

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.

Análisis 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:



masa en FID e hipogastrio de unos 15 cm de diámetro máximo, en probable relación con tumoración en ciego.

Se realiza ecografía de abdomen que muestra invaginación de 15 cm del colon ascendente que arrastra al íleon terminal, sobre la localización de la masa conocida.

La TC toracoabdominal confirma el hallazgo anterior, descartando perforación y diseminación tumoral.

Se solicita valoración por cirugía general, siendo intervenida mediante hemicolectomía derecha laparoscópica sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

La anatomía patológica es compatible con adenocarcinoma enteroide infiltrante de bajo grado, T2 N0 M0.

Es dada de alta a los 7 días. Dos años después continúa en seguimiento en consultas externas, con la misma situación funcional y sin anemia.

Conclusiones: La invaginación intestinal es una patología altamente infrecuente en la población geriátrica; si no se interviene a tiempo, puede tener consecuencias devastadoras.

La buena reserva funcional de esta enferma y su situación basal contribuyeron de forma trascendental a la ausencia de complicaciones postoperatorias.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.359>

PC-214

Paciente con deterioro cognitivo grave, Parkinson avanzado y alteraciones conductuales graves. A propósito de un caso



V. Garay Airaghi, M. Vígara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: En pacientes geriátricos polimedicados con múltiples comorbilidades avanzadas, el control de las alteraciones conductuales supone un reto, existiendo poca literatura al respecto.

Caso clínico: Paciente varón de 79 años que ingresa por intento de precipitación en domicilio.

AP: Enfermedad de Parkinson estadio IV de Hoehn y Yahr de 10 años de evolución y demencia severa asociada. Dependiente para las ABVD. Deambula con andador y supervisión constante. Tratamiento habitual: oxibutinina en parche, carbidopa/entacapona/levodopa en dos formatos 150/37,5/200 cada 24 h y 200/50/200 cada 3 h; carbidopa/levodopa 25/100 cada 24 h, rivastigmina parche 9,5 mg, quetiapina 25 mg cada 24 h, duloxetina 60 mg cada 24 h y trazodona 100 mg cada 24 h.

En la EF se objetiva intensa ansiedad durante la anamnesis, importantes discinesias axiales y apendiculares, inquietud psicomotriz y heteroagresividad al mínimo contacto físico. Rigidez en rueda dentada bilateral, de predominio en MMSS.

Se realiza cribado orgánico donde se descarta foco infeccioso y evento agudo a nivel central. Dada la polifarmacia, se procede a la retirada del parche antimuscarínico. Se aumenta el intervalo de administración de carbidopa/entacapona/levodopa 200/50/200, retirando las otras formulaciones. Las discinesias se resuelven de forma progresiva.

Ante la persistencia de síntomas conductuales con agitación psicomotriz, se intensifica la pauta de trazodona y se añade quetiapina prolong en desayuno y cena junto con quetiapina de liberación normal para favorecer el sueño, con mejoría parcial, pues presenta buen descanso nocturno pero continúa precisando rescates de neuroléptico intramuscular durante el día. Finalmente se suspende duloxetina y se inicia paroxetina hasta alcanzar dosis de 20 mg. La mejoría clínica posterior es notable, mostrándose tranquilo y colaborador. Acude a terapia ocupacional a diario,

con participación adecuada y deambulando por paralelas con supervisión.

Conclusiones: En pacientes con deterioro cognitivo polimedicados, una valoración clínica exhaustiva y el ajuste periódico de medicación constituyen puntos trascendentales para un manejo adecuado.

Aunque la paroxetina se incluye dentro de los fármacos no recomendados según los criterios STOPP-START, en este caso contribuyó a resolver el trastorno conductual de nuestro paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.360>

PC-215

Síndrome confusional agudo hipoactivo e hiperactivo en nonagenario pluripatológico intervenido por fractura de cadera



V. Garay Airaghi, A. Capón Sáez, J. Mora Fernández

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: La fractura de cadera por fragilidad resulta un problema sanitario de primera línea: presenta elevada mortalidad al año, genera gran gasto de recursos y supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes con dificultosa recuperación funcional.

Caso clínico: Varón de 94 años que presenta fractura subcapital de fémur derecho tras caída casual. Parcialmente dependiente para las ABVD, deterioro cognitivo leve de perfil vascular, deambula con andador, buen apoyo social.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, DM de mal control, ERC estadio IIIB, EPOC con oxígeno domiciliario, SCACEST en 2010 con FEVI del 14% en último ecocardiograma, síndrome de Guillain-Barré en 2006 con cuadro miasteniforme residual y crisis parciales complejas.

Tratamiento habitual: lamotrigina, insulino-terapia con dos antidiabéticos orales, dos nebulizadores, parche de rivastigmina, atorvastatina, ivabradina, higratona, sertralina, Adiro.

Evolución: Tras intervención quirúrgica con anestesia general presenta SCA hipoactivo en el contexto de infusor externo con opiáceos. Se mantiene con 24 h de lavado farmacológico y correcto control de analgesia, debutando con SCA hiperactivo consistente en alucinaciones visuales y marcada agitación psicomotriz. No se controlan los síntomas con quetiapina y finalmente se opta a mínimas dosis de aripiprazol por vía oral. Durante toda esta evolución el paciente permanece en dieta absoluta dado el alto riesgo de broncoaspiración, dificultando el manejo de la sueroterapia y diuréticos intravenosos (insuficiencia cardíaca y ERC reagudizada por rabdomiolisis). La transfusión sanguínea en la anemización posquirúrgica esperable obliga a vigilar más intensivamente mínimos signos de insuficiencia cardíaca.

Se procede a la retirada de antidepresivo y reajuste de insulino-terapia. Buen control del dolor. Tras inicio de terapia ocupacional, presenta insuficiencia cardíaca leve que precisa aumentar diurético habitual por vía oral. La intolerancia a IECA y a betabloqueantes no permite optimizar la farmacoterapia para la insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: El SCA acompaña complicaciones intrahospitalarias, prolonga la estancia hospitalaria y ensombrece el pronóstico. Su correcta identificación y manejo son prioritarios. La correcta valoración pre, inter y postoperatoria es crucial para este perfil de pacientes. Al alta, es importante la comunicación con atención primaria para gestionar descompensaciones y evitar reingresos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.361>