



CAPSBE

Consorci d'Atenció Primària de Salut
Barcelona Esquerra

L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CAP COMTE BORRELL



Institut Català
de la Salut



Clínic
Barcelona

Dra. Marta Navarro

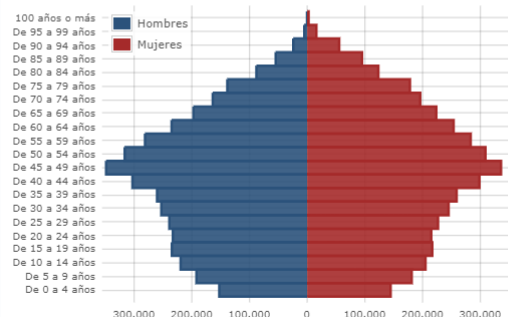
Metgessa d'ATDOM
GdT Gent Gran CAMFIC

Envel·liment poblacional



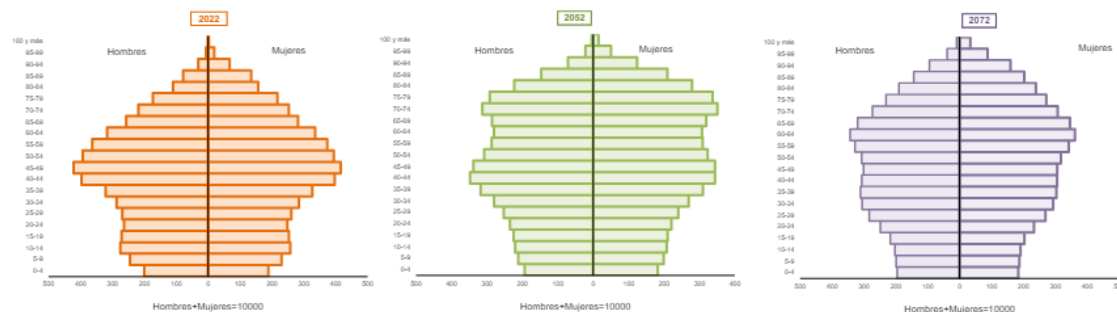
Indicadores	Período	Valor
Población Número de personas (datos prov.)	S1/2024	8.016.606
Población de 80 años y más % sobre el total de población a 1 de enero (datos prov.)	S1/2024	5,8 %
Población centenaria Número de personas (datos prov.)	S1/2024	2.732

Población. Por sexo y edad quinquenal. Cataluña. S1/2024 (p)

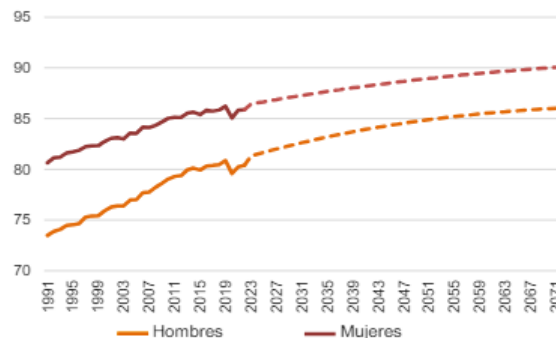


Fuente: Idescat. Estimaciones de población.

Pirámides de población de España (años 2022, 2052 y 2072)



Esperanza de vida al nacer





El **programa d'atenció domiciliaria** del CAPSBE dona resposta a les necessitats dels usuaris que per motius de salut o funcionalitat no es poden desplaçar al centre.

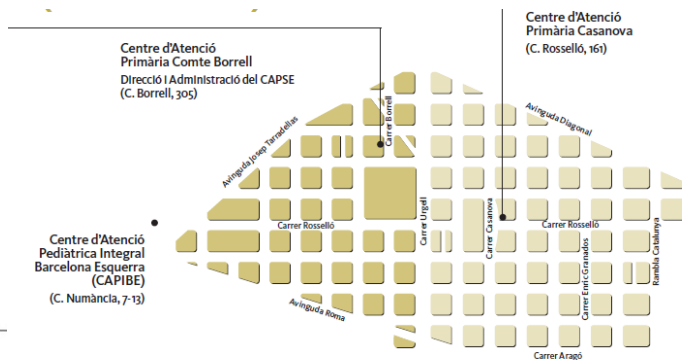
Habitualment són persones amb **necessitats complexes** i que tenen dificultats per a rebre la prestació de serveis al centre.

Des de fa més de 20 anys al CAPSBE, hi ha un equip d'infermeres amb dedicació complerta a la població inclosa al Programa ATDOM.

Tres àrees bàsiques: Comte Borrell, Casanova i Les Corts.



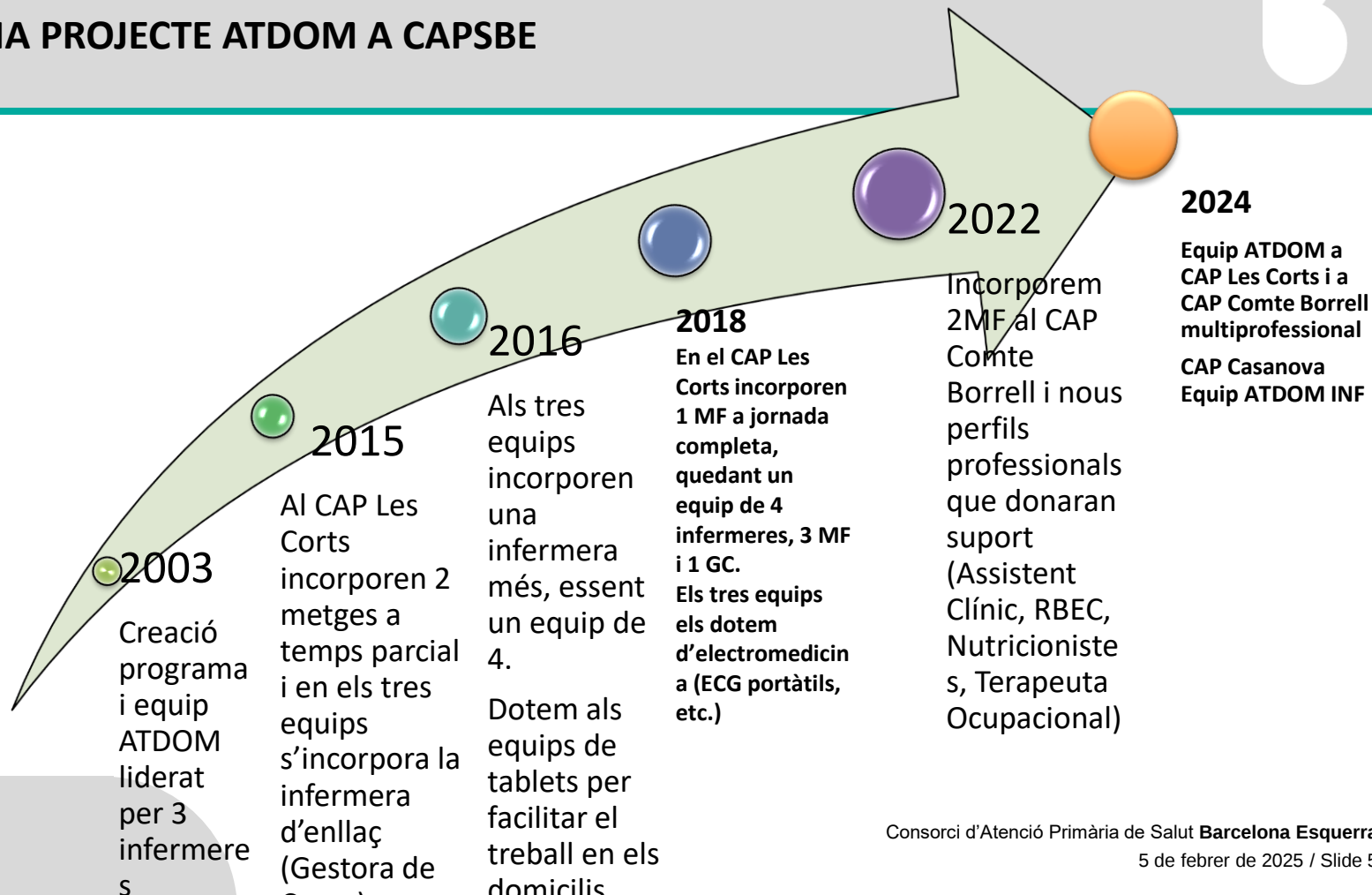
Les Corts: 29.475



Comte Borrell: 29.544
Casanova: 32.616

Població total: 99.260
≥15 anys: 91.939
Població ATDOM: 1.200
Població institucionalitzada (residències): 500

CRONOLOGIA PROJECTE ATDOM A CAPSBE

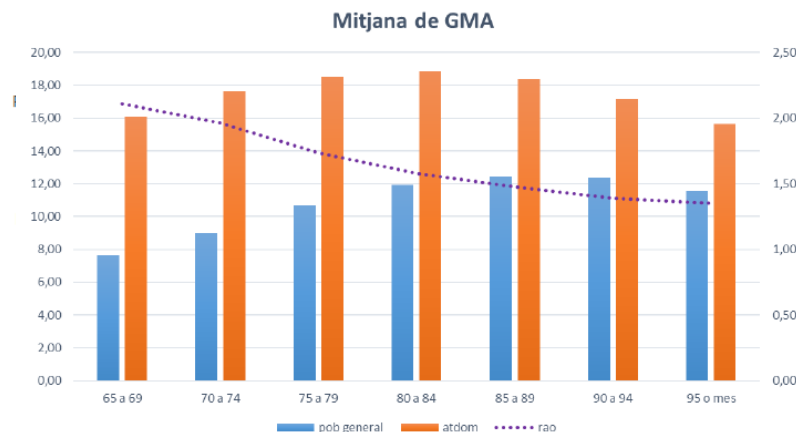


COM SÓN ELS USUARIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA?



Morbiditat	població ATDOM	població general	Raó o risc
	%	%	
Prevalença de trastorn cognitiu	22,39	6,47	3,46
Prevalença d'insuficiència cardíaca	23,2	7,44	3,12
Prevalença d'AVC	14,33	6,7	2,14
Prevalença de FA	29,62	14,2	2,09
Prevalença de MPOC	13,14	6,7	1,96
Prevalença de cardiopatia isquèmica	13,23	8,36	1,58
Prevalença de DM 2	34,92	23,07	1,51
Prevalença d'obesitat	37,11	26,4	1,41
Prevalença de malaltia renal crònica	39,65	28,59	1,39
Prevalença d'HTA	79,46	73,74	1,08
Prevalença de dislipèmia	51,31	52,73	0,97

	població ATDOM (%)	població general (%)	Raó
PCC	53,63	1,1	48,75
MACA	5,68	0,05	113,6
GMA Complexitat (mitjana)	17,78	11,82	1,5
Barthel fet l'últim any	96,56	34,12	2,83
% Valor Barthel < 40 si Barthel fet	20,94	0,86	24,35



COM SÓN ELS USUARIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA?



Utilització de serveis	ATDOM	població general	Raó
Visites MF en AP	12,1	7,84	1,54
Visites Infermeria AP	22,11	9,17	2,41

Cost

Despesa de farmàcia per persona	1.446,09 €	731,73 €	1,98
---------------------------------	------------	----------	------

Esdeveniments

Mortalitat	20,36	6,17	3,30
Ingrés hospitalari	33,62	18,6	1,81
Institucionalització (1 any)	2,9	2,9	1,00
Institucionalització (2 anys)	6,4	4,9	1,29
Dies llarga estada	6,9	3	2,30
Pacients en llarga estada	11,2	4,9	2,29

Mortalitat

	Població general (%)	ATDOM (%)	Raó
65 a 69	2,19	14,95	6,84
70 a 74	1,39	16,15	11,60
75 a 79	1,62	16,27	10,02
80 a 84	3,02	15,78	5,22
85 a 89	5,47	19,92	3,64
90 a 94	8,87	22,81	2,57
95 o més	15,54	30,89	1,99

EQUIPS MULTIDISCIPLINARS



Atenció Centrada en el Pacient
Necessitats i preferències

Model Proactiu
Integració assistencial i social

Gestió integral del pacient
Coordinació

Contingent propi

N: 505 PACIENTS ATDOM



28%

72%



Mitja edat: 87 anys

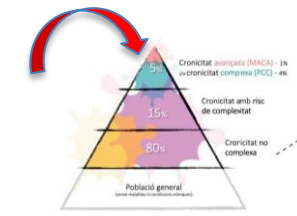
MACA 10,69%

PCC 80,79%

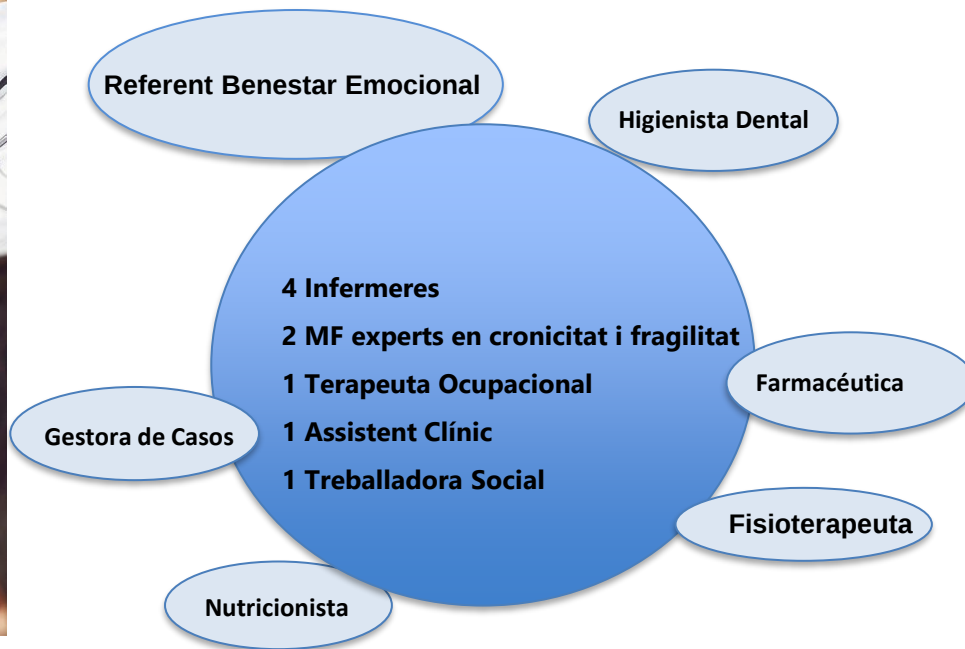
Dependencia moderada-greu 34,46%

Dependencia total 6,02%

Deteriorament cognitiu greu-moderat 24,75%



- ✓ Increment de la població inclosa al programa ATDOM. Rotació 30%
- ✓ Increment de la identificació de MACA i PCC, així com increment en l'elaboració dels PIICS en aquests usuaris
- ✓ S'Evidencia revisió de les prescripcions farmacològiques , disminuint la polifarmàcia de >10 fàrmacs i >8 fàrmacs, així com disminució en la prescripció d'estatines en els MACA
- ✓ **Important millora de la longitudinalitat** en les visites fetes pel referent dels pacients PCC/MACA passant del 51,68% (2022) al 71,70% i de les visites fetes pel seu referent en població ATDOM passant del 37,68% al 78,1%
 - Disminueix les visites del SEM al domicili
 - Disminueix la utilització de les urgències hospitalàries
 - Disminueix els ingressos hospitalaris



EQUIP MULTIDISCIPLINAR. Assistent Clínic



Referent per pacients i familiars



Rep trucades 30-40



Te agenda pròpia de 30-40 actes



Revisa els mails 10-15

Gestió de les agendes



Programa activitat equip: analítiques, agenda pacients, controls, planificats



Informa als pacients de les cites

Consorci d'Atenció Primària de Salut **Barcelona Esquerra**

5 de febrer de 2025 / Slide 11



- Proporcionar la màxima autonomia personal a aquelles persones que pateixin qualsevol tipus de diversitat funcional, tan física com mental, sensorial o social.
- Millorar la qualitat de vida de la persona i afavorir l'envelliment al domicili
- Millorar i/o mantenir l'autonomia de la persona
- Disminuir les BBAA del domicili
- Assessorar i ensenyar l'ús correcte de Productes de Suport
- Prevenir caigudes al domicili
- Donar suport i assessorar als cuidadors principals

Realitza entre 1 i 4 visites en el domicili

PACIENTS DERIVATS A TO



- Pacients amb **davallada en l'autonomia** (ABVD o AIVD: s'inclou el Lawton a la VGI)
- Presència de **barreres arquitectòniques** en el domicili on calgui assessorament de la TO
- Presència de **caigudes al domicili**: en cas de caiguda derivar sempre que no sigui per procés agut
- Pacients que han patit recentment un **ICTUS, Cx trauma** i no hi ha hagut intervenció de TO prèvia a l'hospital o domicili
- Pacients amb **IC o MPOC** avançats amb dispnea a l'esforç, on cal treballar l'economia de l'esforç
- Dispositius de suport: mal ús o manca de dispositius

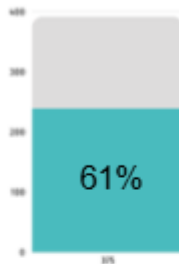
IMPORTANT: En casos de deteriorament cognitiu cal tenir en compte la presència de familiars/cuidadors efectius al domicili.

INTERVENCIIONS TO

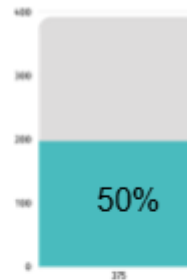


N: 392 usuaris ATDOM

Reeducació de
les ABVD

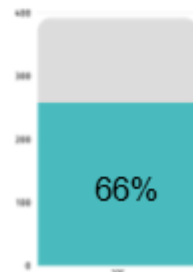


Prevenió risc de
caigudes



100% de
recomanacions
generals

Entorn i PS



Educació sanitària al
cuidador

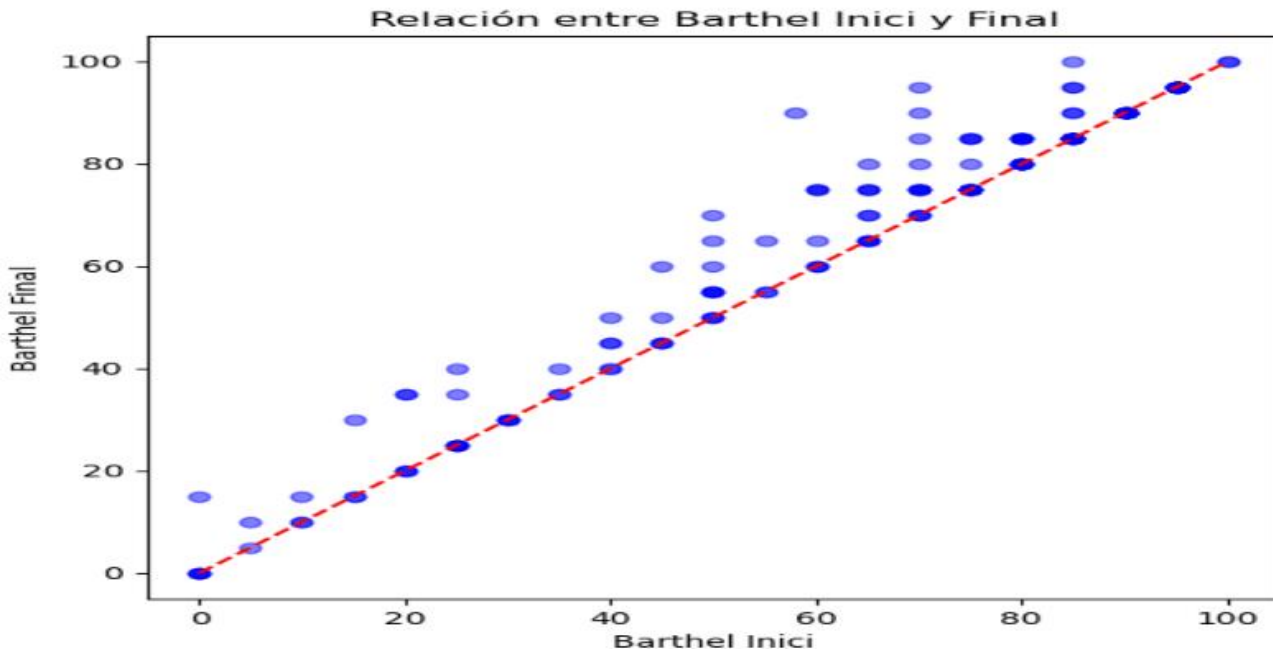


INTERVENCIONS TO



120 pacients,
atesos 2024
per TO, amb
intervenció
completa

$P < 0,01$



EQUIP MULTIDISCIPLINAR



RBEC

- CUIDADORS: recursos socials de les associacions
- SOLEDAT no desitjada: contacte amb amics de la gent gran
- Programa RADARS i coordinació amb SS
- BCN cuida't carnet per al cuidador

NUTRICIONISTA

- INSUFICIENCIA CARDICA
 - Recomenacions dietètiques visuals.
 - Propostes menus
- DISFAGIA
 - Recomenacions dietètiques
 - Propostes menus.

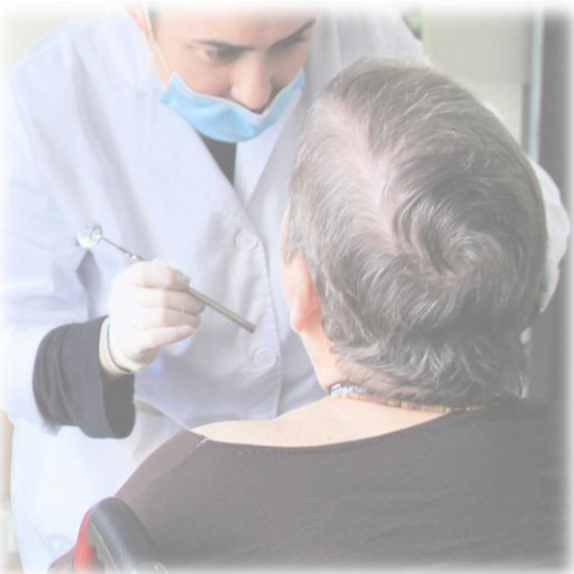
FISIOTERAPEUTA

- FRAGILITAT
 - Activitat preventiva



EQUIP MULTIDISCIPLINAR. Odontologia

Desplegament de la cartera de serveis de les higienistes dentals a ATDOM 2024:
Revisions bucodentals i Higienes bucodentals



Activitat higienista	N=238
	165
Consell sobre hàbits	(69.33%)
	162
Educació higiene oral	(68.06%)
Consell malaltia periodontal	103
	(43.28%)
Consell Seguiment lesions	77 (32.35%)
Control pròtesis	73 (30.7%)
Consell dietètic	69 (28.99%)
Consell pat. A temporomandibular	62 (26.05%)
Tartrectomia	21 (8.8%)
Derivació odontòleg	15 (6.30%)
Tractament mèdic	5 (2.10%)
Consell Seguiment	
) Troballes	4 (1.68%)
Ortopantografia	4 (1.68%)
Curetatge	2 (0.84%)

238 pacients ATDOM visitats per la higienista dental amb valoració integral de la salut bucodental

Programa d'atenció domiciliaria. Planifi.cat



Planifi.cat amb l'objectiu d'optimitzar els processos per atendre amb la màxima qualitat possible els pacients d'ATDOM que necessiten un seguiment de la seva malaltia crònica.



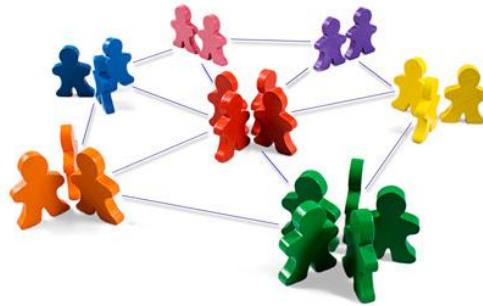
Programa d'atenció domiciliaria. Patologies Cròniques Insuficiència Cardíaca



UAC

Programació de visites segons disponibilitat d'agendes amb etiqueta PLAN - Planifi.cat

Agenda UAC	Proves	1a Visita – Dia 0		2a Visita –1mes	3a Visita–3 mesos		4a Visita–6 mesos	5a Visita–9 mesos	
Revisar al pacient amb etiqueta Planifi.cat Valorar si 9T per explicar i programar citacions	1. Anàlítica anual (Identificada com ATDOM Dia 15) 9D INF	Programar visita 9D INF Nota: 1a Visita planifi.cat (G4) + ECG (si es check-list) V de rev. anual IC:	• 9E MF +INF Coordinació post 1ª V d'INF (Valoració)	Programar visita 9D MF Nota: Rev. Anual planifi.cat (G4)	Programar •9T INF Nota: V3 mesos planifi.cat (G4)	Programar •9D TOC •1a V- 2: 9D •Seguiment 1V: 9D Economia	Programar •9D INF Nota: V 6 mesos planifi.cat (G4)	Programar INF: • 9D INF* Nota: V 9 mesos planifi.cat (G4) + fragilitat	• 9E MF +INF+ TO +TS Coordinació post V d'INF (Valoració)



Infermeria

Medicina

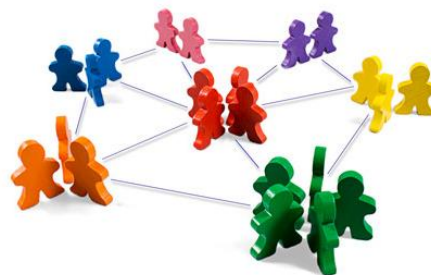
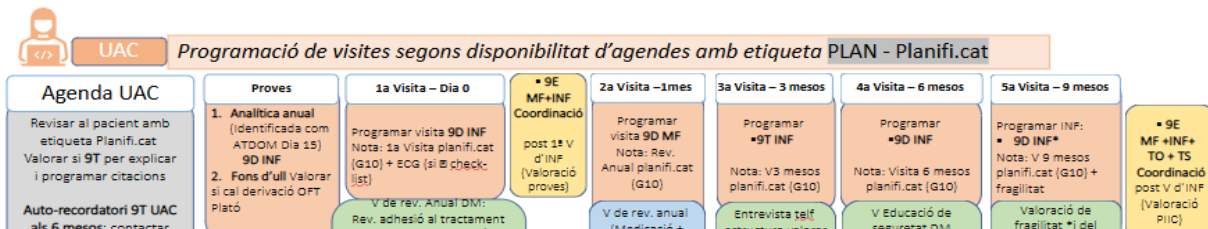
Terapeuta Ocupacional

Assistent Clínic

Treballadora Social

Nutricionista

Programa d'atenció domiciliaria. Patologies Cròniques DM2



Infermeria
Medicina
Farmacèutica
Assistent Clínic
Trebballadora Social
Nutricionista



- Optimització del tractament per reduir el risc d'hipoglucèmies i de variabilitat i millorar el control
- Pacients ATDOM Borrell amb sensor: 10 pacients
- Sessions grupals a cuidadors 2 sessions
 - 1ª col·locació, alarmes i control hipoglucèmies (com detectar-les i manejar-les)
 - 2ª dieta, control de l'aport en CH, disfàgia, administració d'insulines i resposta als dubtes
- Només hem activat les alarmes d'hipoglucèmies
- Actuació en cas de desorientació, febre i hiperglucèmia ser proactius en descartar infeccions intercurrents (ITU)
- Vincular app pacient a app de cuidadors per disposar de la informació també al centre sanitari

Dysphagia
https://doi.org/10.1007/s00455-024-10761-8

ORIGINAL ARTICLE

A Systematic Evaluation for Oropharyngeal Dysphagia in Non-institutionalized Elderly Patients with Home Care-based in the Community

Montero L, Fauró À, Gómis G, Rodríguez-Romero R, Santos-Ruiz S, Aguilar M, et al. A systematic evaluation oropharyngeal dysphagia in noninstitutionalized elderly patients with home care-based in the community. *Dysphagia*. 2024. doi:10.1007/s00455-024-10761-8.

L. Montero et al.

Table 2 Association of dysphagia with the use of services, clinical episodes or events, and nutritional status

Associated factors	Without Dysphagia n = 742 (74.105%)	Dysphagia n = 260 (25.9%)	OR	OR adjusted [†]	95% CI adjusted	P-value, adjusted model
Use of services (≥ 1 during last 3 years)						
Home Ambulance	343 (46.23%)	134 (51.54%)	1.24	1.00	(0.71–1.4)	0.996
Hospital, emergency department	280 (37.74%)	116 (44.62%)	1.33	1.17	(0.84–1.63)	0.361
Hospital admission	192 (25.88%)	83 (31.92%)	1.34	1.20	(0.84–1.73)	0.313
PHC home-based visits . Mean (SD)						
PHC nurse	9.19 (13.35)	12.19 (15.30)	1.01*	1.00	(0.99–1.01)	0.536
Family physician	3.91 (4.23)	5.64 (5.27)	1.08*	1.07	(1.03–1.10)	<0.001*
Clinical episodes						
Pneumonia	10 (1.35%)	31 (11.92%)	9.91*	5.09	(2.2–11.79)	<0.001*
(≥ 1 in last 3 years)						
Cough and common cold. Mean (SD)	2.34 (2.52)	3.15 (2.88)	1.11*	1.11	(1.05–1.18)	<0.001*
Nutritional Status (MNA[®])						
Normal	505 (74.70%)	124 (52.54%)	Ref	Ref		
At Risk of Malnutrition	154 (22.78%)	96 (40.68%)	2.54*	1.63	1.10–2.42	0.014
Malnourishment	17 (2.51%)	16 (6.78%)	3.83*	2.15	0.86–5.29	0.095

*Statistical significance with correction for multiple comparisons ($P < .0055$)

†. Adjusted model by sex, dependency (Barthel), body mass index (BMI), and Adjusted Morbidity Index, cognitive impairment, pressure sore

A Systematic Evaluation for Oropharyngeal Dysphagia in Non-institutionalized Elderly Patients with Home...

Table 1 Characteristics of patients with and without dysphagia

Characteristics	Without Dysphagia n = 742 (74.1%)	With Dysphagia n = 260 (25.9%)	95% CI	P-Value
Sex (female)	542 (73.05%)	173 (66.54%)	(60.45%–72.25%)	0.055
Age, years (mean and SD)	88.75 (8.19)	89.12 (8.92)	(88.03–90.21)	0.557
Social Risk	104 (14.04%)	24 (9.23%)	(8.00%–13.42%)	0.059
Body Mass Index (n = 940)				
Underweight	40 (5.73%)	26 (10.74%)	(7.14%–15.34%)	0.028
Healthy weight	216 (30.95%)	80 (33.06%)	(27.16%–39.37%)	
Overweight	262 (37.54%)	87 (35.95%)	(29.90%–42.35%)	
Obesity	180 (25.79%)	49 (20.25%)	(15.37%–25.87%)	
Adjusted Morbidity Risk Groups (AMG)				
No chronic diseases	3 (0.40%)	0 (0.00%)	(0.00%–1.41%)	<0.001*
Low-risk	29 (3.91%)	5 (1.93%)	(0.63%–4.45%)	
Moderate Risk	259 (34.95%)	51 (19.69%)	(15.03%–25.06%)	
High Risk	450 (60.73%)	203 (78.38%)	(72.86%–83.23%)	
Functional dependency on Activities of Daily Living (n = 998)				
Total	42 (5.68%)	62 (24.03%)	(18.95%–29.72%)	<0.001*
Severe	46 (6.22%)	39 (15.12%)	(10.98%–20.08%)	
Moderate	179 (24.19%)	64 (24.81%)	(19.66%–30.54%)	
Slight	466 (62.97%)	90 (34.88%)	(29.08%–41.04%)	
No dependency	7 (0.95%)	3 (1.16%)	(0.24%–3.36%)	
Cognitive impairment (n = 996)				
No deficit	419 (56.70%)	106 (41.25%)	(35.16%–47.53%)	<0.001*
Low	140 (18.94%)	27 (10.51%)	(7.04%–14.92%)	
Moderate	102 (13.80%)	47 (18.29%)	(13.76%–23.57%)	
Severe	78 (10.55%)	77 (29.96%)	(24.43%–35.96%)	
Pressure sore risk (n = 986)				
High	9 (1.23%)	22 (8.66%)	(5.51%–12.82%)	<0.001*
Moderate Risk	30 (4.10%)	33 (12.99%)	(9.11%–17.76%)	
Lower	693 (94.67%)	199 (78.35%)	(72.77%–83.25%)	
Incontinence				
Urinary	382 (51.48%)	126 (48.46%)	(15.66%–25.80%)	<0.001*
Fecal	3 (0.40%)	1 (0.38%)	(0.01%–2.12%)	
Fecal and urinary	44 (5.93%)	53 (20.38%)	(42.24%–54.72%)	
Diseases				
Dementia	121 (16.31%)	73 (28.08%)	(22.70%–33.96%)	<0.001*
Stroke	101 (13.61%)	58 (22.31%)	(17.40%–27.86%)	0.001*

*Statistically significant
($P < .0045$)

Continuous variables were analyzed with t-tests and proportions with chi-squared tests



Equip Multidisciplinari amb contingent assignat

- Abordatge coordinat liderat a AP



Longitudinalitat Assistencial

- Plans individuals d'actuació



Atenció a la Complexitat

- Coordinació entre nivells. Atenció multidisciplinària



Resolució de proximitat

- Telemedicina
- Capacitat de resolució a domicili

PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Equip ATDOM al CAP Comte Borrell



GRÀCIES!!!