

COMUNICACIONES ORALES

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-02 - DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS DEL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES PALIATIVOS (ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS) EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS, EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Blanco Taboada¹, A. Mata Martín¹, J. Castilla Yélamo¹, C. Escorial Moya¹, Y. Marín Fernández¹, R. Fernández Ojeda¹, M. Po-yato Borrego¹, S. Delgado Romero¹

¹Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- Mc Clung JA. End-of-Life Care in the Treatment of Heart Failure in Older Adults. 1. Heart Fail Clin. 2017 Jul; 13 (3): 633-644.

OBJETIVOS: Describir aspectos de manejo clínico en pacientes paliativos que fallecen en el hospital y establecer el perfil de estos pacientes en cuanto a datos demográficos, recogiendo actuaciones de la práctica clínica. Diferenciamos dos grupos de pacientes, oncológicos y no oncológicos, con el objetivo de visualizar los datos obtenidos por separado, y poder identificar diferencias entre ambos grupos, de las que podamos obtener hipótesis, detectar áreas de mejora y nuevos aspectos a incorporar en la práctica clínica.

PACIENTES Y MÉTODOS: Analizamos una muestra de 89 pacientes en el periodo de Noviembre 2016-Diciembre 2017 ingresados en planta de Medicina Interna. Todos fallecen en el hospital. Es un estudio descriptivo retrospectivo, con información obtenida a partir del registro de historias clínicas. Se recogerán variables demográficas y establecemos un período dentro de las últimas 72 horas de vida de los pacientes recogiendo tratamientos farmacológicos administrados, síntomas refractarios al inicio de la sedación y simplificación del tratamiento, entre otros. Se analizan descriptivamente mediante hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS: De los 89 pacientes, 26 eran paliativos oncológicos (PO) y 63 paliativos no oncológicos (PNO). 51 eran mujeres y 38 hombres. La edad media del total de los pacientes fue 79,7 años. En el grupo de PO la media de edad fue de 73,4 años y en el grupo PNO de 82,9 años. La estancia media fue de 4 días, 5,2 días en los PO y 3,5 en los PNO. De los PO las neoplasias más frecuentes fueron las del aparato digestivo. En los PNO las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: pluripatología (31,7%) e insuficiencia respiratoria (23,8%). La medicación inyectable subcutánea que se mantiene prescrita en los últimos 3 días son la insulina y la heparina de bajo peso molecular (HBPM), siendo los resultados en cuanto a la HBPM un 42,3% en los PO, y un 57,1% en los PNO. Respecto a la insulina, un 19,2% en los PO, y un 26,9% en los PNO. Reciben antibióticos el 23,1% de los PO, y el 60,3% de los PNO. El 81 % de los pacientes tienen analgésicos pautados en su

tratamiento. Los analgésicos de 1º escalón más utilizados son el paracetamol, y la combinación paracetamol-metamizol. Los fármacos opioides administrados son la morfina en más de 2/3 de los pacientes. Reciben sedación paliativa el 69,7%; un 89% en el grupo de PO y en un 62% en los PNO. Los síntomas refractarios que indican el inicio de la sedación son el dolor y la disnea. Una vez iniciada la sedación paliativa, se simplifica tratamiento en menos de la mitad de los pacientes. La vía intravenosa se utiliza en un 99 % con respecto al 1% de uso de vía subcutánea.

CONCLUSIONES: El paciente paliativo que ingresa en nuestras plantas de Medicina Interna suelen ser pacientes de edad avanzada y pluripatológicos. Deberíamos potenciar el uso de opioides de forma pautada en lugar de los rescates a demanda y evitar la inducción de la sedación paliativa con morfina exclusivamente. Debemos mejorar respecto a la simplificación del tratamiento.

Es necesario que los profesionales incorporen el uso de la vía subcutánea en su práctica habitual y conozcan sus ventajas, siendo necesaria la formación continuada en cuidados paliativos en hospitales que no disponen de unidad especializada.

Podemos predecir que en un futuro próximo, con el envejecimiento poblacional, el aumento de la supervivencia de los pacientes con patología crónica y la mayor demanda social, los cuidados paliativos adquirirán un mayor protagonismo.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

EC-04 - SOBREDOSIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTE ORAL ANTIVITAMINA K AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Ferra Murcia¹, E. Vogt Sánchez¹, R. Fernández Garzón¹, F. Laynez Bretones¹, B. Hernández Sierra¹, P. Sánchez López¹, P. Hidalgo Pérez¹, F. Díez García¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Franco Moreno AI et al (2017) Direct oral anticoagulants: an update. Med Clin. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.11.042>.

OBJETIVOS: 1. Analizar las cifras del International Normalized Ratio (INR) al ingreso en pacientes anticoagulados. 2. Analizar las indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO) y las complicaciones presentadas durante el ingreso. 3. Análisis de las características, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades de nuestros pacientes en tratamiento anticoagulante oral.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, revisando los informes de alta y epicrisis de los pacientes ingresados en Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas (Almería) entre el 1 de Enero de 2018 y el 24 de Abril de 2018 con diagnóstico de sobredosificación de

tratamiento anticoagulante oral (TAO). Analizando mediante el programa estadístico Spss v21, la edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, indicación de TAO, comorbilidades, International Normalized Ratio (INR) al ingreso, modificación de tratamiento al alta, complicaciones y evolución clínica en el periodo actual de 2018.

RESULTADOS: En total se han analizado 49 pacientes con una edad media de 78 años (mediana de 81 años y desviación típica de 9,5). El 47% son varones y 26 pacientes (53%) mujeres. Hasta el 90% de la muestra son hipertensos, el 61% diabéticos y tan sólo el 38% no presentan dislipemia entre sus antecedentes. El 98% de los pacientes están bajo tratamiento con acenocumarol, encontrando 1 paciente (2%) con warfarina. La indicación de TAO más frecuente es la fibrilación auricular no valvular (71%), seguida de enfermedad tromboembólica venosa en el 12% de los pacientes y portadores de prótesis mecánica en un 6%. Al ingreso, el 98% de los pacientes presentaban un INR superior a 3,5 y el 30% superior a 10, siendo el valor más alto encontrado de 24 en 2 pacientes analizados.

Encontramos 3 pacientes (6%) que presentaron hematomas, el 8% sangrado digestivo, el 2% urinario y el 2% cerebral. 1 paciente presentó derrame pericárdico sin signos de taponamiento cardiaco ni compromiso de llenado de cavidades cardiacas. En el 18% se recogía el antecedente de neoplasia y el 6% seguían con seguimiento activo por una neoplasia en el momento del estudio, con intervención quirúrgica reciente en 2 pacientes. En cuanto a la función renal, el 14% presentaban insuficiencia renal leve, el 18% moderada y el 4% severa, 3 pacientes (6%) se encuentran en programa de hemodiálisis. Revisando los antecedentes vasculares, el 22% habían tenido algún evento cerebrovascular, el 6% enfermedad arterial periférica, el 16% cardiopatía isquémica. Junto al TAO, el 18% tomaban Ácido Acetil Salicílico, el 2% Clopidogrel y el 4% doble antiagregación (triple terapia).

CONCLUSIONES: En los 4 meses de duración del estudio, 49 pacientes han sido reclutados por presentar una alteración del INR al ingreso. Los motivos principales de ingreso han sido en un 51% infecciones respiratorias, 14% descompensación de insuficiencia cardiaca, 12% hematomas, un 4% hemorragia cerebral, 10% sangrado digestivo, 2% Infarto Agudo de Miocardio y en un 6% infecciones urinarias. De ello, se deriva que el 26% de los motivos de ingreso de la muestra han sido motivados por efectos indeseables de la anticoagulación oral. En cuanto a la modificación del TAO al alta, observamos que el 65% mantienen acenocumarol, el 2% warfarina, en el 2% de los pacientes se modificó a Rivaroxaban, el 4% a Dabigatran. En 4 pacientes (8,2%) se suspendió el tratamiento anticoagulante oral de cualquier tipo, el 4% se fue al alta con Bemiparina y el 12% con Enoxaparina. Los pacientes presentaron una estancia media de 12,8 días (mediana 10 días), falleciendo durante el ingreso 3 pacientes (6,1%).

El ajuste y control del TAO es fundamental para lograr la prevención de eventos cardioembólicos y también para minimizar la aparición de efectos hemorrágicos indeseables. Aún queda un largo camino por recorrer para ajustar los TAO y modificar a pautas basadas en Anticoagulantes de Acción Directos en aquellos pacientes cuyo control de INR no sea adecuado y cumplan las indicaciones.

EC-06 - EFICACIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON NUTRACÉUTICOS EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A ESTATINAS

L. García Pereña¹, J. Linares¹, A. Lluna¹, A. Arrébola², C. Aracil², J. Franco¹, J. Parra-Ruiz¹

¹Medicina Interna. Hospital HLA Inmaculada. Granada.

²Cardiología. Hospital HLA Inmaculada. Granada.

- Prillo A, Norata GD, Catapano AL. Curr Opin Lipidol 2017; 28: 458-64. 2 Marazzi G et al. Am J Cardiol 2017; 120: 893-7.

OBJETIVOS: El valor del colesterol LDL (LDLc) ha demostrado ser un factor de riesgo de primer orden para eventos coronarios y, en menor medida, para eventos cerebrovasculares, siendo mayor la reducción de este riesgo cuanto mayor es la magnitud de la reducción. Hasta ahora, las opciones de tratamiento para los pacientes intolerantes a estatinas estaban limitadas a ezetimiba y, recientemente a los inhibidores de PCSK9(1). Sin embargo, existen otras alternativas a estos fármacos, incluidas dentro del grupo de nutracéuticos, poco evaluadas y bastante denostadas por muchos clínicos. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia de dos preparados diferentes de levadura de arroz rojo en pacientes con necesidad de tratamiento hipolipemiente e intolerancia a estatinas

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® con el objeto de evaluar la variación de los valores lipídicos a los 3 y a los 6 meses de la introducción de este fármaco.

RESULTADOS: Se incluyeron 107 pacientes con intolerancia a estatinas y necesidad de tratamiento hipolipemiente. Los valores lipídicos basales fueron, Col: 242 mg/dL, HDLc: 49 mg/dL, LDLc: 161 mg/dL, TG: 118 mg/dL. Los valores lipídicos a los 3 meses fueron: Col: 206 mg/dL, HDLc: 51 mg/dL, LDLc: 135 mg/dL, TG: 101 mg/dL. Los valores lipídicos a 6 meses fueron Col: 196 mg/dL, HDLc: 44 mg/dL, LDLc: 118 mg/dL, TG: 103 mg/dL. La variación de colesterol y LDLc fue estadísticamente significativa tanto la comparación basal vs 3 meses como basal vs 6 meses (p<0,001), siendo próxima a la significación la comparación 3m vs 6m para colesterol basal y significativa para la variación de LDLc 3m vs 6m (p=0,001). Del mismo modo, la variación de los valores de TG alcanzó significación estadística en la comparación basal vs 6 meses (p=0,001). La tolerancia de los pacientes al tratamiento fue muy buena, sin que se tuviese que suspender el tratamiento por efectos secundarios en ningún paciente.

DISCUSIÓN: El tratamiento con OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® demostró la reducción de los valores de colesterol, LDLc y triglicéridos por encima del 20%, sin que existiesen efectos secundarios reseñables dado que ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento por intolerancia.

Esta reducción permitiría que una enorme mayoría de pacientes intolerantes a altas dosis de estatinas alcanzasen el objetivo de LDLc recomendado para su riesgo cardiovascular con monoterapia con estos nutracéuticos y, en el caso de pacientes tolerantes a dosis bajas de estatinas, permitiría su asociación, consiguiendo, de acuerdo a datos recientemente publicados, que cerca de un 70% de pacientes alcanzasen un LDLc < 70 mg/dL (2)

CONCLUSIONES: El empleo de OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® son una opciones alternativas al tratamiento con estatinas que consiguen reducciones del valor del LDLc superiores al 20%, que permiten obviar en algunas ocasiones la necesidad de utilizar inhibidores de PCSK9, y conseguir, en una gran proporción de pacientes, alcanzar el objetivo de LDLc recomendado.

Debido a los buenos resultados de su empleo, con ausencia de efectos secundarios reseñables, su empleo debería considerarse en pacientes con intolerancia a estatinas o en asociación con éstas, en caso de tolerancia a dosis bajas.

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-08 - ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIONES DE EPOC