

(“Global Deterioration Scale”). El diagnóstico y valoración de delirium se realizó en base al “Confusional Assessment Method” (CAM).

Resultados: 35 sujetos fueron incluidos en el estudio (77,69 ± 11,66 años; 51,4 % mujeres; Barthel 35,14 ± 31,54 y Karnofsky 30 ± 19,40). Se detectó una incidencia de delirium del 65,7 %. Se objetivó asociación estadística con delirium de: puntuación en el Barthel (21,52 ± 23,91 en sujetos con delirium vs. 61,25 ± 28,29 en sujetos sin delirium; $p < 0,001$) y Karnofsky (20,87 ± 12,76 en sujetos con delirium vs. 47,5 ± 18,15 en sujetos sin delirium; $p > 0,001$), presencia de metástasis cerebrales (OR 1,44 [1,10-1,89]) y tratamiento con antidepresivos (OR 1,53 [1,14-2,07]).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, el 65,7 % de los sujetos ingresados en la UCP desarrolla un delirium. Según los resultados obtenidos, la puntuación en la escala Barthel y el índice de Karnofsky así como la existencia de metástasis cerebrales y la prescripción de antidepresivos son factores que se asocian a un aumento del riesgo de sufrir delirium.

PO 205. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DE PACIENTES CON CÁNCER Y DOLOR IRRUPTIVO

Antonio Iglesias Rey¹, Miguel Ángel Núñez Viejo², M.^a Carmen Areses Manrique², Leticia Iglesias Rey², Antonio Javier Jiménez López³, Begoña Soler López⁴

¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Unidad de hospitalización domiciliaria, Ourense, España.

²Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de oncología médica y cuidados paliativos, Ourense, España. ³Kyowa Kirin Farmacéutica, S.L.U., Madrid, España. ⁴E-C-BIO, S.L., Las Rozas, España

Introducción y objetivos: Los pacientes con cáncer y dolor irruptivo (DI) tienen peor pronóstico. En estos pacientes se observan síntomas asociados que repercuten en su calidad de vida (CDV). El objetivo de este estudio fue analizar si existían diferencias por género en el patrón de los síntomas y en su control durante el seguimiento en una unidad de cuidados paliativos.

Metodología: Se realizó un estudio observacional de seguimiento prospectivo durante cuatro semanas, en pacientes: mayores de 18 años, con cáncer, DI y Karnofsky mayor de 30. Los síntomas se evaluaron utilizando la escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), considerando que un síntoma estaba controlado si su puntuación era ≤ 4 . Al inicio y final del estudio se completó la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) y el cuestionario de CDV EuroQoL-5D-5L.

Resultados: Participaron 80 pacientes, siendo el 78,8 % hombres y el 21,3 % mujeres, con edad media de 69,9 años. Al ingreso en la unidad: las mujeres presentaban más intensidad en las náuseas, depresión y ansiedad ($p < 0,001$) y menos intensidad en la disnea ($p = 0,025$); la proporción de mujeres con el síntoma controlado era menor en la depresión, ansiedad y bienestar ($p < 0,01$) y tenían peor CDV ($p = 0,004$; la ansiedad ($p = 0,007$) y la depresión ($p = 0,001$) determinadas mediante la HAD resultaron peores en las mujeres. Al finalizar las 4 semanas de seguimiento: la intensidad del dolor (p

$= 0,025$), náuseas ($p = 0,006$), depresión ($p = 0,007$), ansiedad ($p = 0,008$), falta de apetito ($p = 0,015$), malestar ($p = 0,017$), y dificultad para dormir ($p = 0,034$), resultó mayor en las mujeres; la proporción de mujeres con el cansancio, depresión, apetito, bienestar y dificultad para dormir controlados era significativamente menor ($p < 0,01$); la puntuación de ansiedad y depresión según la HAD y la de la CDV no difirió entre sexos. La proporción de pacientes con todos los síntomas ESAS controlados mejoró desde un 2,5 % ($n = 2$) al 52,6 % ($n = 40$) al final del estudio. Sin embargo, en las mujeres se consiguió este control en solo el 23,5 % *versus* el 61 % observado en los hombres ($p = 0,006$).

Conclusión: A pesar de que tras nuestra intervención se consiguieron mejoras significativas en la intensidad y el control de los síntomas de los pacientes con cáncer y DI, dadas las diferencias observadas en base al género de los pacientes, podemos concluir que, para conseguir igualdad en los resultados clínicos de los síntomas asociados al cáncer, el tratamiento debe ser más exhaustivo en las mujeres.

Financiación: Kyowa Kirin Farmacéutica.

PO 207. DECISIONES AL FINAL DE VIDA: EXPERIENCIAS DE FAMILIAS DE NIÑOS CON CÁNCER (ESTUDIO BICÉNTRICO)

Regina Aparecida García de Lima¹, Bárbara Machado Barbosa da Silva¹, Cristina Pedrinazzi de la Hoz², Asociado Lucila Castanheira Nascimento¹, Manuel Ángel Calvo Calvo²

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil. ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología da Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Introducción: Aunque la oncología pediátrica y hebiátrica ha conseguido aumentar las tasas de supervivencia y curación de muchas patologías, sin embargo, lo cierto es, que algunos mueren y sus familiares deben afrontar el momento.

Objetivo: Comprender las experiencias de familias de niños y adolescentes con cáncer, durante los cuidados al final de la vida.

Metodología: Estudio fundamentado en los presupuestos de la antropología médica, con recogida de los datos en dos momentos: hospital 1 y hospital 2. Los criterios de inclusión de los participantes fueron padres de niños y adolescentes con cáncer cuya muerte hubiera ocurrido seis meses antes del inicio de la recogida de datos. La entrevista complementada con datos secundarios de las historias clínicas fueron los instrumentos de recogida de datos.

Resultados: En el hospital 1 (España), de los 12 familiares entrevistados, ocho mujeres, de 39 a 54 años de edad. Entre los 10 niños y adolescentes, seis eran niños; siete recibieron el diagnóstico de cuidados paliativos; ocho muertes ocurrieron en planta de oncología y dos en Unidad de Cuidados Intensivos; todos realizaron como ritual el velorio, con seis acompañados de la sepultura y cuatro la incineración. En el hospital 2 (Brasil), de los 16 familiares, 13 eran mujeres, 12 madres, de 30 a 63 años. Entre los 13 niños y adolescentes, siete eran niños. Cuatro recibieron el diagnóstico de cuidados paliativos; 11 muertes ocurrieron en la en planta de oncología y dos en Unidad de Cuidados Intensivos; todos

realizaron como ritual el velatorio y el entierro. El material empírico producido con las entrevistas fue organizado alrededor de dos unidades de sentido: a) rituales y celebraciones, definida como los cuidados y homenajes realizados al fallecimiento, y b) vida después de la muerte, definida como el enfrentamiento para vivir la ausencia y la adaptación frente a ella.

Conclusiones: Comprender las experiencias de familias con niños y adolescentes con cáncer, que pasaron por el proceso de muerte y morir y enfrentaron el luto, desde la perspectiva de la antropología, permite que se conozcan sus creencias y modos de actuar y pensar, teniendo en cuenta la cultura y el medio en que viven. A partir de este contexto, los profesionales de la salud pueden prestar apoyo a los padres en ese momento, respetando la individualidad de cada familia y ofreciendo los recursos disponibles, en base a sus reales necesidades culturales. Vinculado a beca de investigación/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico-CNPq y CAPES/Estancia Sênior.

PO 208. POLIFARMACIA EN EL ÚLTIMO EPISODIO DE URGENCIAS ¿INFLUYE EL ADMÍTASE EN EL MANEJO? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Victoria Garay Airaghi¹, Lidia Gagliardi Alarcón², Amaya Capón Sáez¹, Irene Serrano García¹, Aurora Viloria Jiménez¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: La polifarmacia supone un reto terapéutico relacionado con prescripciones potencialmente inapropiadas, interacciones medicamentosas, eventos adversos y mortalidad; ampliamente presente al final de la vida.

Objetivo: Describir la polifarmacia e hiperpolifarmacia en el ámbito de urgencias en pacientes que fallecen intrahospitalariamente en Unidad de Agudos de Geriátrica (UGA) y Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en dos centros sociosanitarios de primer (1N) y tercer nivel (3N) respectivamente. Estudiar los factores que influyen en la presencia de hiperpolifarmacia.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Fallecidos en UGA y UCP de los dos hospitales. Periodo 7 meses (octubre de 2018-abril de 2019). Variables demográficas: edad, género, antecedente oncológico, contacto previo con especialista, comorbilidades (Pluripatología alta > 5 entidades), funcionalidad, demencia, domicilio/residencia, admítase UGA/UCP, oligofarmacia (< 5 prescripciones), polifarmacia (5-10 prescripciones), hiperpolifarmacia (≥10 prescripciones). T de Student, chi cuadrado. Significancia estadística p < 0,005. Statics SPSS 22.0.

Resultados: 389 pacientes (edad media 83,85 (DS 11,55) años, 55,1 % mujeres), ICM 5 (RI 3-8), 37,2 % oncológicos, 51,8 % contacto especialista, 56,4 %/43,6 % UGA/UCP, T0: Prescripciones: Mediana 10 (RIC 7-12). HiperpolifarmaciaT0 50,5 % (49,3 % UGA vs. 52% UCP). PolifarmaciaT0 39 %. OligofarmaciaT0 10,5 % (9,5 % UGA vs. 11,7 % UCP). Turg: Prescripciones: Mediana 8 (RIC 6-10). HiperpolifarmaciaTurg 34,2 % (UGA 40,2 % vs. UCP 26,5 %). PolifarmaciaTurg 56,3 %. OligofarmaciaTurg 9,5 % (UGA 4,1 % vs. UCP 16,5 %). Modelo univariante: HiperpolifarmaciaTurg asociado con contacto

especialista (p = 0,001), hiperpolifarmaciaT0 (p = 0,000), pluripatología alta (p = 0,003), admítase UGA (p = 0,005), no relacionado con edad, antecedente oncológico, demencia ni procedencia. Modelo multivariante: Tras ajuste, la hiperpolifarmacia Turg mantiene relación estadísticamente significativa con los factores enumerados.

Conclusiones:

- La polifarmacia es un fenómeno ampliamente instaurado a nivel ambulatorio y a nivel de Urgencias en pacientes que fallecen intrahospitalariamente en estos dos centros.
- La Urgencia es un escenario de patología aguda que dificulta la reducción de la polifarmacia e hiperpolifarmacia.
- Aun así, la hiperpolifarmacia está relacionada con contacto previo con especialista, ser hiperpolimedicaado en domicilio, alta comorbilidad y admítase en Geriátrica.
- Los pacientes con un admítase a UCP muestran mayores porcentajes de oligofarmacia en detrimento de la hiperpolifarmacia.

PO 209. CRITERIOS DE SEDACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Sergio Alexandre Alfonso Silguero, Petra Teresa Pena Labour, Arlovia Teresa Herasme Grullón, Yadira Bardales Mas, María Cruz Larrañaga, Nerea Ibáñez Oyarzabal, Jesica Tito

Hospital Ricardo Bermingham, San Sebastián, España

Introducción: La demencia, como toda enfermedad degenerativa, en su evolución natural, presenta diferentes estadios. En la fase severa el 80 % está acompañado de trastornos conductuales y declinar global. Estudios de pronóstico y supervivencia, en estadios avanzados de la demencia tienen cada vez más claro que el objetivo en este estadio debe estar encaminados a priorizar el confort y el control sintomático del paciente. El objetivo de este trabajo es estudiar, con carácter descriptivo, las características de los pacientes con demencia fallecidos en una Hospital de cuidados intermedios/media estancia y describir las condiciones que determinaron los criterios de sedación.

Metodología: Se recogieron mediante la revisión de las historias clínica el sexo, edad, motivos del ingreso, tipo de demencia, estadio de la demencia utilizando escala Frágil VIG, (demencia moderada-demencia severa), situación funcional previa y en el momento del ingreso utilizando el índice de Barthel modificado. Se utilizaron las herramientas Frágil-VIG y la pregunta sorpresa del cuestionario NECPAL. Se definió los acontecimientos que determinaron el manejo paliativo con sedación, definido como cualquier proceso médico que condicione un cambio clínico significativo y refractario a tratamiento, y declive del paciente que condicione sintomatología o sufrimiento sin clara etiología.

Resultados: Se seleccionaron 29 pacientes. La mayoría de los sujetos eran mujeres con demencia moderada-severa, con edad avanzada, importante dependencia en ABVDs, todos con un NECPAL positivo y con valores por encima de 0,5 en la escala Frágil-VIG, alta comorbilidad, con predominio de las enfermedades cardiológicas y respiratorias, y una estancia media de aproximadamente 17 días hasta el