



## COMUNICACIONES ORALES

## ÁREA CLÍNICA. Demencia/paliativos

## OC-001

## Abordaje y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada en las etapas finales de la vida

J. Marttini Abarca<sup>a</sup>, M. Oviedo Briones<sup>b</sup>,  
B. Perdomo Ramírez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup> Hospital Central de la Cruz Roja Española - San José y Santa Adela, Madrid, España

**Objetivo:** Analizar el manejo paliativo y la adecuación de medidas en pacientes con demencia avanzada que fallecen ingresados en los Servicios de Geriatria de tres hospitales de Madrid. Comparar el manejo paliativo entre los distintos hospitales. Analizar los factores que influyen en la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo. Incluye pacientes mayores de 75 años (50 pacientes por hospital) con diagnóstico de demencia severa según la escala de deterioro global (GDS 6 o 7) o la escala de Cruz Roja Mental (CRM 4 o 5), en el periodo enero de 2015 a mayo de 2017 que fallecieron por cualquier causa.

**Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes con una edad media de 89 años; el 94 (63%) fueron mujeres; demencia tipo Alzheimer 60 (40%), de estos era grave en 65 (43%) y muy grave en 85 (57%). Los síntomas más frecuentes en las últimas 48 h fueron disnea, secreciones respiratorias, agitación y dolor. Los fármacos más usados para el control de síntomas fueron: opioides, benzodiacepinas, anti-térmicos, anticolinérgicos y neurolépticos. En las últimas 48 h, 47 (31%) recibieron antibióticos y 24 (16%) HBPM, pruebas de laboratorio 26 (17%). En 105 (70%) se retiró el tratamiento específico y en 22 (15%) no se inició. Órdenes médicas de no RCP si empeoramiento clínico: 136 (91%); planificación anticipada: 2 (1%); información a la familia sobre probable fallecimiento: 144 (96%). La AET se realizó en 123 (82%), de estos en 73 (59%) fue temprana, intermedia en 31 (25%) y tardía en 19 (15%). Horas desde la AET hasta el fallecimiento: 48. RIC [24-73,3].

Análisis comparativo: se encontraron diferencias en variables sobre cuantificación de síntomas y tratamientos aplicados y tiempo de estancia hospitalaria ( $p=0,02$ ).

Análisis multivariado: no se encontraron asociaciones entre la EAT y la edad, procedencia, grado de demencia, índice de Barthel e

índice de Charlson. Se encontró asociación entre la AET y estancia hospitalaria < 6 días, OR 3,7 (IC 95%: 1,8-7,3).

**Conclusiones:** 1. Control sintomático insuficiente. 2. Alto porcentaje de adecuación de medidas, indicación de no RCP, retirada de tratamiento específico e información a la familia. 3. Diferencias entre hospitales respecto al manejo farmacológico de los síntomas: heterogeneidad del criterio médico, no protocolos estandarizados a nivel nacional.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.002>

## OC-002

## Necesidad de cuidados paliativos en el área de psicogeriatría de un hospital psiquiátrico de Madrid

A. Cristoltan, M. Vales Arriols, P.M. Gómez García.

Complejo Asistencial Benito Menni-Hermanas Hospitalarias, Ciempozuelos, Madrid, España

**Introducción/objetivos:** La muerte es un proceso biopsicosocial intrínseco a la vida humana. Se observa un aumento de la esperanza de vida de nuestros residentes, acompañada de una importante disminución de la funcionalidad en etapas vitales finales. La mayoría de los pacientes con enfermedad psiquiátrica padecen enfermedades crónicas que cursan con numerosas reagudizaciones somáticas, dando lugar al fenómeno de «puerta giratoria» de los servicios de urgencias. El objetivo del presente estudio fue describir la población psicogeriatrica y enmarcar la necesidad de un cambio en el enfoque asistencial, dando lugar a la creación de una posible unidad de soporte de Cuidados Paliativos.

**Método:** Se llevó a cabo un estudio observacional correlacional de carácter transversal. Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio, estratificado por unidades. Se recogieron variables sociodemográficas, personales y clínicas mediante la aplicación de: cuestionario de variables sociodemográficas, escala de medición del riesgo de aparición de úlceras por presión de Norton, escala de medición del riesgo de caídas de Downton, índice de funcionalidad de Karnofsky, criterios de fragilidad de Fried, índice de Barthel y método volumen-viscosidad (MECV-V) para cribado de disfagia. Se realizó una estadística descriptiva global de las variables, a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas.