendo tan evidente su protagonismo en adultos. Los antecedentes epidemiológicos son relevantes en la sospecha clínica. Describimos un caso inusual por la edad de presentación.

**Material y métodos:** Mujer de 24 años hipotiroidea, acude por cuadro agudo de alteración del comportamiento, rigidez nuchal, estereotipias, lenguaje reiterativo y bradipsiquia. Diez días antes presentó tos seca, mialgias y fiebre de 39,5 °C, con consolidado neumónico, tratada con amoxicilina/clavulánico. Ante la sospecha de meningoencefalitis, se realiza punción lumbar que muestra leucocitosis monocítica y proteinorraquia. Un EEG urgente demuestra lentificación del ritmo de fondo, sin actividad epileptiforme.

**Resultados:** Se sospecha encefalitis de etiología vírica versus microorganismos atípicos y se inicia levofloxacino 1 g/12 h y aciclovir ajustado a peso. En el estudio microbiológico se descartan otras etiologías y se objetiva positividad de anticuerpos IgM e IgG para *Mycoplasma pneumoniae*, confirmado por PCR en exudado nasofaríngeo. Se retira entonces aciclovir y se mantiene levofloxacino. Durante el ingreso presenta mejoría progresiva hasta el alta.

**Conclusión:** La afectación del sistema nervioso central ocurre tan solo en el 0,1% de los individuos con neumonía atípica por *M. pneumoniae*, llegando al 7% en hospitalizados y siendo la encefalitis la manifestación más frecuente. En nuestro caso, el antecedente de neumonía fue clave para el diagnóstico, pues la prevalencia de este microorganismo alcanza hasta el 26% de las infecciones del tracto respiratorio inferior, con mayor incidencia entre los 30-40 años.

#### 20935. VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA LA PREDICCIÓN DE *DELIRIUM* DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Sánchez Bueno, M.<sup>1</sup>; Carpio de la Peña, R.<sup>2</sup>; Cano Martínez, J.<sup>1</sup>; Pérez García, M.<sup>3</sup>; Leal Llopis, J.<sup>4</sup>; Villaverde González, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Morales Meseguer; <sup>2</sup>Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer; <sup>3</sup>Unidad de Docencia y Formación Continuada. Hospital General Universitario Morales Meseguer; <sup>4</sup>Unidad de Calidad e Investigación. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

**Objetivos:** Validar una escala para predicción de *delirium* en pacientes hospitalizados.

**Material y métodos:** Se elaboró una escala de riesgo de *delirium* en base a factores predisponentes y su peso relativo, a partir de la bibliografía: demencia (5 puntos), *delirium* previo (5 puntos), edad (70-80: 1 punto, 80-85: 2 puntos, > 85: 3 puntos), mala capacidad visual (2 puntos), hipoacusia grave (2 puntos), fractura hueso largo o anestesia general o UCI (3 puntos), dependiente > 1 actividad básica (2 puntos),

abuso de alcohol (3 puntos), deshidratación (3 puntos). Se formó a personal de enfermería en *screening* y diagnóstico precoz de *delirium*. Se obtuvo la puntuación de la escala en 144 pacientes, ingresados en 4 plantas diferentes (medicina interna, urología, traumatología y neurología). Diariamente se evaluaba la presencia o no de *delirium* mediante AWOL *delirium* score y 4AT score. Se construyeron curvas ROC, se calculó el área bajo la curva, sensibilidad, especificidad y valores predictivo positivo y negativo.

**Resultados:** La prevalencia de *delirium* fue del 20,1%. El área bajo la curva fue de 0,917 (0,869-0,965). El punto de corte de 4 puntos determinó la sensibilidad (0,896) y especificidad (0,763) más alta, conjuntamente para la predicción de *delirium*, con un índice de Youden de 0,66, valor predictivo positivo de 0,49 y valor predictivo negativo de 0,97.

**Conclusión:** Presentamos una escala predictiva de *delirium* con capacidad para prevenir la aparición de *delirium* en pacientes hospitalizados. El punto de corte de 4 puntos permite identificar pacientes en riesgo, en los que se podrían iniciar medidas de prevención del *delirium*.

### Neurología general P7

#### 20194. ATAXIA Y NISTAGMO PENDULAR EN UN CASO DE HIPOMAGNESEMIA GRAVE

Polanco Fernández, M.; Rivera, M.; Gangas Barranquero, L.; Manrique Arregui, L.; Loza, R.; Valera, A.; Martínez de la Fuente, P.; Lage, C.; Infante Ceberio, J.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Objetivos:** La hipomagnesemia puede manifestarse con síntomas neurológicos como temblor, tetania, crisis epilépticas y, con menor frecuencia, en forma de ataxia cerebelosa aguda asociada a trastornos oculomotores, con frecuencia un nistagmo vertical. Describimos un paciente que debutó con un nistagmo pendular y ataxia en el contexto de una hipomagnesemia grave.

**Material y métodos:** Varón de 64 años en tratamiento con omeprazol y con antecedentes de hipomagnesemia leve. Tras un proceso de gastroenteritis se presenta con un cuadro de 3 días de dolor abdominal, náuseas, mareos y diplopía. En la exploración presentaba un nistagmo pendular horizontal en posición primaria que viraba a vertical en la mirada lateral, junto a un síndrome cerebeloso y mioclonías en extremidades.

**Resultados:** La TAC y angioTC no mostraron alteraciones. Las pruebas de laboratorio revelaron una marcada hipomagnesemia con niveles indetectables (< 0,5 mg/dl). Se realizó una reposición de magnesio inicialmente intravenosa y posteriormente oral. El nistagmo pendular se resolvió en las horas siguientes, y la ataxia en los días sucesivos, persistiendo 5 meses después un leve nistagmo horizonte-rotatorio en la dextroversión acompañado de diplopía.

**Conclusión:** Una hipomagnesemia grave puede presentarse en forma de ataxia cerebelosa aguda, que es reversible con el tratamiento repositivo. En este contexto las alteraciones oculomotoras de son frecuentes predominando el *downbeat nystagmus*, habiéndose descrito también casos de *flutter* ocular. El nistagmo pendular adquirido se compone de dos fases lentas, y es característico de las enfermedades desmielinizantes y algunos trastornos genéticos y metabólicos. No hemos encontrado descripciones de nistagmo pendular en contexto de hipomagnesemia.