

no cede con analgesia; un mes antes presentó pico febril de 40 °C y desde entonces afebril. No otra clínica asociada. Antecedentes médicos: destaca cardiopatía isquémica, enfermedad de tres vasos con revascularización miocárdica, estenosis aórtica severa con sustitución valvular aórtica por prótesis biológica. Funcionalmente índice de Barthel 100/100 y sin deterioro cognitivo. A la exploración física hemodinámicamente estable y afebril, AC: rítmico con soplo sistólico aórtico con 2°R disminuido AP: hipoventilación basal izquierda, abdomen: blando depresible no doloroso, EEL: lesiones petequiales en mitad inferior de ambas piernas.

Se solicitaron pruebas complementarias, destacando: leucocitos 7,31 mm, segmentados 84%, hemoglobina 9,3 g/dl, Cr 3,84 mg/dl, PCR 8,33 mg/dl. ECG: RS a 54 lpm. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo. Hemocultivos: *Enterococcus durans* / *Enterococcus faecalis*. RMN lumbar: espondilodiscitis en L2 y L3 complicada con absceso paravertebral en músculo psoas derecho y pequeños abscesos epidurales. TC abdomenopélico: absceso en psoas derecho, lesiones hipodensas esplénicas. Ecocardiograma transesofágico: velos engrosados con imágenes mamelonadas, móviles (la mayor de 11 × 8 mm) adheridas a los mismos y al anillo, con movimiento libre hacia el TSVI (que provoca estenosis de la prótesis) sugestivas de vegetaciones. Por encima del anillo se objetiva engrosamiento con tejido de diferentes ecogenicidades. RMN cerebral que evidencia infartos cerebrales agudos de etiología embólica.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica tardía por *Enterococcus (durans/faecalis)* con embolismos sépticos periféricos y centrales solicitando valoración por servicio de cirugía cardíaca realizando sustitución valvular por prótesis biológica e implantación de marcapasos por bloqueo AV completo. Se completa tratamiento antibiótico con ampicilina + ceftriaxona (por insuficiencia renal) completando 9 semanas de tratamiento con buena evolución clínica/radiológica de los procesos infecciosos.

Conclusiones: Ante la presencia de una espondilodiscitis con bacteriemia por *Enterococcus* spp. debe descartarse necesariamente la existencia de una endocarditis infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.357>

PC-212

Deterioro funcional como reacción adversa a la polifarmacia. ¿Qué hacemos?

L. Vargas Alata^a, D. Peña^b, J.J. Roldan^c, B. Perez^c, C. Echávarri^c, J. Alustiza^c

^a Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

^b Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Clínica Josefa Arregui, Alsasua, Navarra, España

Introducción: La iatrogenia farmacológica es uno de los condicionantes en la evolución en las diferentes patologías del paciente, a nivel tanto cognitivo como funcional. Presentamos el caso de una mujer de 71 años.

Antecedentes: Diabetes tipo 2, retinopatía diabética, hipertroidismo, trombosis venosa profunda, adenocarcinoma de sigma resuelto, fractura reciente de L4, infecciones de orina a repetición, inestabilidad de la marcha multifactorial. Trastorno distímico.

Índice de Barthel modificado por Shah 38/100, basalmente dependencia severa. Deterioro en actividades instrumentales de años de evolución relacionado con el cuadro psiquiátrico.

Tratamiento habitual: venlafaxina, mirtazapina, quetiapina, lorazepam, cloracepato dipotásico, gabapentina, zolpidem, sitagliptina,

metformina, lantus, tirodril, vitamina B1-6-12, ácido fólico, enoxaparina.

Ingresa por mal control de síntomas depresivos y deterioro funcional. Primer episodio de depresión a los 19 años. Desde entonces consumidora habitual de recursos sanitarios y de salud mental, con múltiples quejas somáticas.

En el último año, ingreso hospitalario prolongado por cuadro distímico en unidad de psiquiatría (agudos, media estancia, hospital de día) sin mejoría evidente.

Exploración psicopatológica: lenguaje reiterativo. Ideas de minusvalía, tristeza, anhedonia y apatía. Quejas somáticas múltiples, con manipulación de las mismas. No ideación autolítica estructurada. No trastornos de la sensopercepción ni vivencias de significado anormal. Inestabilidad en la marcha.

Análíticas y TAC craneal normales. Test neuropsicológico: afectación de la memoria, atención-ejecución y praxias.

Objetivo: Ajustar psicofármacos, iniciar terapia ocupacional y fisioterapia para recuperar la autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD) y recuperación de la marcha. Tras lograr dichos objetivos, presenta importante mejoría, siendo IABVD y marcha sin supervisión con ayuda de andador en trayectos largos.

Conclusión: El 80% de ancianos tiene alguna enfermedad crónica y muchos de ellos varias simultáneas. La polifarmacia añadida a esta pluripatología, junto a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, les hacen más sensibles a reacciones adversas farmacológicas. Una forma frecuente de presentación son los síndromes geriátricos.

El reconocimiento de las mismas a veces se confunde como empeoramiento de una enfermedad subyacente (interacción fármaco-enfermedad). Ello puede llevar a una intervención tardía e incluso que el problema se atribuya a una nueva entidad pudiendo introducir más fármacos, aumentando así el peligro de más RAM.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.358>

PC-213

Invaginación ileocólica secundaria a neoplasia de ciego en paciente nonagenaria. Abordaje quirúrgico

E.X. Toral Valdivieso, V. Garay Airaghi, P. Gil Gregorio, M. Vígara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: La invaginación intestinal constituye una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del adulto. La etiología es diversa, y lo más frecuente es que la obstrucción se corresponda con lesiones orgánicas malignas a nivel de colon y benignas en intestino delgado. La resección intestinal sigue siendo el tratamiento en la mayoría de las ocasiones, por el alto porcentaje en el que una lesión maligna es la causa subyacente.

Caso clínico: Paciente de 98 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de 72 h de evolución.

AP: HTA, dislipémica, en tratamiento con hierro por anemia ferropénica. Está diagnosticada de una probable neoplasia de ciego, mediante estudio baritado un año antes, consensuando con familiares no intervenir, dada la edad de la paciente.

Es independiente para las ABVD, realiza instrumentales y avanzadas. No tiene deterioro cognitivo.

En la EF destaca un abdomen distendido, RHA metálicos, empastamiento en mesogastrio y dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla vacía. Radiografía de abdomen:

