

**COMUNICACIONES DE MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES BREVES**

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-01 FORMA DE INGRESO, TIPO DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES Y UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

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

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

- MERCADANTE S, BRUERA E. Opioid switching: a systematic and critical review. En: *Cancer Treat Rev.* 2006;32:304-15.

OBJETIVOS: Descripción de la forma de ingreso, técnicas invasivas, tratamiento coadyuvante y tipo de vía de administración de opiodes durante las últimas 72 horas de hospitalización de pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos) con el objetivo de visualizar los datos por separado y detectar áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Muestra de 89 pacientes en el periodo de Noviembre 2016-Diciembre 2017, ingresados en planta de Medicina Interna que fallecen en el hospital. Estudio descriptivo retrospectivo, con información obtenida del registro de historias clínicas, en las últimas 72 horas de vida. Se recoge la forma de ingreso, administración de opiodes, sedantes y técnicas invasivas empleadas. Se analiza mediante Excel.

RESULTADOS: De los 89 pacientes, 26 eran paliativos oncológicos (PO) y 63 paliativos no oncológicos (PNO). 51 eran mujeres y 38 hombres. Edad media 79,7 años. El 76,9% de PO fueron ingresados desde urgencias y el 23,1% ingresos programados; siendo el 100% de los PNO ingresados desde urgencias. De los PO el 5% mantenía una sonda vesical y el 3% sonda nasogástrica; mientras que en los PNO el 28% y el 3% respectivamente. La pauta de administración de opiodes más frecuente fue la morfina intravenosa pautada (46,1% de los PO y el 20,8% de los PNO); y la morfina intravenosa de rescate (19,2% de los PO y el 47,6% de los PNO). La morfina oral, solo se usó en el 3,8% de los PO y el 1,6% de los PNO. El fentanilo transdérmico se utilizó en el 3,8% de los PO y el 3,2% de los PNO. Respecto al uso de sedantes, un 42% de benzodiazepinas y un 8% de neurolepticos en los PO; y en los PNO 24% y 10% respectivamente.

CONCLUSIONES: Hay que mejorar las vías de comunicación interdisciplinar (Atención Primaria, Paliativos y Medicina Interna) para facilitar a los pacientes paliativos (tanto oncológicos como crónicos y pluripatológicos) el ingreso programado. Potenciar el uso de opiodes de forma pautada, en lugar de a demanda, junto con el uso de coadyuvantes analgésicos que tratan las alteraciones psicológicas que acompañan al dolor. Es importante la simplificación del tratamiento a la hora de iniciar la sedación, retirando las técnicas invasivas empleadas. En un futuro habrá

mayor conciencia social sobre los principios bioéticos, junto a un incremento del envejecimiento poblacional, siendo imprescindible la formación continuada.

DP-03. VOLUNTADES ANTICIPADAS: PROMOCIÓN AL ALTA DE HOSPITALIZACIÓN.

C. Escorial Moya¹, J. Castilla Yélamo¹, S. Vidal Serrano¹, A. Blanco Taboada¹, J. Delgado de la Cuesta², R. Pérez Ramos³

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

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

³Enfermero. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- C. MENDEZ-MARTÍNEZ, R. CARRETERO-GUERRA. Las voluntades vitales anticipadas en Andalucía 2004-2014. En: *Semergen.* 2015; 41(3):119-122.

OBJETIVOS: Análisis crítico y propuesta de mejora sobre la promoción de voluntades anticipadas al alta, según el pronóstico de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como medida para sensibilizar sobre la necesidad de realizar las VVA se creó una herramienta en el informe de alta con unas recomendaciones para promocionar las voluntades vitales anticipadas, si así lo consideraba el facultativo. Analizamos que porcentaje de pacientes han sido informados mediante esta herramienta, durante el año 2018, en función de si los pacientes están clasificados como no paliativos, paliativos oncológicos, EPOC grado C-D de la Gold, ICC grado I-II, ICC grado III-IV.

RESULTADOS: Total de 4654 pacientes con edad media 69±15. Tabla 1.

DISCUSIÓN: El registro de voluntades anticipadas (VVA) en Andalucía se crea al amparo de la ley 41/2002, la ley 5/2003 regula en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, y para la puesta en marcha de este derecho, la Consejería de salud ha implantado un registro de voluntades anticipadas donde se inscriben y registran la totalidad de las declaraciones realizadas por los ciudadanos. Es un documento donde la persona puede manifestar por escrito sus preferencias sanitarias para que sean tomadas en cuenta si llega el momento de tomar decisiones clínicas, no se encuentran capacitadas para expresar su voluntad. El registro ha ido evolucionando desde su implantación, influenciada en gran medida a la difusión e información en la población. Actualmente hay unas 37000 personas inscritas. No obstante queda mucho camino por recorrer y es necesario promocionar de forma activa la realización de dicho documento cuando se está en una situación plena de facultades mentales y siempre que sea posible antes de estar en situación paliativa.

CONCLUSIONES: Realizamos una difusión escasa sobre la realización del documento de VVA en los pacientes que damos de alta. Lo hacemos de en mayor porcentaje en los pacientes paliativos, sería más conveniente adelantarse a esta etapa y dar mayor difusión en los pacientes no paliativos adelantándonos a etapas con mayor fragilidad y peor pronóstico.

	Número (4654)	VVA 1143 (24%)
Nopaliativos	3809	819 (21%)
Paliativos oncológicos	70	40 (57%)
EPOC grado C-D de la Gold	121	33 (27%)
ICC grado I-II NYHA	32	7 (22%)
ICC Grado III-IV de la NYHA	123	56 (45%)
Pluripatológicos	499	188 (38%)

Tabla 1. Porcentaje de pacientes con promoción de VVA al alta

DP-04. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DE PACIENTES ATENDIDOS POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: PAPEL DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

M. Rincón Gómez¹, D. Nieto Martín¹, J. Benjumea Rodríguez¹, S. Gutiérrez Rivero¹, L. Rivero Rivero¹, C. Aguilera González¹, A. Fernández López¹, M. Bernabéu Wittel¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- BARCLAY JS, KUCHIBHATLA M, TULSKY JA, JOHNSON KS. Association of hospice patients' income and care level with place of death. En: *JAMA Intern Med.* 2013 Mar 25;173(6):450-6.

OBJETIVOS: Analizar la influencia del nivel socio-económico (NSE) en la situación de últimos días de pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y observacional de 100 pacientes fallecidos, del área de 4 centros de salud (CS), 25 de cada CS. Teniendo en cuenta NSE de los CS, se separaron en bajo (BNSE: Torreblanca y Candelaria) o alto (ANSE: Virgen de África y El Porvenir). Se hizo un análisis univariante de variables asociadas a NSE y otro multivariante para identificar predictores del lugar de fallecimiento y claudicación familiar.

RESULTADOS: Edad media: 75'37 años. Fallecieron hospitalizados: 53% (36% Cuidados Paliativos, 15% otra Unidad y 2% centro privado), 80 % ingreso programado. Pacientes oncológicos: 75%. Dependencia Barthel<60: 85%. Sedación paliativa: 60%.

No hubo diferencias significativas según NSE por edad, género, necesidad de sedación, lugar de fallecimiento u origen del ingreso si fallecía en hospital; sí las hubo según supervivencia (53 días BNSE vs 119 ANSE), pluripatología (76% vs 54%), conocimiento del pronóstico (32% vs 54%), motivo de sedación (dolor 33% vs 67%, agitación 33% vs 57%) y uso de benzodiazepinas en sedación (77% vs 90%). Las diferencias del uso de benzodiazepinas según lugar de sedación estuvieron en el límite de significación (90% domicilio, 80% cuidados paliativos, 50% otros servicios).

La claudicación familiar tuvo por predictores no vivir el paciente en domicilio propio, padecer patología oncológica, categorías de paciente pluripatológico (presentar 'A', no presentar 'H') y mala adherencia previa al tratamiento (explicaban 41%

varianza). Mientras fallecer en casa se predecía por ausencia de claudicación familiar, edad avanzada del paciente y tener cuidador profesional (36'5% varianza). El NSE no predecía claudicación familiar ni lugar de fallecimiento.

CONCLUSIONES: Pese a diferencias detectadas según NSE, no parece motivar un manejo distinto por parte de los profesionales sanitarios.

Salvo la posibilidad de mejorar la adherencia al tratamiento, no se identificaban aspectos abordables por el personal sanitario, que pudieran evitar claudicación familiar, y así facilitar fallecimiento en domicilio.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

EC-01. HIPOVITAMINOSIS D Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Pérez Tristáncho¹, E. Mansilla², S. Bermejo Vázquez², C. Díaz Pérez², C. Leyva Prado¹, M. Raffo Márquez¹

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.

- DÍAZ ALCÁZAR M, GIL EXTREMERA B. Relación entre vitamina D y factores de riesgo cardiovascular. En: *Actual. Med.* 2015; 100: (795): 84-87.

OBJETIVOS: Definir la prevalencia del déficit vitamina D en los pacientes de nuestra consulta de Medicina Interna. Demostrar que entre la población con hipovitaminosis D es prevalente los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente la hipertensión arterial (HTA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el Hospital Costa de la Luz (enero 2017 a diciembre 2018), se cuantificó los niveles de vitamina D en 1233 pacientes de la consulta de Medicina Interna, y se examinaron los factores de riesgo cardiovascular, edad, sexo, hábito tabáquico y exposición solar.

RESULTADOS: La edad media fue de 54 años (rango 30-77), el 85% mujeres y 15% varones. Se observó un déficit en el 70% de los pacientes con cifras menores de 30 ng/ml y de estos en un 60% existía cifras entre 20 y 30 ng/ml y en un 40% (< 20 ng/ml). Examinando las historias clínicas de los pacientes se observó que en 720 de los que presentaban hipovitaminosis existía algún factor de riesgo cardiovascular, siendo la HTA el más frecuentemente encontrado (70%) seguido de la diabetes mellitus en un 40%, dislipemia en un 30%, el 60% no tenía exposición al sol y el 45% era fumador. Hallándose menos prevalencia de HTA (30%) en aquellos pacientes cuyas cifras de vitamina D se encontraban en rango normal.

DISCUSIÓN: El déficit de vitamina D se relaciona con enfermedad musculoesquelética, enfermedades autoinmunes, cáncer, enfermedades metabólicas y enfermedades cardiovasculares sobre todo la hipertensión arterial, ya que es un potente supresor de la síntesis de renina.

CONCLUSIONES: En la población estudiada, se aprecia una significativa prevalencia de hipovitaminosis D, con un alto porcentaje de personas con cifras por debajo del umbral de déficit de la vitamina. Parece necesario que se hagan determinaciones de la vitamina D ya que es más frecuente la asociación de FRCV como la hipertensión arterial y así podríamos reducir con la normalización de las cifras de vitamina D la incidencia de enfermedades cardiovasculares como HTA o DM.

EC-04. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL CARDIOVASCULAR EN GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO

XJ. Castilla Yélamo¹, A. Ramos Guerrero¹, M. Poyato Borego¹, S. Delgado Romero¹, A. Blanco Taboada¹, J. García Garmendia²