

tica por déficit de B₁₂ y deterioro cognitivo de origen vascular (TAC: enfermedad de pequeño vaso y atrofia cortico-subcortical; MMSE 20/30), índice de Charlson 10,7; Barthel 20/100. Vive en centro residencial. Ingresa en otorrinolaringología por hemorragia nasal severa. Durante el ingreso sufre SCA hipoactivo que impide alimentarla, por lo que, tras valoración por geriatría, indica NE por SNG con fórmula enteral hiperproteica hipercalórica diabética.

Evolución: Al regreso a su residencia se procede a VGI con: síndrome confusional hipoactivo, MNA-11, UPP sacra estadio IV y albúmina 2,5. Inicia un programa de intervención nutricional (IN) exhaustivo con control de factores de riesgo, comorbilidades y registro dietético. Tras mejoría de situación cognitiva, se retira SNG, reiniciando tolerancia oral con dieta y SNO con dieta oral hiperproteica hipercalórica diabética, por el beneficio que supone aportar menos volumen con la cantidad adecuada de proteínas y calorías. Controles nutricionales periódicos y obtención de niveles de albúmina 3,5, MNA-17, cicatrización de la úlcera sacra y aumento de peso al cabo de 6 meses. Desde el punto de vista cognitivo, mantiene MMSE 20/30 sin empeoramiento funcional.

Discusión: La IN individualizada y el empleo de fórmulas nutricionales adaptadas al perfil del paciente, como el caso que mostramos, junto al control adecuado de sus comorbilidades, en especial tras una hospitalización, no solo permite mejorar su estado nutricional sino mejorar la situación cognitiva y funcional, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.371>

PC-226

Sospecha de sumisión química en paciente mayor: ¿mito o realidad?



M. Lázaro del Nogal, C. Fernández Alonso, R.M. Moreno Rodríguez, C. León Serrano, C. Gil López, R. Castro Rodríguez, A.E. Santiago Sáez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Caso clínico: Mujer de 68 años con diagnóstico al alta del servicio de urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) de sospecha de sumisión química (SQ). Se trata de una paciente sin antecedentes personales de interés, salvo dislipemia e hipertensión arterial bajo tratamiento con simvastatina y losartán, independiente para todas las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo ni enfermedad psiquiátrica. La paciente refiere que dos individuos desconocidos se abalanzaron sobre ella una mañana de otoño en la vía pública espolvoreándola con alguna sustancia que la dejó aturrida y confusa. Recuerda vagamente lo sucedido posteriormente. Refiere que se subió en un coche con ellos, acudió a su domicilio y les entregó todo el dinero que tenía en metálico. No refiere agresión sexual. Pasadas unas horas la paciente acude a un SU de hospital privado aportando informe con exploración física y pruebas complementarias normales. Aproximadamente 36 h después de lo sucedido acude al SU del HCSC refiriendo posible SQ. La paciente descarta haber consumido ningún tóxico y su familia descarta alteración del comportamiento reciente. Se activó el protocolo de SQ y se recogieron muestras biológicas (sangre y orina) previo consentimiento, realizando parte judicial y recomendando denuncia a la policía. Tres meses después se recibe el informe del análisis toxicológico-forense (ATF) realizado en el INTCF con resultado negativo.

Discusión: Se conoce la SQ como la utilización de agentes químicos para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento con fines delictivos, habitualmente robo o

agresión sexual. Recientemente se están registrando casos en pacientes mayores. Se presenta un caso de sospecha de SQ no confirmada. ¿Mito o realidad? En este sentido, conviene aclarar que el tiempo de evolución que pasa entre la exposición al tóxico y la recogida de muestras biológicas es clave para interpretar el resultado del ATF. Se ha documentado una ventana de detección estrecha, inferior a 12 h, tanto en sangre como en orina, para sustancias implicadas en casos de SQ como la burundanga o escopolamina, GHB o ketamina. Por tanto, un resultado negativo en el ATF tras 36 h de evolución no descarta la sospecha de SQ.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.372>

PC-227

Crisis comiciales en paciente con enfermedad de Parkinson avanzada tras parada cardiorrespiratoria



A. Carpintero Vara, M. Montero Magán, J. Verísimo Guillén, R. Rodríguez Fraiz, D. Pérez Soto

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente con enfermedad de Parkinson (EP) de 25 años de evolución que realiza parada cardiorrespiratoria en el contexto de TEP agudo y neumonitis broncoaspirativa y que durante el ingreso realiza movimientos tónico-clónicos compatibles con crisis comiciales.

Método: Paciente con EP de 25 años de evolución con mala vida basal (dependiente para ABVD, incapacidad para la marcha independiente desde 2013, caídas frecuentes), sigmoidectomía en 2001 por cáncer de colon con múltiples reintervenciones por laparocelia incarcerado; que en el contexto de TEP agudo y neumonitis sufre síncope tras el cual realiza parada cardiorrespiratoria atendida por equipo del 061 durante 6 min hasta conseguir pulso espontáneo; es necesaria la administración de noradrenalina por PAS sistemáticamente bajas. Ingresa en REA con una EF inicial en la que destacan roncus bibasales a la auscultación y una exploración neurológica ya dentro de la normalidad. La analítica post-RCP objetiva pH 7,1, aumento de troponinas, y la TC abdominal es compatible con suboclusión intestinal.

Resultados: Ingresado en REA, se inicia terapia con HBPM para TEP. Tras estabilización clínica, es trasladado al servicio de geriatría. Ya desde el ingreso comienza con movimientos erráticos de los cuatro miembros, descritos como «espasmos» y mantenidos durante 15-30 min que ceden coincidiendo con la disminución de las dosis de levodopa, pero que se repiten a pesar de llegar a retirar el fármaco. El EEG del paciente objetiva actividad δ rítmica e intermitente frontal (FIRDA), iniciándose tratamiento anticomitial con levetiracetam 1.000 mg/24 h. Una vez iniciado el tratamiento se consigue disminuir los episodios de movimientos tónico-clónicos.

Conclusiones: A pesar de que las crisis comiciales secundarias a la EP son un evento poco común, se relacionan con mucha más frecuencia tras un daño cerebral, por ejemplo, una parada cardiorrespiratoria (encefalopatía anoxo-isquémica ulterior). Después de eventos como la PCR es necesaria una estrecha vigilancia neurológica para la identificación temprana de posibles entidades secundarias a la anoxia cerebral como las mioclonías postanoxia. Generalmente existe una correlación electroencefalográfica que ayudará a dirigir el diagnóstico, ya que estas crisis pueden ser muy sutiles.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.373>