



## 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 Geriatría 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 socio-demográficas, 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.

**Resultados:** Se ha estudiado un total de 161 pacientes con una edad media de  $76,6 \pm 8,5$  años; 21 hombres y 140 mujeres. El estado civil predominante son los solteros, con un 66,4%, seguido por los casados, con un 44%. El 72,7% sin hijos, con una media de  $0,49 \pm 1,28$  hijos. El diagnóstico psiquiátrico más habitual es la esquizofrenia (40%), seguida de la discapacidad intelectual (16%). El 77,6% tienen una patología crónica asociada a su diagnóstico psiquiátrico, por lo que el 70,2% tienen pluripatología. El 50% de los residentes tienen un índice de Karnofsky inferior a 50 y Barthel inferior a 45 puntos. El 22,4% son frágiles y el 57,7% cumplen criterios de pre-fragilidad. El 61% presentan alteraciones en la deglución.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos del presente estudio han permitido objetivar la necesidad real de implantar una unidad de soporte de Cuidados Paliativos en nuestro centro.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.003>

## OC-003

### Uso de antibióticos en los últimos días de vida

C. Roca Rabionet<sup>a</sup>, N. Latorre Vallbona<sup>a</sup>, M. Barneto Soto<sup>b</sup>, S. Castejón Hernández<sup>a</sup>, M. Cruz Grullon<sup>a</sup>, M. Espaulella Ferrer<sup>b</sup>, J. Espaulella Panicot<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

<sup>b</sup> Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

**Introducción:** Las infecciones y los episodios febriles son complicaciones frecuentes en pacientes en final de vida. La decisión de tratar una infección o de retirar un tratamiento antibiótico en estos pacientes puede ser difícil por la dificultad de una acertada predicción del curso clínico y, con ella, la administración de la mejor intervención posible.

**Objetivo:** Cuantificar la prescripción de tratamiento antibiótico durante los últimos 7 días de vida de los pacientes que fallecieron en un hospital de atención intermedia, describir las características de los pacientes, y conocer la indicación, la vía de administración y la intención de su establecimiento (curativo versus sintomático).

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes fallecidos durante el periodo de octubre a diciembre de 2017. Disponemos en el territorio de un método de identificación de la complejidad clínica de los pacientes: el paciente crónico complejo (PCC) y el paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA).

**Resultados:** Fallecieron 95 pacientes; 33 pacientes (34,75%) recibieron antibiótico durante la última semana de vida. Edad media 85 años (80-92,5), 51,5% mujeres, Barthel previo 57,27%, 33,3% con demencia. Un 33,2% estaban identificados de MACA. No estaban identificados como pacientes con complejidad clínica un 45,6%. La mediana de estancia fue de 7 días (3-19,5). En un 63,6% la indicación fue por infección respiratoria y en un 15,2% por ITU. En el 69,7% se administró por vía intravenosa. La intención de tratamiento fue curativa en un 78,8%; en dos pacientes (6,1%) la indicación de tratamiento fue por diferencias entre las expectativas de la familia y el equipo.

**Conclusiones:** La identificación de pacientes con complejidad clínica y la elaboración de un plan terapéutico individualizado consensuado con el paciente y la familia permiten establecer el nivel terapéutico. Realizar planificación avanzada podría implicar mejorar las intervenciones paliativas en los pacientes en los últimos días de vida y disminuir la utilización de otras terapias, como la antimicrobiana.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.004>

## OC-004

### Análisis de la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos que ingresan con INR mayor de 3



I. Pulido González, H.S. Rosario Mendoza, I. Ramos Gómez, A. Merlán Hermida, J.A. Martín Armas, A. Conde Martel

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

**Objetivos:** Evaluar la relación entre el INR de nuestros pacientes en Urgencias y la mortalidad y el uso de tratamiento anticoagulante al alta.

**Método:** El Rufian es un estudio longitudinal observacional donde se incluyeron los pacientes que ingresaron en el Servicio de MI en el periodo de dos años (2014-2016) con fibrilación auricular no valvular (FANV). Se realizó seguimiento hasta junio de 2017.

**Resultados:** Durante 2014-2016 ingresaron en nuestro servicio 905 pacientes con el diagnóstico de FANV, siendo el 100% mayores de 65 años; de estos, un 45,5% (412) recibían tratamiento con fármacos antivitamina K (AVK). Disponemos de un total de 358 registros de INR en urgencias. El INR medio de la muestra es de  $4,1 \pm 2,9$  y la mediana es de 3,11. Solo el 27% (96) de los pacientes analizados presenta un INR en rango terapéutico. El 19,6% (71) presenta un  $\text{INR} < 2$  y el 54,4% (191) de los pacientes presenta un  $\text{INR} > 3$ . La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con  $\text{INR} > 3$  es del 12,6% (24), siendo del 60,2% (115) durante el seguimiento. Con relación a los pacientes con  $\text{INR} > 3$  que fueron dados de alta, el 64,4% (123) de los pacientes continuó con AVK al alta y en un 4,2% (8) se realizó cambio a anticoagulantes orales de acción directa. Al 15,7% (30) se les retiró la anticoagulación y el 11% (21) fue dado de alta con tratamiento antiagregante exclusivamente. El riesgo relativo de muerte en los pacientes con  $\text{INR} > 3$  es de 2,04 (1,33-3,12). Los factores que más se relacionan con la mortalidad en los pacientes con  $\text{INR} > 3$  son la enfermedad renal, la enfermedad hepática y ser mayor de 85 años.

**Conclusiones:** Solo uno de cada cuatro pacientes ingresa con valores de INR en rango en nuestro servicio. Los pacientes con  $\text{INR} > 3$  a su ingreso mueren más durante el seguimiento, relacionándose esto con la edad, la enfermedad renal y la enfermedad hepática. Solo se realizan 8 cambios (4,2%) a anticoagulantes orales de acción directa en pacientes que ingresan con sobredosisificación de anticoagulantes orales de acción directa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.005>

## OC-005

### Adaptación de una escala de valoración funcional para la detección de la alteración cognitiva leve en población urbana y rural catalana



N. López Matons<sup>a</sup>, I. Egido Pérez<sup>b</sup>, R. Espinalt Serra<sup>b</sup>, D. Conill Badell<sup>a</sup>, M. Soler Corominas<sup>b</sup>, G. Obrero Cusidó<sup>a</sup>, A. Martín López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UVGI Mutuam, Barcelona, España

<sup>b</sup> UVGI Mutuam, Girona, España

**Objetivo:** Validación del instrumento de valoración funcional «Everyday Cognition» (ECog) para la evaluación de las actividades de la vida diaria en pacientes afectados de alteración cognitiva leve (ACL). El objetivo secundario es valorar su sensibilidad para discriminar a pacientes afectados de ACL de controles sanos y pacientes con demencia.