

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 cardíaco 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. Rodríguez^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 EOAD presenta mayor heminegligencia vs LOD (p=0,000). Los niveles de albúmina

fueron más bajos en LOAD vs EOAD ($p=0,034$). El resto de variables exploradas no demostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión:

1. El inicio tardío en la EA se asocia a disfagia, incontinencia urinaria y fecal en estadios severos de la enfermedad (GDS: 6).
2. El inicio temprano en la EA se asocia con heminegligencia en estadios severos de la enfermedad (GDS: 6).
3. La diferencia entre EOD y LOD en la EA en estadios avanzados de la enfermedad parece relacionarse con desconexión cortico-subcortical.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.284>

PC-139

Programa de atención al paciente pluripatológico en el domicilio. Análisis de los pacientes fallecidos durante 2017

N. Stasi^a, J. Cruanyes^a, R.A. Sabaté^b, E. Villegas^c, P. Villacé^d, A. Rüz^a, A. Vilà^a

^a Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona, España

^b Parc Salut del Mar, Barcelona, España

^c Hospital Dos de Maig - Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^d Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Introducción y objetivos: Una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria diseñó un programa de atención al paciente crónico y pluripatológico con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial, mejorar la eficacia clínica y optimizar los recursos sanitarios. El objetivo es analizar los pacientes que han fallecido durante 2017.

Material y método: Inicio del programa: junio de 2011. Se seleccionaron pacientes con 2 o más ingresos en el último año, controlados por equipo multidisciplinar: internistas, geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. A las 24 h post-alta fueron visitados por internista/geriatra y enfermera (equipo de intervención). El paciente fue controlado por médico de cabecera y enfermera, disponiendo de teléfono directo atendido por enfermería. En caso de descompensación, el equipo de intervención realizaba hospitalización domiciliaria (HD) hasta estabilización. Variables evaluadas: edad, sexo, Barthel, Charlson, PROFUND, intervenciones de HD, estancias hospitalarias previas, lugar del fallecimiento y necesidad de sedación. Grado de satisfacción mediante encuesta aleatoria analógica (0-10).

Resultados: Se han incluido 1.377 pacientes entre junio de 2011 hasta diciembre de 2017. Durante 2017 han fallecido 152 con edad media 88 ± 6 (55% mujeres), de los cuales 70 (46%) con edad ≥ 90 años y de ellos 5% ≥ 100 años. Barthel 28 ± 26 . Charlson 4 ± 2 . Son pluripatológicos 141 (91%) con PROFUND 17 ± 5 . Promedio de días de estancia en el programa: 403. Durante 629 días precisaron HD, de los cuales 302 días (48%) fueron antibióticos (i.v.) y 203 (32%) perfusiones de furosemida. Las estancias hospitalarias se redujeron de 2,5 días a 0,7 por paciente. Han fallecido en domicilio 117 (77%); con sedación 50 (33%). Grado de satisfacción: 9.

Conclusiones: El programa ha conseguido controlar en domicilio pacientes crónicos pluripatológicos nonagenarios, reduciendo ingresos y estancias y con alto grado satisfacción, hasta su fallecimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.285>

PC-140

Tratamiento de úlceras y cicatrices con Indiba

C. Reig Gourlot, I. Puig Arce, A. García Liz, I. Toraño Caso

Complejo Intergeneracional Ciudad de Oviedo, Oviedo, España

Objetivo: Comparar la evolución de diferentes tipos de úlceras y cicatrices en pacientes institucionalizados utilizando el tratamiento de curas convencionales o el tratamiento con Indiba.

Método: Se trata de un estudio casi-experimental antes-después para comparar la evolución de tres pacientes en cuanto a la resolución de úlceras vasculares (UV), úlceras por presión (UPP) y cicatriz posquirúrgica (CPQ) utilizando el tratamiento mediante curas convencionales de enfermería y tratamiento con Indiba.

El tratamiento convencional en los tres casos consistió en curas de enfermería empleando diferentes tipos de cremas, parches hidrocoloides y apósitos.

UPP de larga evolución en glúteo derecho. Durante 12 semanas se hicieron curas tres veces por semana, tras lo cual seguía persistiendo fibrina en el lecho ulceral y escaso tejido de granulación.

UV con varios meses de tratamiento convencional, no habiéndose conseguido cerrar la úlcera y presentando mucho edema, eritema, sequedad cutánea y sensación de pesadez (este paciente estaba en seguimiento en CCEE de cirugía vascular).

CPQ de herida quirúrgica en zona abdominal tras intervención de urgencia por colecistitis aguda. Presentaba dehiscencia en la zona inferior de la herida con cicatrización por segunda intención no completa.

Tratamiento con Indiba de los tres casos.

UPP: se practicaron cinco sesiones en días consecutivos de 10 min de duración durante la primera semana y luego a días alternos la segunda semana.

UV: se practicaron cinco sesiones en días consecutivos de 30 min y posteriormente a días alternos la segunda semana.

CPQ: cuatro sesiones consecutivas con Indiba de 20 min y luego tres a días alternos la segunda semana.

Resultado: UPP: tras tratamiento con Indiba se aprecia que los bordes estaban bien delimitados y limpios. Se aprecia gran disminución de la fibrina y aparición de abundante tejido de granulación.

UV: desaparición del edema, mejoría de la coloración de la piel. Disminución del dolor y menos pesadez.

CPQ: resolución de la herida con cicatrización completa.

Conclusiones: El tratamiento con Indiba consigue una disminución importante del tiempo de resolución con respecto al tratamiento convencional. Parece una buena alternativa solo en o combinación.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.286>

PC-141

Utilidad del índice Paliar para predecir la mortalidad en nuestros pacientes institucionalizados

R. Padilla, J. Belmar, E. Martínez, A. Garnica

Hospital Santa Creu de Jesus, Tortosa, Tarragona, España

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice Paliar para predecir la mortalidad a los 6 meses en pacientes institucionalizados.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo realizado durante el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Se incluyeron 105 pacientes institucionalizados