

# Programa d'atenció domiciliària a la cronicitat i complexitat

---

Laia Gené, Carlota Luna, Eva Martínez, María Ortega, Mireia Sans, Ana Silva

**Comunicació oral:** Eva Martínez

**Centre:** EAP Borrell. CAPSBE

**Dades de contacte:** Eva Martínez, 650795091, [ecastell@dinic.ub.es](mailto:ecastell@dinic.ub.es)

**Introducció:** El procés d'envelliment en les últimes dècades, degut a l'augment de l'esperança de vida de la població, ha fet augmentar la incidència i la prevalença de malalties cròniques, degeneratives i incapacitats. Segons el Pla de Salut 2016-2020, aproximadament el 5% de la població presenta necessitats complexes de salut, majoritàriament relacionades amb càrregues rellevants de morbiditat crònica. L'impacte d'aquest grup poblacional en el model convencional d'atenció, en els resultats en salut esperables així com en el perfil i el cost de l'ús de recursos, és molt important. Per aquest motiu, assegurar una resposta assistencial adequada a les necessitats i preferències de les persones, que garanteixi les condicions òptimes d'equitat i justícia social que permetin minimitzar condicions de desigualtat, és un objectiu principal del sistema sanitari, i també del social. Cal realitzar transicions dins del sistema de salut, per tal d'establir dinàmiques de col·laboració entre els serveis i els professionals. Es planteja, doncs, un context amb noves necessitats de salut, d'una banda, i de transformació del sistema assistencial, de l'altra, que s'han d'orientar cap a una atenció més integral, centrada en la persona i en el valor de l'esperança de vida en bona salut.

**La idea innovadora:** Es va proposar crear un programa que pretén cobrir totes les necessitats derivades del tractament de pacients crònics i complexes en el context demogràfic actual ampliant la cartera de serveis en el domicili

- Captació proactiva de la població identificant els PCC/MACA, fent una valoració integral sanitària i social.Coordinació entre nivells assistencials.Realització dels PIIC consensuats amb pacient i família.
- Atenció al final de la vida amb coordinació amb l'equip PADES del territori.

**Com heu transformat la idea en acció:** Es va renovar un equip a jornada completa d'atenció a domicili format per quatre infermeres, una infermera gestora de casos ,que coordinarà el programa PREALT,els seus metges de referència d'atenció primària i un metge, expert en cronicitat i complexitat, que donava suport a la gestió dels casos.

**Quin resultat heu obtingut :**Als tres mesos de la posta en marxa del programa es va augmentar la identificació de pacients PCC/MACA i pacients d'alta complexitat que presenten dificultat de maneig en les consultes habituals mitjançant una captació proactiva. També es va augmentar l'elaboració del PIIC consensuat amb pacient/família i professionals del CAP, assolint un 13,42% de pacients en situació de complexitat (pacients crònics complexos) que disposen de Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC).

## **Conclusions**

Augment de la detecció de pacients fràgils, PCC,MACA en domicili.

La renovació de l'equip amb enfoc multidisciplinar i experts en cronicitat, ha millorat la coordinació entre professionals i serveis assistencials i així l'aportació de recursos necessaris per millorar la qualitat de vida en el domicili i el suport a les famílies

Caldrà estudiar a mig llarg termini ,si la renovació de l'equip i la implantació de tècniques avançades d'infermeria en domicili , millora les descompensacions i per tant la qualitat de vida dels pacients i de la família