

25è aniversari del Grup de Treball d'ATDOM

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Passat, present i futur del Grup d'ATDOM de la CAMFiC
Què hem fet?

Dr. Francisco Cegri Lombardo

Especialista en Infermeria Familiar i Comunitària
Coordinador d'Infermeria GdT ATDOM de la CAMFiC

GdT ATDOM

Data constitució GdT ATDOM any 1999

Coordinador: Antonio Aranzana /Esther Limón/ Anna Manresa/Eduard Borreguero/Esther Limón

Coordinador infermeria: Francisco Cegri

- GdT multidisciplinar



GdT ATDOM

Els objectius del Grup ATDOM són:

- Fomentar i garantir la qualitat assistencial i el progrés de l´ Atenció domiciliaria mitjançant la investigació, activitats formatives i el debat d´experts.
- Liderar la formació basada en l´evidència científica dels professionals sanitaris i socials de l´Atenció Primària a Catalunya tant en aspectes assistencials, com organitzatius i de gestió en l´àmbit de l´ Atenció Domiciliaria.
- Proporcionar al professional sanitari i social, eines resolutives per una atenció directa i continuada del pacient-cuidador-família al domicili.
- Ser reconeguts com a experts i referents en atenció domiciliària per les institucions sanitàries i socials de Catalunya.

VALORS DEL GDT ATDOM

- Honestedat
- Rigor
- Proximitat
- Professionalitat
- Creativitat
- Entusiasme



Any 2003

ARTICLES D'INVESTIGACIÓ

Atención Primaria Mayo 2003



ORIGINALES

Localizador web Artículo 52.468

Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria?

Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*

Objetivo. Conocer el modelo de organización, recursos e implementación del programa de atención domiciliaria (ATDOM) en la sanidad pública catalana, y las dificultades expresadas por los profesionales de atención primaria.
Diseño. Estudio descriptivo transversal.
Emplazamiento. Comunidad Autónoma de Cataluña.
Participantes. Un total de 214 centros de atención primaria (CAP) reformados, de los que respondieron al cuestionario 112 (52,3%).
Mediciones principales. Cuestionario semiestructurado y autoadministrado enviado por correo, con variables para la identificación del centro, sus recursos, organización y protocolización de la ATDOM. La recogida de respuestas se efectuó entre julio y noviembre de 2000.
Resultados. La utilización del programa ATDOM fue del 90,2% (IC del 95%, 84,7-95,7%), con 5,6 años de aplicación media. La enfermería lidera el programa en el 64% de los casos, dedicando 5,09 h/semana, el doble que los médicos y los trabajadores sociales. La informatización de datos es un 31,3%, más elevada ($p < 0,05$) en Gerona (51%) y en los CAP de gestión privada (70%). El 70% de los CAP posee un trabajador social, el 13% dispone de una enfermera de soporte y el 50% está coordinado con centros sociosanitarios. El 79,5% (IC del 95%, 72,1-86,9%) de los CAP utiliza protocolos específicos: úlceras (69,1%), terminales (43,6%), encamados (41,8%) y dolor (40,9%). La valoración se realiza con las escalas de Barthel (73,2%), Mini-Examen-Cognoscitivo (73,2%) y Norton (53,6%). Son frecuentes la formación continuada en ATDOM (66%) y las actividades para cuidadores (> 75%). Las principales dificultades son la presión asistencial (65,2%), el tiempo (51,8%), los recursos sociales insuficientes (43,8%) y la falta de coordinación con otros niveles asistenciales (33%).
Conclusiones. Se destacan el compromiso de la enfermería en ATDOM, la escasa informatización y la limitación de los recursos sociosanitarios, la uniformidad de los protocolos y escalas de valoración, y la coincidencia respecto a las dificultades actuales.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Programa de salud. Atención primaria.

AN APPROACH TO HOME CARE. HOW DOES THE CATALONIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM HANDLE HOME CARE?

Objective. To describe the organizational model, resources and implementation of the home care program run by the Catalonian public health service, and to note difficulties reported by primary care professionals.
Design. Cross-sectional, descriptive study.
Setting. Autonomous Community of Catalonia.
Participants. 214 primary care centers (PCCs) operating under reformed administrative procedures were surveyed, and responses were obtained from 112 (52.3%).
Main measures. Semistructured, self-administered questionnaire sent by mail, with variables that identified the center, resources, organization and use of protocols for home care. Questionnaires were collected during July to November, 2000.
Results. Home care programs were being used at 90.2% (95% CI, 84.7%-95.7%) of the centers, and had been in effect for a mean of 5.6 years. Nursing services predominated in 64% of the case, with nurses spending a mean of 5.09 h/week on the program, twice as much time as physicians and social workers. The mean rate of computerization of the data was 31.3%, and was highest ($P<.05$) in Gerona (51%) and in PCCs run privately (70%). Of all participating PCCs, 70% had social workers on the staff, 13% had a home care nurse and 50% operated in coordination with social services.
Of all PCCs, 79.5% (95% CI, 72.1%-86.9%) used specific protocols for pressure sores (69.1%), terminal illnesses (43.6%), bedridden patients (41.8%) and pain management (40.9%). Evaluations were done with the Barthel scale (73.2%), the Mini-Mental State Examination (73.2%) and the Norton scale (53.6%). Continuing education (66%) and activities for care providers (>75%) were frequent in home care programs. The main difficulties identified were the burden of care (65.2%), time constraints (51.8%), inadequate social support (43.8%) and lack of coordination with other levels of care (33%).
Conclusions. Noteworthy findings were the dedication of nursing staff to the home care programs, the low level of computerization of the data, the limitations in social service resources, the uniformity of assessment protocols and scales, and the agreement regarding current difficulties.

Key words: Home care. Health programs. Primary care.

English version available at www.atencionprimaria.com/52.468

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 478)

*Miembros del Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: J.I. Aóiz Linares (ABS Santa Perpetua de Mogoda), A. Aranzana Martínez (CAP Mosticada i Rexac), P. Babi Rinaeta (ABS La Pau), R.R. Muñoz Muñoz (ABS La Salut), I. Castella Daga (ABS Girona -2), F. Cegri Lombardo (ABS Via Barcino), I. González Díez (ABS Monera Ponsar), M. Guerrero Ganzedo (ABS Raval Sud), S. Lancho Lancho (ABS Raval Nord), E. Marcos Martínez (ABS Sant Martí), M. Martí Carreiero (ABS Raval Nord), N. Martí Guadaño (ABS Raval Nord), A.M. Pérez del Molino Cucurny (CAP Les Corts) y J.M. Segura Noguera (ABS Raval Nord).

Correspondencia:
Grupo ATDOM. Comisión de Investigación.
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.
Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona. España.
Correo electrónico:
jsegura@medicina.es

Manuscrito recibido el 4 de abril de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de octubre de 2002.

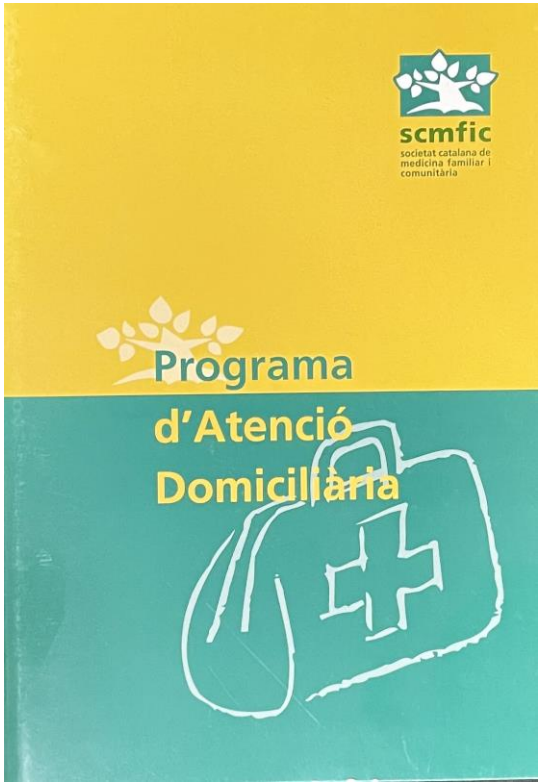
CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Este artículo ha recibido

14990 Visitas

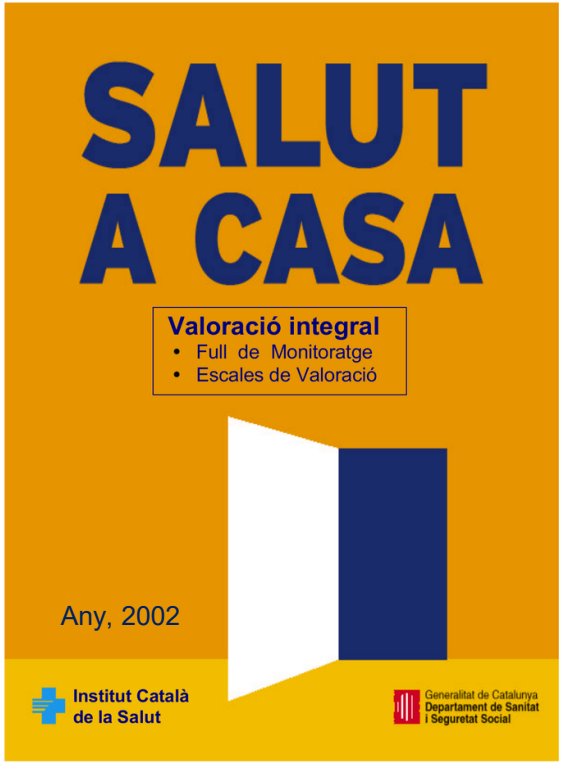
Any 2001

AUTORS DE DOCUMENTS ESTRATÈGICS



Any 2002

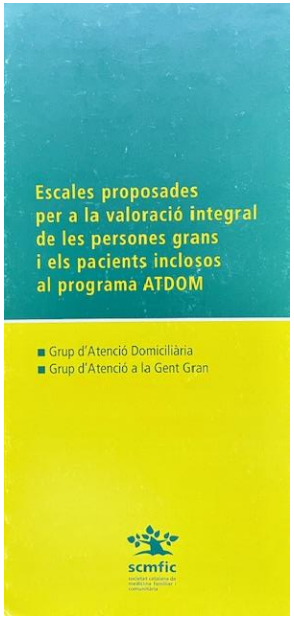
Autors i revisors de documents estratègics



Any 2003



AUTORS DE DOCUMENTS ESTRATÈGICS





Any 2005

ARTICLES D'INVESTIGACIÓ

Atención Primaria Abril 2005

tó ningún dato. Se realizaron una analítica con hemograma, una determinación de la coagulación (incluido fibrinógeno y dímero D) y una bioquímica general, con resultados normales. En la radiografía de tórax se apreciaban casquetes apicales bilaterales, con 2 pequeños nódulos de densidad calcio en el lóbulo superior derecho, similares a los de las radiografías previas secundarias a la tuberculosis antigua. En el electrocardiograma se apreciaba ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca de 80 lat/min y un complejo QRS de 30°, sin alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha de insuficiencia cardíaca, según los criterios de Framingham, y la presencia de edemas en probable relación con la toma de rofecoxib, este fármaco fue retirado y se notificó una posible reacción adversa medicamentosa al Servicio de Vigilancia Farmacológica; se pautó torasemida 10 mg (1 comprimido diario) y se citó a la paciente para una nueva revisión. A los 10 días desaparecieron la disnea, la tos, la sensación de atontamiento y la cefalea, así como los edemas, objetivándose una pérdida de peso de 4 kg y una presión arterial de 125/75 mmHg que se mantuvo con posterioridad. A los 10 días de la primera consulta se le realizó una ecocardiografía transtorácica cuyos hallazgos estaban dentro de la normalidad.

Discusión y conclusiones. Los coxib conjugan la eficacia antiinflamatoria de los AINE clásicos derivada de la inhibición de la COX-2 sin los efectos adversos producidos por la inhibición de la COX-1 (sobre todo gastrointestinales). Sin embargo, estas ventajas teóricas, en la práctica no están del todo claras. Se ha observado que su eficacia antiinflamatoria es similar a la de los AINE más utilizados, con un menor riesgo de complicaciones gastrointestinales graves, al menos a medio plazo, pero no está claro el posible riesgo cardiovascular que presentan. Su uso está contraindicado en la insuficiencia cardíaca congestiva grave (por la posible retención de líquidos y la producción de edemas), por lo que se deben utilizar con precaución en pacientes hipertensos y controlar estrechamente el INR si se asocian con anticoagulantes orales. Entre sus posibles reacciones adversas no debe descartarse la posibilidad de signos o síntomas de hipertensión arterial, palpitaciones, edemas, insuficiencia cardíaca, insuficiencia ventricular izquierda o infarto agudo de miocardio (excepcional). Los coxib no son sustitutivos de la aspirina en profilaxis cardiovascular debido a su falta de efecto antiplaquetario. Es sabido que el consumo de AINE se asocia con un aumento del riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva, pero se dispone de pocos datos sobre los coxib en este sentido. En un reciente estudio de cohortes se compara la incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes tratados con celecoxib, rofecoxib y AINE no selectivos con no consumidores de AINE, y se encontró un aumento significativo en la incidencia de ingresos por insuficiencia cardíaca con rofecoxib y AINE clásicos, pero no con celecoxib. Además, en el grupo de los coxib y AINE clásicos aumentó el inicio de uso de medicación antihipertensiva y para la insuficiencia cardíaca respecto a los no consumidores de AINE. En el caso que comentamos, coincidiendo con la toma de rofecoxib hubo una importante aparición de edemas y podría hablarse de insuficiencia cardíaca como síndrome clínico según los criterios de Framingham, que no se confirmó por ecocardiograma. También desapareció la cefalea y la sensación de atontamiento. Con esto queremos recordar que, en algunos aspectos, los coxib pueden presentar un mejor perfil de seguridad, pero que también los mismos efectos adversos que el resto de los AINE. Por ello, debemos ser prudentes en su uso y estar atentos a la posibilidad de reacciones adversas inesperadas, tanto más cuando no se evalúen correctamente los efectos que pudieran derivarse de la inhibición prolongada de la COX-2.

F. J. García Nicolás
Centro de Salud de Viana. Viana. Navarra. España.

1. McKee FA, Castelli WP. The natural hystory of congestive heart failure: The Framingham study. N Engl J Med. 1971;285:1441-6.
2. Aguado P. Nuevos AINE: inhibidores de la COX-2. Boletín de Información Terapéutica de Navarra. 2002,10(2).
3. Muhammad M, David N. Cyclo-oxygenase-2 Inhibitors versus non-selective non-esteroidal anti-inflammatory drugs and congestive heart failure outcomes in edelry patients. A population-based cohort study. Lancet. 2004;363:1751-6.
4. Debabrata M, Steven E. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 Inhibitors. JAMA. 2001;286: 954-9.
5. Page J, Henry O. Consumpion of NSAIDs and the development of congestive heart failure in ederly patients. An underrecogniced public health problem. Arch Intern Med. 2000;160:777-84.
6. Farmacovigilancia: notas informativas. Inhibidores de la COX-2: riesgos cardiovasculares. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2000;24:145.

Atención domiciliaria: un día en la vida de estos pacientes

Objetivo. Conocer las actividades habituales de una muestra de pacientes crónicos domiciliarios y relacionarlas con variables sociodemográficas, el perfil del cuidador y la valoración clínica y funcional.
Diseño. Estudio descriptivo, transversal.
Emplazamiento. Pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM) de ámbito rural y urbano.
Participantes. Un total de 134 pacientes encuestados en 8 centros de asistencia primaria urbanos y 4 rurales.
Mediciones. Encuesta con las siguientes variables: sociodemográficas, perfil del cuidador, escalas de Barthel, Pfeiffer y Yesavage, limitaciones sensoriales, manipulación y deambulación, y listado de actividades lúdicas.
Resultados. El 71,6% de los encuestados vivía en el ámbito urbano, mientras que el 28,4% restante vivía en el ámbito rural. Había un claro predominio de mujeres (61,9%) respecto a varones (38,1%). La edad media era de 82,2 ± 8,9 años, con un rango de edad de 42-100 años. Un 12,7% de los encuestados vivía solo, mientras

Palabras clave: Atención domiciliaria. Ocio. Atención primaria.

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

This item has received
4088 Visits

Any 2006

I Congrés Interdisciplinari d'Atenció Domiciliària i la I Jornada Catalana Interdisciplinar d'ATDOM



Barcelona, 25 i 26 de maig de 2006

Any 2007

EDITORIAL

Aten Primaria. 2007;39(1):3-4

EDITORIAL semFYC
www.semfyc.es

Localizador web
Artículo 176.693

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia

La atención domiciliaria es el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida. Para que sea de calidad precisa un abordaje integral y multidisciplinario, así como una buena continuidad asistencial. Sólo es posible con la implicación efectiva de todos los profesionales del equipo de atención primaria, en quienes recae la responsabilidad de la atención sanitaria de los miembros de su comunidad, en el centro de salud y en el domicilio[1].

En la actualidad, la atención que se ofrece desde el sistema sanitario, y especialmente la que realizan los servicios sociales, es insuficiente y con importantes diferencias según las comunidades autónomas, así como entre áreas urbanas y rurales[2].

La futura Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entrará en vigor en el 2007, establecerá un nuevo derecho universal y público, con acceso en condiciones de igualdad. Todas las administraciones, el gobierno central y las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, garantizarán la atención y los cuidados a las personas en situación de dependencia, en su mayoría personas mayores, y se priorizará la prestación de servicios, como la prevención de las situaciones de dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y de noche y atención residencial, además de las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar, el apoyo a los cuidadores informales o la atención personalizada[3].

El escenario de la prestación de este servicio está cada vez más fragmentado, ya que intervienen diferentes organizaciones y profesionales. Pero, a pesar de las discrepancias sobre el impacto de las diferentes intervenciones de profesionales o servicios y de las dudas sobre la eficacia de las intervenciones en el domicilio, los profesionales de la atención primaria han de considerar la llegada de la Ley a la Dependencia como una oportunidad histórica para redefinir y consolidar nuestras organizaciones e incorporar servicios integrales de atención a domicilio dentro de un modelo de gestión más coordinado.

Puede favorecer la innovación, como la incorporación de un modelo de gestión de casos que garantice la continuidad asistencial en el proceso del alta hospitalaria y de centros sociosanitarios. Nos referimos a la enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos que han implantado el Sistema Andaluz de Salud y el National Health Service. Esta reforma puede ofrecer un servicio satisfactorio que incluya la atención de alta complejidad e intensidad de cuidados a los miembros de la comunidad.

I Congreso interdisciplinario de atención domiciliaria

Durante el mes de mayo de 2006 se ha desarrollado en Barcelona el I Congreso interdisciplinario de atención domiciliaria, con más de 500 asistentes de diferentes disciplinas profesionales que intervienen en la atención a domicilio[4].

Todos los profesionales han reconocido el papel protagonista de la enfermería en este campo y han aceptado que la responsabilidad del paciente concierne tanto a la enfermera como al médico y al trabajador social.

La experiencia del Institut Català de la Salut en atención domiciliaria. Proyecto «Salut a Casa» en la ciudad de Barcelona

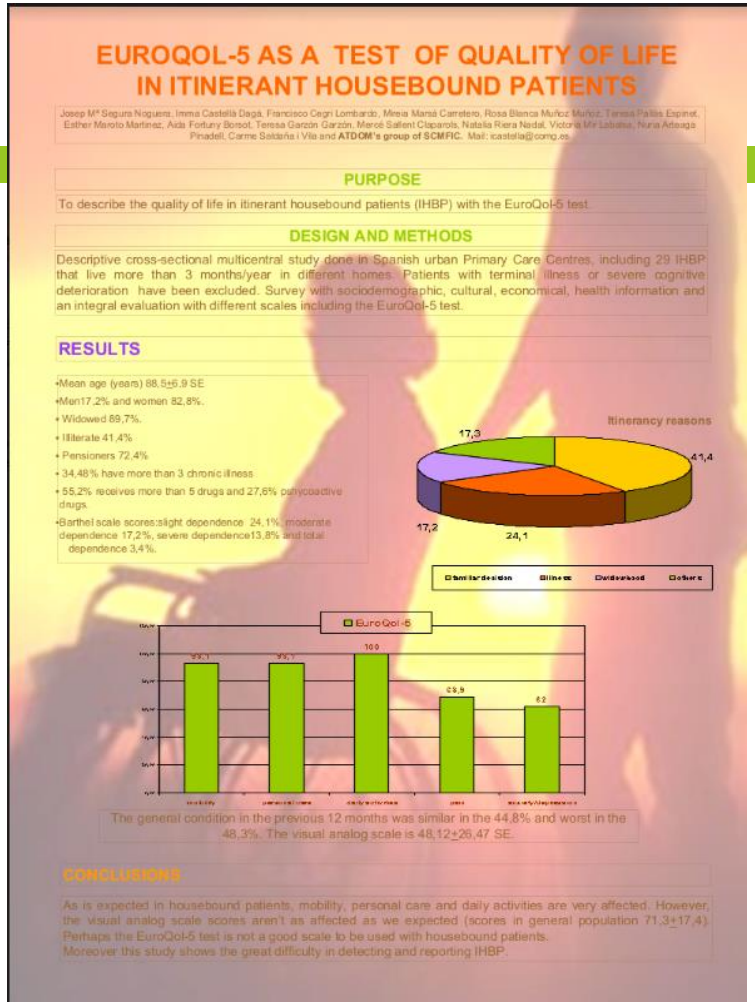
Se ha evaluado un proyecto de atención domiciliaria liderado por la enfermera de los equipos de atención primaria iniciado en 2002 en la ciudad de Barcelona. Muestra la estrategia organizativa orientada a mejorar el tiempo de enfermería destinado a realizar atención domiciliaria, así como los sistemas de registro para mantener la continuidad de los cuidados en el domicilio y con el resto de los ámbitos asistenciales. El programa queda complementado por la enfermera de enlace y un sistema de reciclaje de ayudas técnicas.

Sistemas integrados de atención domiciliaria: la experiencia valenciana

Se ha desarrollado un modelo teórico, que posteriormente se ha implementado en un esquema integrado de atención domiciliaria, que agrupa a los distintos actores que intervienen en esta prestación de atención sanitaria y constituye lo que se denomina Red de Agentes Domiciliarios. Hay también un liderazgo de enfermería, una estabilidad de los profesionales en estos servicios para facilitar la continuidad asistencial y una integración de guías de práctica clínica y de sistemas de información.

Any 2008

Comunicació
Congrès Wonca



EUROQOL-5 AS A TEST OF QUALITY OF LIFE IN ITINERANT HOUSEBOUND PATIENTS

Josep Mª Segura Noguera, Imma Castellà Dagà, Francisco Cegri Lombardo, Mireia Mansá Carretero, Rosa Blanca Muñoz Muñoz, Teresa Pallás Espinet, Esther Maroto Martínez, Aida Fortuny Borsot, Teresa Garzón Garzón, Mercè Salient Clapanés, Natalia Riera Nadal, Victoria Mir Lobatón, Nuria Arteaga Pinadell, Carme Saldaña i Vila and **ATDOM's group of SCMFIC**. Mail: icastella@comg.es

PURPOSE

To describe the quality of life in itinerant housebound patients (IHBP) with the EuroQol-5 test

DESIGN AND METHODS

Descriptive cross-sectional multicentral study done in Spanish urban Primary Care Centres, including 29 IHBP that live more than 3 months/year in different homes. Patients with terminal illness or severe cognitive deterioration have been excluded. Survey with sociodemographic, cultural, economical, health information and an integral evaluation with different scales including the EuroQol-5 test.

RESULTS

- Mean age (years) 88.5±6.9 SE
- Men17.2% and women 82.8%.
- Widowed 89.7%.
- Illiterate 41.4%
- Pensioners 72.4%
- 34.48% have more than 3 chronic illness
- 55.2% receives more than 5 drugs and 27,6% psychoactive drugs
- Barthel scale scores:slight dependence 24.1%, moderate dependence 17,2%, severe dependence13,8% and total dependence 3,4%.

The general condition in the previous 12 months was similar in the 44.8% and worst in the 48,3%. The visual analog scale is 48,12±26,47 SE.

CONCLUSIONS

As is expected in housebound patients, mobility, personal care and daily activities are very affected. However, the visual analog scale scores aren't as affected as we expected (scores in general population 71,3±17,4). Perhaps the EuroQol-5 test is not a good scale to be used with housebound patients.
Moreover this study shows the great difficulty in detecting and reporting IHBP.

Any 2010

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Autors i revisors de documents estratègics



Any 2015

El cuidador: eix del model d'atenció sociosanitària al domicili

Barcelona, 15 maig de 2015

http://www.camfic.cat/detallActivitat.aspx?id=6371



CAMFiC

Grup de Treball d'Atenció Domiciliària (ATDOM)

EL CUIDADOR: EIX DEL MODEL D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA AL DOMICILI

15 de maig de 2015 - Auditori CAMFiC – Diputació 316, Barcelona

8.30-9.00h **Recollida documentació**

9.00-9.30h **Taula inaugural**

9.30-9.45h **L'atenció integral i centrada en la persona**
Albert Ledesma, director del PIAISS

9.45-10.15h **TAULA 1: Una mirada sobre la realitat del cuidar**
Moderadora: Aina Perelló, metgessa de família. GdT Atdom
- Risc de maltractament en ancians dependents per part del cuidador informal
Enriqueta Pujol, IDIAP Jordi Gol

-L'experiència del cuidar, una trajectòria vital
Maria Candelas, cuidadora. Pacient Expert Catalunya

10.15-10.45h **Debat**

10.45-11.15h Descans

11.15-12.00h **TAULA 2: Cuidem el cuidador: Sumem esforços.**
Moderador: Francisco Cegri, infermer. GdT Atdom
-Xarxa de suport a les famílies cuidadores
Paola Jubert, Serveis socials, Ajuntament de Barcelona.

-Planificació de decisions anticipades
Cristina Lasmarias, coordinadora del model català de PDA

- Pacient expert cuidador
Assumpció González, cap del Programa Pacient Expert Catalunya, Departament de Salut

12.00-12.30h **Debat**

12.30-13.15h **CONFERÈNCIA CLOENDA**
Relaciones de cuidado y capital social: una mirada desde la innovación sociosanitaria
Moderadora: Victòria Mir, treballadora social. GdT Atdom
Fernando Fantova, consultor social

13.15-13.30h **Debat**

13.30-14:00h **Conclusions de la Jornada.**
Esther Limón, metgessa de família. GdT Atdom
Olalla Monton, treballadora social. GdT Atdom

AIFICC | ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA FAMILIAR I COMUNITÀRIA DE CATALUNYA

COL·LEGI OFICIAL DE TREBALL SOCIAL DE CATALUNYA

Any 2019

Fulls d'Informació per a pacients

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Cuidar-se per cuidar

La persona cuidadora principal és qui, sense ser professional de l'assistència, assumeix la responsabilitat i el volum més important de la cura i l'atenció de les necessitats d'una persona en situació de dependència.

Quan s'està sobrecarregat?

Qualsevol d'aquests símptomes pot ser un indici de sobrecàrrega:

Si teniu la sensació que us falta temps o si noteu cansament, palpitacions, tremolor de mans, molèsties digestives, mal de cap, canvis de pes, falta d'interès per les relacions socials o familiars i pels entreteniments, tristesa, insomni i malsons, nerviosisme, irritabilitat, falta de memòria i concentració, petits accidents (caigudes, cremades...), ràbia, impotència, etc.

Quan parlem de claudicació de la persona cuidadora?

Quan la persona cuidadora se sent desbordada i sense capacitat per seguir atenent la persona malalta.

Com es pot prevenir la sobrecàrrega?

Amb **l'autocura**, cuidar-se un mateix és fonamental:

- Demaneu informació sobre la malaltia de la persona que cuideu, quina evolució tindrà i quines necessitats noves apareixeran.
- Organitzeu i planifiqueu les cures.
- Feu una reunió familiar per distribuir les responsabilitats econòmiques, materials i personals, i acordeu entre tots un compromís d'atenció. Anoteu els acords per evitar conflictes en el futur.



- Invertiu temps per cuidar-vos físicament i emocionalment.
- Descanseu, feu exercici, sortiu amb la vostra parella o amics i amigues, i aneu-vos-en de vacances, encara que siguin pocs dies: serà un respir físic i psicològic.

Demaneu-nos ajuda

No dubteu a demanar ajuda al vostre equip d'atenció primària (metge/ssa, infermer/a de família i treballador/a social) si presenteu símptomes de sobrecàrrega o si necessiteu informació per a les atencions que requereix la persona malalta o sobre recursos de suport i ajuts socials i econòmics disponibles.

Autors: R. Martí, R. B. Muñoz, F. Cegri, R. Centelles, T.Cabanes, R.Torquada, A. Manresa i V. Mir, Grup d'ATDOM de la CAMFiC
Revisió científica: F. Cegri, A. Manresa, V. Mir, Ana Ribatallada
Revisió editorial: Grup d'Educació Sanitària de la CAMFiC
Correcció lingüística: Quasar Serveis d'Imatge
Il·lustracions: Elvira Zarza

19 Cuidar-se per cuidar

Català Castellano English Français Euskera العربية

Any 2021

Fulls d'Informació per a pacients

149 Atenció pal·liativa: via subcutània

Català Castellano English Français العربية Xinès Romanès

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Atenció pal·liativa: via subcutània

En l'atenció pal·liativa, el més important és aconseguir controlar tots els símptomes (dolor, agitació, nàusees...) perquè els/les pacients estiguin confortables i tranquils. Una manera fàcil i còmoda d'administrar el tractament és col·locar una papallona, o agulla d'ales, al teixit que hi ha sota la pell (aquesta via d'administració s'anomena *via subcutània*).



Avantatges

- Aquesta via no és dolorosa.
- Permet que els/les pacients mantinguin l'autonomia i la mobilitat dels braços i les cames.
- És fàcil d'utilitzar per part de professionals sanitaris/àries i cuidadors/ores.
- Facilita l'absorció ràpida dels medicaments i aconsegueix un control ràpid i bo de la majoria dels símptomes (dolor, nàusees, vòmits, agitació...).
- Els fàrmacs tenen el mateix efecte que per via endovenosa, i amb menys efectes adversos.
- Evita haver de posar freqüentment injeccions.

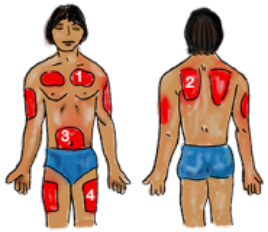
Com s'administra el medicament?

- **Amb infusió contínua:** amb una bomba d'infusió on es troba carregada tota la medicació que s'administra de forma contínua durant 24 hores, o fins a 7 dies.
- **Infusió en bol, o embolada:** s'administra periòdicament (cada 4-8 hores) el medicament amb una xeringa. També es pot emprar per administrar puntualment "medicació de rescat" en cas de crisi de dolor o si no s'aconsegueix un bon control dels símptomes.

En quines zones del cos es col·loca la via?

Les zones més utilitzades són:

- Cara anterior del tòrax, per sota de la clavícula (1).
- Espatlla (2).
- Abdomen (3).
- Cara anterolateral de la cuixa (4).



Cal evitar les zones inflamades, amb molt borrissol o amb ferides.

Com s'ha de cuidar aquesta via?

La persona cuidadora pot responsabilitzar-se de l'administració de la medicació per aquesta via: cal que el/la professional sanitari/ària comprovi que ho sap fer i que segueix la pauta de medicaments prescrita.

- Abans d'administrar medicaments, cal **rentar-se les mans** durant 20-30 segons amb sabó o solució hidroalcohòlica i, si és possible, utilitzar guants d'un sol ús.
- La papallona es pot mantenir posada fins a un màxim de 7 dies. Cada vegada que s'administra el medicament, **cal revisar el lloc de punció** per detectar problemes locals a la pell (envermelliment, dolor, inflamació, induració...), desconnexions accidentals de la bomba i la papallona, o sortides accidentals d'aquesta última.

Si es detecta qualsevol problema, cal informar els/les professionals sanitaris/àries. És possible que s'hagi de canviar la via de lloc.

Si la persona cuidadora o la família tenen dubtes, han de contactar amb l'equip d'atenció primària o trucar el 112.

Autors: Francisco Cegrí, M. Pilar Enseñat, Rosa Blanca Muñoz, Victòria Mir i Olalla Montón.
Revisió científica: Grup d'Atenció Domiciliària de la CAMFiC.
Revisió editorial: Roger Bada, Grup d'Educació Sanitària de la CAMFiC
Correcció lingüística: Quasar Serveis d'Imatge
Il·lustracions: Elvira Zarza

Any 2022

Autors i revisors de documents estratègics



Any 2022

Fulls d'Informació per a pacients

73 Cuidar un pacient a casa

Català Castellano Français العربية Xinès Romanès

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

Cuidar un pacient a casa

El cuidador d'una persona malalta crònica atesa al domicili, a banda de les visites programades, haurà d'estar alerta per si cal consultar a la metgessa o infermera en les següents situacions:

Nafres per pressió. Lesió en zones del cos on l'os pressiona la pell contra una superfície. Es produeix per la **immobilitat del cos** quan la persona està enllitada o asseguda. Consulti la infermera si hi ha zones vermelles, taques, butllofes o ferides. Si ja té nafra, consulti si augmenta la secreció, apareix febre, la pell del voltant està vermella i/o calenta, fa mala olor després d'haver-la netejat o provoca dolor.

Restrenyiment. Quan hi ha **dos o menys deposicions per setmana,** dures i amb dificultat per a l'evacuació. Consulti la infermera si les mesures habituals no són efectives.

Dificultat per empassar, tant líquids com sòlids, o ennuegaments repetits. Suposen un **risc d'aspiració** de menjar cap al pulmó. Avisi la infermera si té baveig, retenció d'aliments a la boca, tos o ofec durant o després de les menjades.

Febre. Si té temperatura axil·lar per sobre de **37,8ºC,** avisi la seva metgessa. Pot combatre la febre alleugerint-lo de roba o amb un bany amb aigua tèbia o donant-li un antitèrmic (paracetamol).

Confusió/Desorientació. Quan hi ha agitació, somnolència o dificultat per la parla, que apareix en **hores o dies**, avisi la metgessa. És important fer-ne un diagnòstic ràpid.

Caigudes. Si després d'una caiguda presenta alguna ferida, dolor excessiu o alteració de la mobilitat, avisi la metgessa.

El risc de caigudes és més alt si pren pastilles per dormir o per la tensió o si té alteració al caminar o de l'equilibri. Cal prevenir les caigudes.

Deshidratació. Per **pèrdua excessiva d'aigua** (per exemple per febre alta, diarrea o vòmits, si fa molta calor o pren diürètics) o per **consum insuficient de líquids**. El pacient té set, està marejat i ensopit, més adormit, amb la boca seca i enganxosa, orina menys i de color més fosc. Consulti si sospita deshidratació.

Sensació de dificultat al respirar que ha aparegut o empitjorat. Pot ser per aparició o agreujament de malalties cardíaques o pulmonars. Cal consultar.

Si ja sap que té Insuficiència cardíaca, malaltia on el cor bombeja menys del normal, consulti si augmenta de pes en pocs dies (més de 1 Kg en un dia o 2 Kg en 2-3 dies), té més ofec, ha de dormir amb més coixins, se li inflen els turmells, té palpitacions, dolor toràcic o perd el coneixement.

Si ja sap que té **malaltia pulmonar obstructiva crònica**, faci un ús correcte dels inhaladors, deixi de fumar i eviti els ambients amb tabac. Consulti si té més ofec o tos, més moc o el moc es torna verdós i dens, apareix febre, els llavis o dits es tornen blavosos o té molta somnolència.

Dolor. Asseguri's de que pren bé la medicació pel dolor, en la dosi i horari prescrit, distingint entre el que ha de prendre a hores fixes i la medicació de rescat per quan augmenta el dolor. Si li cal molta medicació de rescat, parli amb la metgessa. Per millorar el dolor, a banda de la medicació, és molt important mantenir la mobilitat (segons les seves possibilitats), descansar bé, sentir-se acompanyat, i cuidar l'estat d'ànim.

Cal també cuidar al cuidador. Consulteu el full "Cuidar-se per cuidar".



Autors: Anna Pareiló, Eduard Borreguero, Francisco Cegrí, Rosa Blanca Muñoz, Pilar Ensenat (Grup ATDOM de la CAMFiC)
Revisió científica: Grup ATDOM de la CAMFiC
Revisió editorial: Grup d'Educació Sanitària de la CAMFiC
Il·lustracions: Verònica Monterde

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

Any 2024

Fulls d'Informació per a pacients

180 Incontinència fecal

Català Castellano

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Incontinència fecal

La incontinència fecal és la manca de control de l'evacuació o l'escapament involuntari de femta sòlida, líquida o gasos. És més freqüent en les dones i el risc de patir-la augmenta amb l'edat.

Quins tipus hi ha?

S'inclouen: incontinència a gasos, incontinència a femta líquida, incontinència de femta sòlida, la urgència defecatòria que és la necessitat imperiosa de deixar el què s'està fent i haver de córrer al lavabo, i el tacat de la roba interior en petita quantitat.

Quines poden ser les causes?

La incontinència fecal pot ser deguda a moltes causes. La causa més freqüent són els parts, sobretot si són instrumentats (fòrceps o ventoses). Altres causes inclouen: cirurgies anals, cirurgies de l'intestí (especialment la cirurgia del recte), radioteràpia pelviana i alguns trastorns neurològics com les malalties medul·lars, l'esclerosi múltiple, entre d'altres, així com trastorns congènits anals. En molts casos és per diversos factors alhora: com els parts, cirurgia pelviana, obesitat, tos crònica, diabetis, un elevat consum d'alcohol, la malaltia inflamatòria intestinal, alguns fàrmacs, les diarrees i el colon irritable, entre d'altres.

Quins tractaments hi ha?

1. Canvis en la dieta

Alguns canvis senzills en l'alimentació poden millorar la consistència de la femta i afavorir el control. Els aliments rics en fibra o els suplements dietètics o farmacològics amb fibra, com la metilcel·lulosa, augmenten el volum de la femta i poden ajudar a frenar la incontinència.

Alguns aliments la poden empitjorar, com els picants, els greixos, els fregits, les begudes amb cafeïna, l'alcohol i els edulcorants artificials.



2. Tractaments farmacològics

És important revisar la medicació que es pren per altres problemes de salut perquè alguns fàrmacs poden causar descomposició i facilitar la incontinència. En canvi, els fàrmacs que restrenyen poden ajudar a disminuir la incontinència.

3. Lavatives, irrigacions transanals i taps anals

L'ús de lavatives per buidar l'intestí i els taps anals poden ajudar a les persones amb incontinència fecal a organitzar millor la seva vida i evitar escapaments inesperats. Les irrigacions transanals poden deixar el budell net per unes hores o dies.

4. Exercicis de rehabilitació

Existeix un gran ventall d'exercicis que poden millorar la força dels músculs de la pelvis. En ocasions es complementen amb electroestimulació o amb sessions on la pacient visualitza en una pantalla les contraccions que fa per augmentar-ne l'eficàcia.

5. Tractaments quirúrgics

Quan fracassen totes aquestes mesures, hi ha alternatives quirúrgiques. Algunes són relativament senzilles i d'altres són reconstruccions quirúrgiques més complexes.

Cal sempre individualitzar el tractament i prendre decisions compartides amb la persona amb incontinència fecal.

Autors: Arantxa Muñoz, Yolanda Ribas, Francisco Cegri i Immaculada Serra
Revisió científica: Grup d'ATDOM de la CAMFiC
Revisió editorial: Grup d'Educació Sanitària de la CAMFiC
Il·lustracions: Joan Josep Cabré

Any 2023

Fulls d'Informació per a pacients

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Com millorar el dolor persistent d'ossos i músculs

El dolor persistent d'articulacions, ossos i músculs pot afectar la qualitat de vida i fins i tot l'estat d'ànim de la persona que el pateix. **Seguiu el tractament farmacològic** prescrit pel metge o metgessa de família.

Què més podeu fer?

Per ajudar a disminuir el dolor, la discapacitat i la medicació necessària podeu millorar l'alimentació, l'exercici físic, l'estat d'ànim i el descans, i evitar el tabac.

Alimentació

Es recomana que seguiu una dieta mediterrània i que **mengeu** aliments rics en polifenols:



- **5 racions diàries de fruita o verdura** (raïm, maduixes, gerds, magrana, alvocat, nabius, remolatxa, bròquil, col, albergínia, tomàquet, ceba, all o pebrot).
- Cereals naturals integrals, oli d'oliva verge, iogurts, quefir, fruita seca, llavors i cacau.
- **4 racions setmanals de peix o llegums** (llenties, mongetes, pèsols, soja...).
- **Aliments rics en omega-3** (peix blau, nous, llavors de sèsam, xia, lli).

Reduïu

- Els aliments d'origen animal: carn blanca, ous i formatge fresc (2 per setmana); carn vermella (1 per setmana).
- Els sucres, greixos i aliments processats.

Beveu aigua: la deshidratació pot augmentar la sensibilitat al dolor.

Eviteu

- **El sobrepès,** que afecta el nivell del dolor. Eviteu menjar un excés de calories, però no salteu àpats ni piqueu entre hores.
- **La deficiència de vitamina D** (prengueu uns minuts de sol cada dia i eviteu menjar sempre productes desnatats), de **vitamina B_{12}** (carn, peix, ou, marisc i làctics) i de minerals com el **magnesi** (verdures de fulla verda, fruites, fruita seca, llegums o cacau).
- **La cocció perllongada** dels aliments per evitar la pèrdua de nutrients.

Si teniu artrosi de genoll, la **cúrcuma i el gingebre** poden millorar el dolor i la rigidesa.

Exercici físic



L'exercici ajuda a reduir el dolor i la discapacitat, augmenta l'agilitat, redueix el greix corporal i millora l'estat d'ànim.

Cal que feu diàriament activitat física adaptada a la vostra edat, les malalties que patiu, la mobilitat que tingueu i les vostres preferències. Podeu anar a caminar, en bicicleta, nedar, fer *aiguagim*, ioga, taitxi, estiraments musculars, etc.

Milloreu l'estat d'ànim



Realitzeu activitats agradables. Penseu en positiu i controleu els pensaments negatius

Practiqueu la meditació i la relaxació, i mantingueu les relacions socials i familiars.

Descans

Feu exercici moderat, millor al matí. Seguiu un horari per dormir més o menys estable, amb una rutina relaxada abans d'anar a dormir. Mantingueu l'habitació tranquil·la, fosca i sense pantalles. Utilitzeu el llit només per dormir. Aneu a dormir quan tingueu son i no us hi quedeu quan ja no en tingueu.

Eviteu les migdiades llargues. Eviteu els estimulants (cafè, té, xocolata, begudes amb cola...), l'alcohol, el tabac, els sopars abundants, l'exercici intens i les activitats estressants les hores prèvies a anar a dormir.

Feu relaxació abans d'anar a dormir.

Deixeu el tabac

Deixar el tabac ajuda a reduir el dolor crònic de l'esquena, la fibromiàlgia i el mal de cap intens.

Autores: Rosa Blanca Muñoz Muñoz, Anna Manresa Font i Victòria Mir Labaltsa
Revisió científica: Grup ATDOM de la CAMFiC
Revisió editorial: Grup d'Educació Sanitària de la CAMFiC
Correcció lingüística: Quasar Serveis d'Imatge
Il·lustracions: Elvira Zarza, Joan Josep Cabré i Verònica Monterde

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

PARTICIPACIÓ

BUTLLETÍ
de l'Atenció Primària de Catalunya

EDITORIAL

CAMFiC al dia



Open Acces creative commons

CAMFiC al dia

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

Autores
1º Aina Perelló Bratescu
2º Anna Manresa Font

Enllaços web, document d'interès
https://www.comll.cat/document-de-posicionament-del-consell-de-collegi-de-metges-de-catalunya-el-dolor-i-els-farmacs-opiodes-majors-prevenint-problemes-potencials/

Nom del GdT
Grup ATDOM

Títol de l'actualització
Document de posicionament del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya. El dolor i els fàrmacs opioides majors: prevenint problemes potencials. 9 de maig de 2018

Document del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya, amb la participació de diverses societats, entre les quals

Autores
1º Maria Vila Royo
2º Anna Manresa Font

Enllaços web, document d'interès
Ann Intern Med. 2018 Nov 20;169(10):732-734. doi: 10.7326/M18-1136. Epub 2018 Aug 21

Bibliografia
Toth C. Drug safety evaluation of pregabalin. Expert Opin Drug Saf. 2012;11:487-502

Goodman CW, Brett AS. Gabapentin and pregabalin for pain—is increasedprescribing a cause for concern? N Engl J Med. 2017;377:411-4

Nom del GdT
Grup ATDOM

Títol de l'actualització
Pregabalin and the Risk for Opioid-Related Death: A Nested Case-Control Study

Objectiu: examinar el risc de mort relacionat amb els opioides i la pregabalina.

Mètodes: Estudi control de casos de residents a Ontario, que van rebre opioides receptats entre l'1 d'agost de 1997 i el 31 de desembre del 2016.

Autor 1
1º Juan José Zamora Sánchez
2º Anna Manresa Font

Enllaços web, document d'interès
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787254/

Bibliografia
Amblàs-Novellas, J., Martorí, J. C., Espaulella, J., Oller, R., Molist-Brunet, N., Inzitari, M., & Romero-Ortuno, R. (2018). Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. BMC Geriatrics, 18(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0718-2

Nom del GdT
Grup ATDOM

Títol de l'actualització
Índex de fragilitat IF-VIG

Avaluació de la capacitat pronòstica de mortalita (IF-VIG) validat a l'entorn sanitari català, que conté

És un estudi prospectiu, observacional, longitudinal, de pacients geriatrics seguits 24 mesos o fins a la r cohort de 590 pacients ingressats a la Unitat Geriàtrica d'Aguts de l'Hospital de Vic durant l'any 2014.

L'edat mitjana dels pacients era de 84,4 anys (desviació estàndard [DE]: 5,6). La taxa de mortalitat als 24 ser del 53,7%. Es van observar diferències significatives entre els grups (vius versus defuncions) per a la les variables de l'índex de fragilitat. Les corbes de supervivència van diferir significativament per a grups pe fragilitat i amb una corba ROC de 0,90 (IC: 0,88-0,92) als 12 mesos i 0,85 (IC: 0,82-0,88) als 24 mesos.

El temps d'administració de l'IF-VIG és de 10 minuts i és més ràpid que altres índexs de fragilitat validats an L'índex presenta una bona capacitat discriminativa del grau de fragilitat i una alta capacitat predictiva de en la cohort. Es necessita més investigació per confirmar la validesa de l'instrument en altres poblacions L'instrument ens ha semblat molt interessant per a la estratificació de pacients i l'ajuda a la presa de deci està basat en la valoració geriàtrica integral, que és un dels pilars de l'atenció del Programa d'Atenció I (ATDOM), un doctorand del nostre grup ATDOM-CAMFiC està explorant la seva capacitat predictiva en aqu

Autores
1º Pilar Enseñat Grau
2º Anna Manresa Font

Enllaços web, document d'interès
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29764171

Bibliografia
Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. Ann Palliat Med.[Internet].2018 Apr;7 (Suppl 2):S32-S41

Nom del GdT
Grup ATDOM

Títol de l'actualització
Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city

L'article explica com s'ha dissenyat i desenvolupat un programa de ciutat o comunitat compassiva a la ciutat de Vic. L'objectiu principal és ampliar un sistema integral i integrat de cures pal·liatives.

Desenvolupament del programa: Avaluar les necessitats de la ciutat i acordar la missió, visió, els valors i els objectius; realització de dinou activitats amb la participació de 1.260 persones; definició i identificació de les persones vulnerables; treball amb voluntaris i canals vinculats amb els serveis socials i sanitaris de la comunitat; avaluació dels resultats.

S'assolí una alta cobertura i impacte a la societat i es plantejà la possibilitat d'ampliar el programa a altres grups de persones vulnerables.

Reptes de futur identificats:

- Complexitat dels problemes socials i culturals relacionats amb el final de la vida i amb la mort.
- Necessitat de disposar de xarxes integrals i integrades de serveis socials i de salut per atendre les persones vulnerables.
- Necessitat de considerar diferents patrons culturals (alta immigració).
- Sostenibilitat del sistema per assolir els reptes i objectius proposats.

Oferta de Formació continuada

Nom de l'activitat	Hores	Àmbit	Pressupost	Programa
Abordatge de la infecció en les ferides cròniques	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Abordatge de les descompensacions i crisi del pacient crònic complex (PCC) i en malaltia crònica avançada (MACA) en atenció domiciliària	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Abordatge interdisciplinari en les cures pal·liatives en Atenció Primària	20 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Atenció domiciliària al pacient crònic complex i en final de vida: Dispnea i tos; nàusees i vòmits, restrenyiment, cures de boca i altres símptomes	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Atenció a les persones cuidadores des de l'Atenció Primària eines per identificar i prevenir	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Disfàgia en l'àmbit domiciliari d'Atenció Primària	6 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Maneig de dol i les pèrdues	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
El personal sanitari davant la delegació de presa de decisions	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Maneig de la COVID-19 en els centres residencials	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Nous reptes en el tractament del dolor crònic	20 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Organització de l'Atenció Domiciliària a l'Equip d'Atenció Primària	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Ús dels Opioides i Co-morbiditats (MACA) en Atenció Domiciliària	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Atenció domiciliària al pacient crònic complex i en final de vida via subcutània	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Atenció al cuidador des de l'enfocament sociosanitari. Eines per prevenir la claudicació	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
El counselling, eina bàsica en la relació d'ajuda a l'Atenció Primària de Salut	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Cures avançades de les ferides cròniques a l'Atenció Primària de Salut	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Doctora, no vull anar a l'hospital	5 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
La planificació de les decisions anticipades en l'atenció a les persones amb malalties cròniques avançades	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Tractem bé el dolor? Aprenguem a fer-ho!	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Atenció domiciliària al pacient crònic complex i en final de vida: úlceres per pressió i cures de la pell	4 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Actualització en el maneig de persones institucionalitzades	5 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar
Maneig del pacient amb dolor al seu domicili	4 h.		Sol·licitar	Descarregar
Update en instruments per a la valoració de la fragilitat i la complexitat a l'atenció domiciliària	4 h.		Sol·licitar	Descarregar
Abordatge interdisciplinari en les cures pal·liatives en Atenció Primària	20 h.	CAT	Sol·licitar	Descarregar

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària



Moltes gràcies