PC-136

Desprescripción de neurolépticos

L. Yataco Carbajal[a], S. Castejón Hernández[a], M. Cruz Grullón[a], N. Latorre Vallbona[a], C. Roca Rabionet[a], M. Barneto Soto[b], M. Soldevilla Llagoster[b]

[a] *Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España*
[b] *Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España*

Objetivos:

1. Conocer la prevalencia del uso de psicofármacos al ingreso, al alta y a los 3 meses del alta.
2. Determinar el motivo de prescripción del NRL durante el ingreso.
3. Valorar el porcentaje de retirada de NRL durante el ingreso y a los 3 meses del alta.
4. Determinar la situación clínica a los 3 meses post-alta porcentaje de fallecimientos, recursos utilizados e institucionalización)

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría entre septiembre y diciembre de 2017 del Hospital Santa Creu de Vic.

Resultados: Se realizó seguimiento a los 3 meses de 74 pacientes. 77% mujeres, edad mediana 86 años, estancia mediana 19,35 días, IB previo 56,10, 78,38% pacientes con fragilidad moderada-avanzada, 63,51% con demencia. Al ingreso el 71,6% de los pacientes tomaban como mínimo un psicofármaco, el 39,2% neurolépticos. Durante el ingreso el 69% de los pacientes requirieron de tratamiento con NRL, el 52,94% por síndrome confusional. En el 44,44% de los pacientes que presentaron SCA se realizó desprescripción del NRL durante el ingreso. En el 100% de los pacientes se hizo la recomendación de la desprescripción en el informe de alta. A los 3 meses en un 12,5% se pudo realizar la desprescripción, no siendo posible en el 62,5% de los casos. Fallecieron un 20,27%, el 5,41% requirieron nueva institucionalización, el 14,86% requirieron ingreso hospitalario.

Conclusiones: Elevado uso de psicofármacos en pacientes ancianos. El ingreso en una unidad de atención intermedia en paciente con complejidad clínica genera el incremento del uso de neurolépticos, habitualmente por síndrome confusional agudo. Consideramos como buena práctica clínica el inicio de retirada de NRL durante el ingreso y sobre todo en el seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria para continuar la desprescripción.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.282

PC-137

Cómo abordar un angiosarcoma cardiaco desde un enfoque paliativista

J.C. Heredia Pons[a], P. Garibaldi[b], E.M. Nieto Ramos[a], M.A. Regodón Redondo[a], I. Bueno[b], C. Rodriguez[b]

[a] *Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España*
[b] *Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España*

Introducción: El angiosarcoma cardíaco (AC) es una patología de pronóstico desfavorable con sintomatología compatible con un cuadro constitucional y que lleva a diagnósticos tardíos con metástasis concomitantes en etapas avanzadas de la enfermedad.

Si bien una estrategia multidisciplinar mostraría resultados esperanzadores en el futuro, la mayoría de pacientes requieren aún un enfoque de tratamiento paliativista.

Objetivo: Exponer la historia de una paciente con AC, resaltando la importancia de un manejo paliativo integral.

Caso: Se valora a una mujer de 65 años por astenia y disnea progresivas y un examen físico anodino. El ECG muestra ondas T negativas de V1-V4, DIII y AVF y aplanada en DII, con una analítica sin alteraciones significativas. Tras una ergometría con un presíncope por hipotensión, la ecocardiografía transtorácica mostró un derrame periauricular derecho, y una resonancia magnética evidenció una masa compatible con un AC.

Tras desestimar oncología el tratamiento oncoespecífico, es derivada a cuidados paliativos, iniciando un enfoque integral centrado en el aspecto físico, psicoafectivo, espiritual y sociofamiliar. Se realizó una optimización del tratamiento mejorando su estabilidad clínica (disnea, estreñimiento pertinaz, hiporexia, insomnio, astenia, ansiedad, depresión, etc.). Se mantiene una conversación con la paciente y familiares, aportando la información que incluya pronóstico y las expectativas de manejo. La progresión de la enfermedad lleva finalmente a iniciar la sedación paliativa.

Conclusión: Los cuidados paliativos constituyen la forma más adecuada de atención del paciente con cáncer en fase terminal y familiares, siendo fundamental el continuar mejorando la calidad de los cuidados en momentos finales de la vida, debiendo formar parte de todo proceso asistencial.

Es pieza clave reconocer la fase terminal de vida, con síntomas irreversibles y refractarios que deberán ser controlados, acompañando a la paciente y a los familiares en la muerte, otorgándole toda la dignidad posible al enfermo.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.283

PC-138

Disfagia, incontinencia y heminegligencia: comienzo precoz vs. tardío en pacientes con enfermedad de Alzheimer

R. Yubero, R. Sosa, A. Tejera, P. Gil

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivo: Evaluar diferencias en disfagia, incontinencia y heminegligencia en estadios severos de la enfermedad de Alzheimer (EA) entre un grupo de pacientes de inicio temprano (por debajo de los 70 años: EOAD) y tardío (por encima de los 75 años: LOAD).

Método: Estudio observacional, prospectivo en pacientes con EA en estadio evolutivo severo (GDS6) en seguimiento en una unidad de memoria de geriatría. Se establecieron dos grupos de estudio: inicio temprano (por debajo de los 70 años) y tardío (por encima de los 75 años). Se recogieron variables demográficas, funcionales (incluyendo incontinencia urinaria y fecal con Barthel, KATZ y Lawton) y cognitivas con MMSE de Folstein y *Severe Mini Mental* de Harrell. Se valoró la presencia de disfagia, el tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del estadio severo, ingresos hospitalarios y neumonías (antes y después de GDS 6), tipo de IACE y/o memantina y parámetros analíticos (PCR, proteínas y albúmina). Análisis estadístico con SPSS 22.0.

Resultados: N = 63. 51% EOAD y 49% LOAD. 72,5% mujeres. El 34,4% tenían estudios primarios. Edad media al diagnóstico en EOAD: 65,94 vs LOAD 80,52. Edad media diagnóstico GDS 6 EOAD: 71,10 vs LOAD 84,10 años. Los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas, con mayor incidencia de los síntomas en LOAD, para disfagia ($p = 0{,}000$), incontinencia urinaria ($p = 0{,}003$), incontinencia fecal ($p = 0{,}000$), ingresos hospitalarios tras diagnóstico GDS 6 ($p = 0{,}001$) e ingresos por neumonía post GDS 6 ($p = 0{,}000$). Además, el grupo EOD presenta mayor heminegligencia vs LOD ($p = 0{,}000$). Los niveles de albúmina