

vulnerables, y se pueden establecer como indicadores indirectos de un peor estado de salud.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.008>

OC-008

Equipos de atención continuada domiciliaria en cuidados paliativos: Pades AC modelo 7 × 24 h



P. Romero Aznar^a, B. Madueño Valencia^b, A. Torner Busquet^b

^a MUTUAM, Barcelona, España

^b MUTUAM, MPS, Barcelona, España

Objetivo principal: Mostrar la eficiencia del nuevo dispositivo de atención continuada (AC) en pacientes/familias con necesidades paliativas las 24 h al día, incluidos en el programa de soporte de los equipos de atención primaria.

- Valorar las intervenciones realizadas.
- Identificar el activador del dispositivo.
- Diferenciar las patologías atendidas y el tipo de atención realizada.
- Clasificar los motivos de activación y conocer la resolución de los casos.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo de 2017 de AC las 24 h del día. La población total de la ciudad de Barcelona es de 1.637.153 habitantes, y en los 16 equipos el promedio de prevalentes fue de 810 pacientes. Se registraron las diferentes variables para dar respuesta a los objetivos y la explotación se realizó mediante el programa informático interno «Aegerus» y encuestas de satisfacción.

Resultados:

Diurno:

- Intervenciones: 4.803.
- Demanda: persona/familia: 84,14%, equipos 15,19%, SEM 0,67%.
- Identificación de pacientes: PCC 11,44%, MACA 32,64%, sin identificar 55,92%.
- Patología: oncológica 22,14%, no oncológica 77,86%.
- Atención realizada: 4.803.
- Motivo llamada: 27,7% agitación, 26,3% dudas régimen terapéutico, 15,5% dolor, 16,3% disnea, 11% deterioro, 2,1% vómitos/náuseas y 1,1% hipo/hiperglucemia.
- Resolución: Pades 96,32%, Hosp. Ag. 1,74%, SEM 1,41%, CSS 0,37%.

Nocturno:

- Intervenciones: 5.337.
- Demanda: persona/familia 74,06%, equipos 16%.
- Identificación pacientes: PCC 13,4%, MACA 30,7%, sin identificar 55,9%.
- Patología: oncológica 80,40%, no oncológica 19,60%.
- Atención realizada: 5.337.
- Motivo llamada: 29% agitación, 22% dudas régimen terapéutico, 15% dolor, 14% disnea, 9% deterioro, 8% vómitos/náuseas y 3% hipo/hiperglucemia.
- Resolución: Pades 98,6%, Hosp. Ag. 0,6%, SEM 0,5%, CSS 0,3%.

Conclusiones:

Equipo AC proporciona:

- Atención continuada a pacientes paliativos.
- Mayoritariamente activa la propia persona/familia, permitiendo mayor accesibilidad, equidad, seguridad y no fragmentación de la atención.

- La identificación de las personas (MACA).
- Observamos que el dispositivo es más utilizado en personas con patología oncológica.
- Respuesta telefónica asegurada que resuelve dudas: de régimen terapéutico, administrativo y soporte emocional.
- Resolución elevada de los casos.
- Derivaciones a otros dispositivos: UCIES hospitalarias o HSS por procesos agudos de difícil control domiciliario o por claudicación familiar.
- Satisfacción de las persona/familias 99%.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.009>

OC-009

Riesgos de clasificar a un anciano como «paliativo» en el servicio de urgencias. A propósito de 4 casos



G. Somoza Fernández, V. Romero Estarlich, J.I. Mendizábal Choy, N.M. González Senac, F.J. Ortiz Alonso, M.T. Vidán Astiz, J.A. Serra Rexach

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Exponer cuatro casos de ancianos clasificados como terminales en el servicio de urgencias (SU) e ingresados en planta con el plan de «sedación paliativa».

Métodos: Se presentan cuatro pacientes con edades entre 71 y 94 años que ingresan desde urgencias desestimados para tratamiento activo. A su ingreso en nuestra unidad de agudos se retiró la sedación paliativa dada la mejoría clínica objetivada.

Resultados: Mujer, 94 años, con diagnóstico en el SU de infarto agudo de miocardio Killip III. Dada la inestabilidad cardiorrespiratoria, se inició sedación paliativa. En planta se objetivó mejoría clínica, retirándose la sedación e iniciándose tratamiento médico conservador. Fue dada de alta a los 15 días. Transcurridos 5 meses, permanece asintomática y preserva su funcionalidad.

Varón, 92 años, diagnosticado en el SU de hematoma subdural tras traumatismo craneoencefálico. Debido a su situación neurológica se inició sedación paliativa, que fue retirada dada la favorable evolución clínica y radiológica. El paciente fue sometido a intervención quirúrgica, siendo dado de alta a los 14 días. Tras 5 meses, mantiene un índice de Barthel de 100.

Mujer, 87 años, diagnosticada en el SU de sepsis severa de origen respiratorio. Dada la presencia de shock séptico y su antecedente de carcinoma endometrioide activo, se inició sedación paliativa, que fue retirada ante la evolución clínica favorable. Fue dada de alta a la semana. Tras 2 meses se encuentra en seguimiento por Cuidados Paliativos, permaneciendo confortable y en situación estable.

Mujer, 71 años, diagnosticada en el SU de perforación intestinal. Dada la severidad del cuadro, se inició sedación paliativa. En planta se retiró la sedación y se inició tratamiento antibiótico, con óptima evolución clínica y radiológica. Fue dada de alta a los 42 días. Tras 2 meses, permanece asintomática.

Conclusiones: Los SU no parecen ser el dispositivo más apropiado para calificar a un paciente anciano como frágil por la patología aguda por la que acude a urgencias. La elevada presión asistencial y la dificultad para realizar una valoración geriátrica integral en las condiciones adecuadas hacen que debamos ser especialmente cautos a la hora de etiquetar a un paciente como terminal y únicamente subsidiario de tratamiento paliativo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.010>