

Open Acces



CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I FRAGILITAT DELS USUARIS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A LA CIUTAT DE BARCELONA

Juan José Zamora Sánchez^{1,2}, José Luis del Val García¹, Jordi Gost Rosquellas¹, Marta Lestón Vázquez¹, Francesc Orfila Pernas¹, Maria Antonia Llauger Rosselló¹ i Membres del Grup de treball*

¹ Grup de Treball d'Atenció Domiciliària de la Gerència Territorial de Barcelona. Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

² Grup de Treball ATDOM CAMFiC

* Membres del Grup de treball: Acerete Rodríguez, Mònica; Barbero Ruiz, Alba; Boixadera Vendrell, Mireia; Burgos Díez, Carolina; del Val García, José Luis; Feixa Quer, Alba; Gost Rosquellas, Jordi; Lestón Vázquez, Marta; Llauger Rosselló, Maria Antonia; Losilla Martín, Elisabeth; Luque alonso, Ana; Montoro Gómez, Aurora; Orfila Pernas, Francesc; Rodríguez Molinet, Josefa; Sierra Peinado, Verónica; Trenard Enríquez, Kilian; Zamora Sánchez, Juan José

Adreça per a correspondència:
Juan José Zamora Sánchez

Adreça electrònica:
jjzamora.bcn.ics@gencat.cat

RESUM

Característiques clíniques i fragilitat dels usuaris de l'atenció domiciliària a la ciutat de Barcelona

Objectiu. Identificar les característiques sociodemogràfiques i clíniques dels usuaris de l'atenció domiciliària en Atenció Primària de Salut.

Metodologia. Estudi descriptiu transversal als equips d'Atenció Primària de la Gerència Territorial de Barcelona de l'Institut Català de la Salut. Els participants de l'estudi van ser tots els usuaris del programa d'atenció domiciliària durant l'any 2019. Es van excloure les persones institucionalitzades. Les variables principals eren: sociodemogràfiques (edat, sexe, viure sol), criteris de complexitat clínica, polifarmàcia, nivell de fragilitat (efragicap), dependència funcional, deteriorament cognitiu, risc social, sobrecàrrega del cuidador, nombre i tipus de visites.

Resultats. Es van analitzar un total de 13 044 persones que romanien en el programa d'atenció domiciliària a final de l'any. La majoria eren dones (72%) i la edat mitjana era de 86,1 anys (DE 10,5). Un 51,8% tenien identificada complexitat clínica i un 7,4 % una malaltia crònica avançada. La polifarmàcia era elevada (88,3%) Hi havia una alta prevalença de dependència (90%) i aproximadament la meitat de les persones tenien el cribatge de deteriorament cognitiu alterat. Un 10,8% presentaven nafres i un 68,7% incontinència. Un 18,3% vivien sols. La majoria dels problemes clínics tenien una correlació positiva amb la fragilitat. La fragilitat greu era la majoritària, amb un 69,2% dels casos, seguida de la moderada amb un 26,1% i la lleu amb un 4,1%.

Conclusions. Els usuaris del programa d'atenció domiciliària tenen principalment edat avançada, complexitat clínica i una fragilitat moderada/greu. L'instrument efragicap pot avaluar fàcilment la fragilitat a partir de la història clínica electrònica en Atenció Primària.

Paraules Clau: Atenció Domiciliària, Atenció Primària de Salut, Epidemiologia, Fragilitat, Població vulnerable

RESUMEN

Características clínicas y fragilidad de los usuarios de la atención domiciliaria en la ciudad de Barcelona

Objetivo. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios de la atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud.

Metodología. Estudio descriptivo transversal a los equipos de Atención Primaria de la Gerencia Territorial de Barcelona del Institut Català de la Salut. Los participantes del estudio fueron todos los usuarios del programa de atención domiciliaria durante el año 2019. Se excluyeron las personas institucionalizadas. Las variables principales eran: sociodemográficas (edad, sexo, vivir solo), criterios de complejidad clínica, polifarmacia, nivel de fragilidad (efragicap), dependencia funcional, deterioro cognitivo, riesgo social, sobrecarga del cuidador, número y tipos de visitas.

Resultados. Se analizaron un total de 13 044 personas que permanecían en el programa de atención domiciliaria a final del año. La mayoría eran mujeres (72%) y la edad media era de 86,1 años (DE 10,5). Un 51,8% tenían identificada complejidad clínica y un 7,4% una enfermedad crónica avanzada. La polifarmacia era elevada (88,3%). Había una alta prevalencia de dependencia (90%) y aproximadamente la mitad de las personas tenían el cribado de deterioro cognitivo alterado. Un 10,8% presentaban úlceras y un 68,7% incontinencia. Un 18,3% vivían solos. La mayoría de los problemas clínicos tenían una correlación positiva con la fragilidad. La fragilidad grave era la mayoritaria, con un 69,2% de los casos, seguida de la moderada, con una 26,1% y la leve con un 4,1%.

Conclusiones. Los usuarios del programa de atención domiciliaria tienen principalmente edad avanzada, complejidad clínica y una fragilidad moderada/grave. El instrumento efragicap puede evaluar fácilmente la fragilidad a partir de la historia clínica en Atención Primaria.

Palabras Clave: Atención Domiciliaria, Atención Primaria de Salud, Epidemiología, Fragilidad, Población vulnerable.

ABSTRACT**Clinical characteristics and frailty of home care users in the city of Barcelona**

Objective. Identify the socio-demographic and clinical characteristics of users of primary care in Primary Health Care.

Methodology. Cross-sectional descriptive study about on the Primary Care teams of the Barcelona Territorial Management of the Catalan Institute of Health. Participants in the study were all users of the home care program during 2019. Institutionalized people were excluded. The main variables were: socio-demographic (age, sex, living alone), criteria of clinical complexity, polypharmacy, level of frailty (efragicap), functional dependence, cognitive impairment, social risk, caregiver overload, number and type of visits.

Results. A total of 13 044 people who remained in the ATDOM program at the end of the year were analyzed. The majority were women (72%) and the mean age was 86,1 years (SD 10,5). 51,8% had been identified as clinical complexity and 7,4% had advanced chronic disease. Polypharmacy was high (88,3%). There was a high prevalence of dependence (90%) and approximately half of the people had impaired cognitive impairment screening. 10,8% had sores and 68,7% had incontinence. 18,3% lived alone. Most clinical problems had a positive correlation with frailty. Severe frailty was the majority, with 69,2% of cases, followed by moderate with 26,1% and mild with 4,1%.

Conclusions. Home care program users are mostly elderly, clinically complex, and have moderate / severe frailty. The efragicap instrument can easily assess frailty based on computerized medical records in Primary Care.

Keywords: Home care, Primary Health Care, Epidemiology, Frailty, Vulnerable Population

INTRODUCCIÓ

L'atenció domiciliària (ATDOM) es va definir fa unes dècades com "el conjunt d'activitats de tipus sociosanitari i àmbit comunitari que es realitzen en el domicili de la persona amb la finalitat de detectar, valorar i donar suport i seguiment als problemes de salut de l'individu o la família, potenciant l'autonomia i millorant la qualitat de vida"¹.

L'ATDOM cada vegada és més complexa. Els canvis demogràfics i epidemiològics estan produint un marcat increment de la prevalença de pacients d'edat avançada amb morbiditat, fragilitat i dependència. Com a exemple, a Catalunya, més del 75% de les persones entre 65 i 74 anys té quatre o més trastorns crònics, i en el grup de ≥ 75 anys hi ha un creixement exponencial de la presència de problemes: un 54,9% presenta alguna discapacitat física, que genera dificultat per realitzar les activitats de la vida diària, com la cura personal, comprar, fer les tasques de casa, administrar els diners o telefonar².

Així mateix, les persones tributàries de ser ateses a l'ATDOM tenen unes condicions de complexitat majors. En Catalunya, a l'any 2016, un 50,6% de pacients ATDOM majors de 64 anys estaven identificats com a pacients crònics complexos (PCC), i un 12,5% com a pacients amb malaltia crònica avançada (MACA), front al 6,8 y 0,9 % respectivament en els usuaris no ATDOM³. Aquesta major complexitat anirà en augment, doncs també s'està incrementant l'edat dels pacients que inicien programa ATDOM, que en homes ha passat de 81,6 anys a l'any 2012 a 83,5 en el 2016, i de 83,5 a 85,1 respectivament, en dones³.

Els criteris d'inclusió pels usuaris del programa ATDOM en Atenció Primària de Salut (APS) són el no poder desplaçar-se al centre de salut per ser-hi atès, per motius de salut o de condició física o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent. Com a resultat, existeixen diferents perfils de pacients susceptibles de ser atesos en el programa: persones amb patologia crònica, en fase de final de vida, amb deteriorament cognitiu, grups de risc (aïllament social, edat avançada, dèficit d'autonomia, presència de barreres arquitectòniques), necessitat d'ATDOM de forma transitòria (continuitat de cures a l'alta hospitalària, etc.)⁴. Les característiques i les necessitats assistencials d'aquests perfils són diferents, amb intensitats d'intervencions i activitats diferenciades^{5,6}. Queden excloses les persones institucionalitzades, les quals estaven assignades en les dates d'estudi a un altre proveïdor sanitari específic per a població de residències geriàtriques.

Disposar d'informació de les característiques clíniques i socials dels usuaris d'ATDOM pot ser útil per a la planificació territorial del programa. Per altra banda, no ens consta la publicació d'estudis epidemiològics sobre ATDOM amb mostres representatives d'àmplies àrees a Catalunya. Per tot això, des del grup de treball ATDOM de la gerència territorial de Barcelona de l'Institut Català de la Salut (ICS) es va proposar com a objectiu d'estudi identificar les característiques socio-demogràfiques i clíniques dels usuaris ATDOM en APS a nivell de Barcelona ciutat. Un millor coneixement de les característiques dels usuaris de l'ATDOM permetrà la identificació de necessitats d'atenció específiques i el disseny d'estratègies assistencials.

METODOLOGIA**Disseny d'estudi, entorn i participants**

Vam efectuar un estudi descriptiu transversal a la gerència territorial de Barcelona de l'ICS. El conformen 52 equips d'APS que donen cobertura a una població assignada de més de 1 200 000 usuaris, que pertanyen a les quatre àrees integrals de salut en les quals s'estructura Barcelona ciutat. Els participants de l'estudi van ser totes les persones incloses en el programa ATDOM a l'any 2019. Es van excloure les persones institucionalitzades a centres residencials. Es van seguir

les directrius de la iniciativa STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology (STROBE) per a la comunicació d'estudis transversals⁷.

Variables

Es van tenir en compte les següents variables: (a) *sociodemogràfiques* (edat, sexe, viure sol); (b) *data d'inclusió en ATDOM i temps de permanència en el programa*; (c) *presència de criteris de malaltia crònica complexa o malaltia crònica avançada*, segons els criteris determinats pel Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat del Departament de Salut⁸; (d) *Grup de Morbiditat Ajustada (GMA)*⁹; (e) *Grau de fragilitat*, determinat mitjançant l'instrument e-fragicap. Es tracta d'una adaptació de l'*electronic frailty index* (eFI), desenvolupat en el Regne Unit, basat en el model d'acumulació de dèficits i que obté la informació de la història clínica electrònica¹⁰. L'efragicap incorpora 36 dèficits potencials, i categoritza les puntuacions en quatre graus: robust (0-0,12), fragilitat lleu (>0,12-0,24), fragilitat moderada (<0,24-0,36) i fragilitat greu (>0,36); L'efragicap s'ha avaluat en l'entorn d'Atenció Primària de Catalunya^{11,12}; (f) *Valoració Geriàtrica Integral (VGI)*, consistent en l'avaluació multidimensional emmarcada dins de la pràctica assistencial habitual als pacients inclosos en el programa ATDOM, i que integra els següents instruments: índex de Barthel, per a la valoració de les activitats bàsiques de la vida diària¹³, test de Pfeiffer per al cribatge de deteriorament cognitiu¹⁴, escala de Braden de valoració de risc de patir nafres per pressió i altres lesions relacionades amb la dependència¹⁵, escala TIRS de cribatge de risc social, escala Zarit de valoració de sobrecàrrega del cuidador, tant en la seva versió extensa com en la versió abreujada¹⁶; (g) *polifarmàcia*, considerada com la presa diària de cinc o més medicaments prescrits, i la polifarmàcia extrema a partir de 10 medicaments¹⁷. El nombre de medicaments que prenen els pacients es va categoritzar en menys de cinc, entre cinc i nou, i deu o més; (h) *nombre de visites*, com a mitjana anual de visites de metges/ses, infermers/res i treballadors/res socials d'APS.

Recollida de dades i fonts d'informació

Tota la informació de les variables es va extreure de la història clínica electrònica en Atenció Primària (ecap) per a la seva anàlisi en una base de dades anonimitzada, sense dades identificatives dels pacients.

Anàlisi de dades

Les variables quantitatives es presenten amb mesures de tendència central i dispersió, i les variables qualitatives es presenten amb freqüències i percentatges.

Aspectes ètics

El protocol d'estudi va ser aprovat pel comitè ètic de recerca clínica de l'institut d'investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (número de registre 19/160-P).

RESULTATS

Es van analitzar un total de 13 044 persones que romanien en el programa ATDOM de Barcelona Ciutat de l'ICS a final de l'any 2019. La majoria eren dones (72%), i tenien una edat mitjana de 87,1 anys (DE 9,3) en les dones, i 83,3 anys (DE 12,8) en els homes. La taula 1 mostra les característiques generals dels participants i la seva distribució per graus de fragilitat. Les persones robustes o amb fragilitat lleu representaven menys del 5% dels casos, i el grau de fragilitat majoritari era el sever, que representava el 69,2% dels casos. L'edat mitjana augmentava en cada grau de fragilitat superior. El percentatge de dones era més elevat en cada grau superior de fragilitat. El percentatge de persones amb criteris de complexitat clínica augmentava de forma molt significativa en cada grau superior de fragilitat. En tots els graus de fragilitat hi havia preponderància de la polifarmàcia, que augmentava en cada nivell superior de fragilitat. A més a més, en el cas de la fragilitat greu, la polifarmàcia era greu: un 59% de les persones prenen 10 o més fàrmacs, quasi el doble que en les persones amb fragilitat moderada. En línies generals, la presència de dependència funcional i de deteriorament cognitiu era superior en els graus de fragilitat moderada i greu. El risc de patir nafres per pressió, la presència de nafres i de incontinència era superior en cada grau de fragilitat superior. En les persones fràgils, hi havia major sobrecàrrega del cuidador en graus més elevats de fragilitat. El percentatge de persones que vivien soles era superior en cada grau de fragilitat superior.

La taula 2 mostra el grau de fragilitat segons grups d'edat. Les persones amb edat inferior a 75 anys percentualment tenien més presència en persones robustes o amb fragilitat lleu. Les persones ≥ 75 anys tenien més presència en les persones amb fragilitat moderada i greu.

La taula 3 mostra la mitjana de visites per tipus de visita i professionals sanitaris, segons grau de fragilitat dels participants. El tipus de visita majoritària era la domiciliària, amb una mitjana de 11,3 visites a l'any per usuari. La visita telefònica tenia una mitjana anual per usuari de 8,1, i les visites a la consulta 7,1. Hi havia heterogeneïtat entre els equips d'atenció primària. El nombre de visites augmentava en tots els tipus de visites i per tots els professionals a mesura que augmentava el grau de fragilitat. Els professionals que realitzaven més visites eren les infermeres.

La taula 4 mostra la comparativa entre els usuaris actius a final d'any, els usuaris transitoris del programa i els que van ser èxits durant el període d'estudi, quant a sexe, edat, valor

Taula 1. Característiques generals dels participants i per graus de fragilitat. Els valors són freqüències absolutes (percentatges) a menys que estigui indicat d'altra manera

Variable	Descripció	Total (n=13044)	Graus de fragilitat segons l'efragicap			
			Robust (0-0.12) n=72	Fragilitat Lleu (>0.12-0.24) n=525	Fragilitat Moderada (>0.24-0.36) n=3362	Fragilitat Greu (>0.36) n=8904
Edat	Mitjana (DE)	86.1 (10.5)	75.0 (14.6)	78.3 (14.0)	86.3 (8.8)	87.7 (6.4)
Dona		9393 (72.0)	43 (59.7)	349 (66.5)	2403 (71.5)	6510 (73.1)
Home		3651 (28.0)	29 (40.3)	176 (33.5)	959 (28.5)	2394 (26.9)
Pacient Crònic Complex (PCC)		6761 (51.8)	15 (20.8)	171 (32.6)	1348 (40.1)	5192 (58.3)
Malaltia Crònica Avançada (MACA)		971 (7.4)	8 (11.1)	30 (5.7)	201 (6.0)	724 (8.1)
Comorbiditat (GMA 4)	Grup de Morbiditat Ajustada (nivell 4)	5593 (42.9)	5 (6.9)	71 (13.5)	864 (25.7)	4642 (52.1)
Índex de fragilitat: efragicap.	Mitjana (DE)	0.42 (0.11)	0.09 (0.03)	0.19 (0.03)	0.32 (0.03)	0.48 (0.07)
ABVD: Índex de Barthel (IB)	No dependència (IB ≥ 95)	1133 (8.7)	9 (16.1)	85 (18.1)	428 (13.1)	605 (6.8)
	Dependència lleu (IB 90-65)	5930 (45.5)	18 (32.1)	192 (40.9)	1571 (48.0)	4137 (46.7)
	Dependència moderada (IB 60-40)	3313 (25.4)	12 (21.4)	104 (22.2)	730 (22.3)	2456 (27.7)
	Dependència greu (IB 35-25)	953 (7.3)	3 (5.4)	20 (4.3)	183 (5.6)	740 (8.4)
	Dependència absoluta (IB ≤20)	1416 (10.9)	14 (25.0)	68 (14.5)	364 (11.1)	915 (10.3)
Nivell cognitiu: test de Pfeiffer	Normal (0-2 errors)	6775 (51.9)	29 (52.7)	288 (62.2)	1860 (57.3)	4554 (51.7)
	Deteriorament cognitiu lleu (3-4 errors)	2355 (18.1)	6 (10.9)	58 (12.5)	494 (15.2)	1792 (20.3)
	Deteriorament cognitiu moderat (5-7 errors)	1861 (14.3)	5 (9.1)	56 (12.1)	440 (13.6)	1360 (15.4)
	Deteriorament cognitiu important (8-10 errors)	1675 (12.8)	15 (27.3)	61 (13.2)	453 (14.0)	1107 (12.6)
Escala de Braden. Mitjana (DE)	Risc de patir nafres per pressió i altres lesions relacionades amb la dependència	17,79 (2.79)	17.68 (3.19)	18.22 (2.99)	18.08 (2.82)	17.69 (2.73)
Presència de nafres		1411 (10.8)	2 (2.8)	34 (6.5)	249 (7.4)	1115 (12.5)
Incontinència urinària		8959 (68.7)	29 (40.3)	235 (44.8)	1975 (58.7)	6656 (74.8)
Nombre de medicaments prescrits i Polifarmàcia	< 5 fàrmacs (no polifarmàcia)	1531 (11.7)	43 (59.7)	198 (37.7)	787 (23.4)	394 (4.4)
	5-9 fàrmacs (polifarmàcia)	5111 (39.2)	19 (26.4)	217 (41.3)	1579 (47.0)	3255 (36.6)
	≥ 10 fàrmacs (polifarmàcia extrema)	6402 (49.1)	10 (13.9)	110 (21.0)	996 (29.6)	5255 (59.0)
Vulnerabilitat social (TIRS)	TIRS=0	6348 (48.7)	28(53.8)	262 (59.8)	1708 (54.8)	4301 (50.3)
	TIRS =1	3098 (23.8)	12 (23.1)	86 (19.6)	733 (23.5)	2257 (26.4)
	TIRS ≥2	2806 (21.5)	12 (23.1)	90 (20.5)	676 (21.7)	2000 (23.4)
Viu sol		2393 (18.3)	4 (5.6)	56 (10.7)	559 (16.6)	1772 (19.9)
Sobrecàrrega del cuidador (Zarit)	No sobrecàrrega	5447 (41.8)	18 (48.6)	199 (60.9)	1389 (56.6)	3814 (52.6)
	Sobrecàrrega	4700 (36.0)	19 (51.4)	128 (39.1)	1066 (43.4)	3438 (47.4)
Visites d'atenció domiciliària	Mitjana (DE)	11.3 (14.5)	3.4 (4.2)	5.7 (8.4)	8.0 (11.6)	12.9 (15.5)

Casos perduts (missings): efragicap, 181 (1.4%); Barthel, 299 (2.3%); Pfeiffer, 378 (2.9%); Braden, 386 (3.0%); TIRS, 792 (6.1%); Zarit, 2897 (22.2%);

Variàbles sense casos perduts: edat; sexe; PCC; MACA; GMA 4; presència de nafres, incontinència urinària, polifarmàcia, viu sol, visites d'atenció domiciliària

de l'índex de Barthel, nombre de fàrmacs prescrits i valor de l'índex efragicap. La mortalitat interanual dels usuaris del programa ATDOM va ser del 18,2%, sent molt superior en els homes que en les dones (24,7 vs 15,3 %).

DISCUSSIÓ

Aquest estudi descriu les característiques de les persones usuàries del programa ATDOM d'una gran ciutat, amb més d'1 200 000 persones de població assignada als centres d'APS. La valoració de la fragilitat amb l'índex efragicap ha permès contrastar les característiques dels usuaris del programa en

funció del seu grau de fragilitat, en quatre perfils (robust, fragilitat lleu, moderada i greu).

L'edat mitjana de les persones usuàries del programa ATDOM era elevada, i presentava el mateix valor observat a les persones usuàries del programa ATDOM a Catalunya al 2016, on en els últims anys s'ha descrit un augment de l'edat de les persones ateses³. Hi ha majoria de dones, a l'igual que succeïa en altres estudis espanyols amb població similar¹⁸⁻²⁰. Més de la meitat de les persones ateses tenien criteris de complexitat clínica, valor similar als de la població ATDOM de Catalunya en 2016, amb la diferència que en el nostre cas hi havia una

Taula 2. Grau de fragilitat (efragicap) segons edat. Els valors són freqüències absolutes i (%)

Edat	Robust (0-0.12)	Fragilitat Lleu (>0.12-0.24)	Fragilitat Moderada (<0.24-0.36)	Fragilitat Greu (>0.36)	Totals
<65	25 (34.7)	135 (25.7)	107 (3.2)	20 (0.2)	287 (2.2)
65-74	10 (13.9)	55 (10.5)	249 (7.4)	315 (3.5)	629 (4.9)
75-84	11 (15.3)	98 (18.7)	729 (21.7)	2020 (22.7)	2858 (22.2)
85-94	22 (30.6)	195 (37.1)	1819 (54.1)	5413 (60.8)	7449 (57.9)
≥95	4 (5.5)	42 (8.0)	458 (13.6)	1136 (12.8)	1640 (12.8)
	72 (100)	525 (100)	3362 (100)	8904 (100)	12863 (100)

Valors perduts: 181 (menors de 50 anys, als quals no es va realitzar el càlcul de l'índex de fragilitat).

Taula 3. Nombre de visites als pacients d'atenció domiciliària, per tipus i categoria professional. Mitjana (DE)

	Total (n=13044)	Graus de fragilitat segons l'efragicap			
		Robust (0-0.12) n=72	Fragilitat Lleu (>0.12-0.24) n=525	Fragilitat Moderada (>0.24-0.36) n=3362	Fragilitat Greu (>0.36) n=8904
Visita domiciliària	11.3 (14.5)	3.4 (4.2)	5.7 (8.4)	8.0 (11.6)	12.9 (15.5)
Visita a la consulta	7.1 (8.7)	2.8 (2.9)	5.3 (7.5)	5.5 (7.8)	7.8 (9.1)
Visita telefònica	8.1 (8.4)	3.7 (4.5)	5.0 (5.9)	6.0 (6.3)	9.1 (9.0)
Metge/ssa de Família	13.7 (10.3)	5.8 (5.3)	8.9 (6.6)	10.2 (8.0)	15.3 (10.9)
Infermer/a	14.9 (17.7)	5.1 (5.9)	8.5 (11.6)	11.0 (15.1)	16.8 (18.6)
Gestor/a de Casos	1.4 (4.4)	0.8 (2.2)	0.9 (2.9)	0.8 (3.1)	1.7 (4.9)
Treballador/a Social	1.7 (3.1)	1.2 (2.5)	1.4 (3.2)	1.5 (2.6)	1.8 (3.2)

Taula 4. Persones ateses en atenció domiciliària durant l'any 2019. Comparativa entre casos actius a final de l'any, casos transitoris i èxits, respecte a edat, sexe, funcionalitat, fragilitat i polifarmàcia

Variables	Actius a final de 2019	Pacients transitoris	Èxits durant l'any 2019	Total	
Casos ATDOM n (%)	13044 (76.2)	961 (5.6)	3121 (18.2)	17126 (100.0)	
Sexe	Dones n (%)	9393 (79.2)	645 (5.5)	1816 (15.3)	11854 (100.0)
	Homes n (%)	3651 (69.3)	316 (6.0)	1305 (24.7)	5272 (100.0)
Edat	Mitjana (DE)	86.06 (10.55)	83.69 (10.12)	86.68 (8.97)	86.04 (10.28)
Barthel	Mitjana (DE)	61.60 (26.28)	60.24 (27.87)	50.26 (29.02)	59.51 (27.21)
Polifarmàcia	Mitjana (DE)	9.98 (5.15)	9.52 (5.40)	6.57 (5.50)	9.34 (5.39)
efragicap	Mitjana (DE)	0.42 (0.11)	0.41 (0.11)	0.42 (0.12)	0.42 (0.11)

Valors perduts: Barthel 562 casos (3.3%); efragicap 233 casos (1,4 %).

menor identificació de persones amb criteris MACA, que en les dades de Catalunya de 2016 representaven el 12,5%³. Aproximadament la meitat dels participants tenien alterat el cribatge de demència. Aquests valors són similars als obtinguts amb la població ATDOM de Lleida en el període 2011-2016.

La polifarmàcia ha millorat respecte a una anàlisi de 2015, però encara és més elevada que la descrita en estudis amb població ATDOM de Sevilla i Còrdova^{18,20}. Seria recomanable fomentar una revisió de la medicació centrada en la persona

en els pacients fràgils, molt especialment en els que tenen fragilitat greu, doncs molt probablement els objectius generals de tractament en aquest nivell estaran dirigits al benestar i control de símptomes, i pot ser raonable una proposta individualitzada de desprescripció alineada amb els objectius assistencials que disminuiria la complexitat terapèutica i el risc de patir esdeveniments adversos^{21,22}. Quant a la prevalença de nafres per pressió era igual a la reportada en 2013 per a població ATDOM de Catalunya²³. És destacable el percentatge d'usuaris del programa ATDOM que vivien sols

(18,3%), ja que es tractava de persones vulnerables que no podien acudir al centre de salut pels seus propis medis. El valor és similar al reportat en un programa ATDOM de dos centres urbans de Barcelona amb un nivell socioeconòmic mitjà-alt²⁴. S'ha de prestar atenció a la soledat en persones grans vulnerables, ja que pot associar-se a aïllament social. En conseqüència, seria adequat abordar aquesta situació mitjançant programes de prescripció social²⁵.

La fragilitat moderada i greu amb l'efragicap representava el 69,2% dels usuaris ATDOM, valor similar al obtingut amb un índex de fragilitat basat en la valoració geriàtrica integral (índex Fràgil-VIG) en dos equips ATDOM de Barcelona²⁴. La comparativa de resultats entre els dos índex és difícil perquè tenen punts de talls i variables diferents. En tot cas, la identificació del grau de fragilitat de forma sistematitzada amb un índex de fragilitat en els usuaris del programa ATDOM permetria establir objectius generals d'atenció en base al grau de fragilitat.

Fortaleses, limitacions i recomanacions d'investigació futura

Com a fortalesa, destaquem la gran cobertura poblacional de l'estudi. Fins a on sabem, és el primer estudi que fa servir l'efragicap en una gran població ATDOM en Espanya, amb dades reals de la història clínica. S'han analitzat les històries clíniques de tots els usuaris del programa ATDOM de l'Institut Català de la Salut a Barcelona ciutat l'any 2019, amb una població atesa de 1 200 000 persones.

Quant a les limitacions de l'estudi, hem fer algunes consideracions. En primer lloc, les dades corresponen a la situació prèvia a la pandèmia per COVID-19. La pandèmia ha tingut un alt impacte en la mortalitat de les persones més vulnerables i de més edat²⁶ i en la dificultat de l'atenció sanitària de persones amb malalties cròniques^{27,28}. Tot i això, les dades serviran per disposar de valors de referència just abans de la pandèmia per a estudis actuals. En segon lloc, la identificació de les persones fràgils es complexa i involucra aspectes clínics, psicològics i socials que és possible que algun d'ells no sempre estigui recollit a la història clínica. Per tant no es pot excloure la possibilitat de que s'hagi subestimat el valor real de fragilitat en cada grau de fragilitat. En tercer lloc, no disposem de les dades dels diferents tipus de visites (domiciliàries, telefòniques) segons la categoria professional. Es valorarà de calcular-ho per a estudis futurs. Per últim quant a limitacions, en l'anàlisi del nombre de medicaments que prenen els pacients, només s'han tingut en compte els tractaments prescrits en recepta electrònica, fet que pot subestimar la exposició a tractaments de la població d'estudi.

Una nova línia d'investigació futura d'interès seria comparar la capacitat predictiva dels dos índex de fragilitat citats (efragicap vs índex fràgil-VIG), ja que tots dos podrien potencialment obtenir-se de forma automàtica a partir de la informació disponible a la història clínica d'APS. De forma complementària

també podria realitzar-se la identificació de perfils d'usuaris de la població ATDOM de Barcelona mitjançant l'anàlisi de conglomerats "clusters", la qual cosa, permetria personalitzar encara més els plans d'atenció als usuaris. Existeixen experiències sobre aquest tipus d'anàlisi en usuaris d'atenció domiciliària tant a nivell internacional^{29,30} com en el nostre entorn d'atenció a nivell local²⁴. Una altra línia de recerca futura d'interès a plantejar és l'avaluació de diferents models organitzatius d'ATDOM.

CONCLUSIONS

S'han descrit les característiques generals i per cada grau de fragilitat dels usuaris del programa ATDOM a la ciutat de Barcelona. Els usuaris del programa ATDOM tenen principalment edat avançada, complexitat clínica i una fragilitat moderada/greu.

ALTRES INFORMACIONS

Punts clau

El conegut sobre el tema

L'atenció domiciliària és una de les principals activitats de la cartera de serveis de la Atenció Primària de Salut.

Els canvis demogràfics i epidemiològics estan incrementant la complexitat del maneig dels pacients atesos en atenció domiciliària.

Les persones ateses en programes d'atenció domiciliària són vulnerables i presenten fragilitat i dependència

Què aporta aquest estudi?

Aporta informació descriptiva de població d'atenció domiciliària representativa de la ciutat de Barcelona. Tota la informació s'ha obtingut de la història clínica electrònica, a partir d'una valoració multidimensional que integra conceptes diferenciats però relacionats entre sí com són la morbiditat, la complexitat, la fragilitat i la dependència, els quals tenen una fort presència en les persones ateses en l'atenció domiciliària.

Finançament

Aquest treball va contar amb el suport d'una beca de recerca en Atenció Primària de la gerència territorial de Barcelona de l'Institut Català de la Salut (12^a edició, codi IDIAP 4R19/151)

Conflicte d'interessos

Els autors declaren no tenir cap conflicte de interès.

Agraïments

Agraïm a la totalitat de membres del grup de treball multidisciplinari sobre ATDOM, per la seva participació activa.

Membres del grup de treball ATDOM de la Gerència Territorial de Barcelona de l'institut català de la salut: Acerete Rodríguez, Mónica; Barbero Ruiz, Alba; Boixadera Vendrell, Mireia; Burgos Díez, Carolina; del Val García, José Luis; Feixa Quer, Alba; Gost Rosquellas, Jordi; Lestón Vázquez, Marta; Llauger Rosselló, Maria Antonia; Losilla Martín, Elisabeth; Luque Alonso, Ana; Montoro Gómez, Aurora; Orfila Pernas, Francesc; Rodríguez Molinet, Josefa; Sierra Peinado, Verónica; Trenard Enriquez, Kilian; Zamora Sánchez, Juan José.

BIBLIOGRAFIA

1. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Pla de Salut. Quadern num 4. Barcelona: Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària, 1994
2. Garcia O, Medina A, Schiaffino A. Enquesta de salut de Catalunya, 2015. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016.
3. Servei Català de la Salut Unitat d'Informació i Coneixement, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en atenció domiciliària: any 2016. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2018. (Informes breus; 13/2018).
4. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 1996
5. Badia W, Bonilla M, Buendia C, Cegri F, Company J, Contel JC, et al. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Institut Català de la Salut, 2010.
6. Esteban-Sobreviela JM, Ramírez-Puerta D, Sánchez-del-Corral-Usaola F. *Buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid: Internal Marketing & Communication, 2005
7. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* 2019;13(Suppl 1):S31-S34. doi: 10.4103/sja.SJA_543_18.
8. Santa Eugènia S, Ruiz R, Amblàs J. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut, 2020.
9. Clèries M, Monterde D, Vela E, Guarga A, García-Eroles L, Pérez-Sust P, et al. Validación clínica de 2 agrupadores de morbilidad en el ámbito de atención primaria. *Aten Primaria* 2020;52(2):96-103. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.016.
10. Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Nichols L, Ann Teale E, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing* 2016;45(3):353-60. doi: 10.1093/ageing/afw039.
11. Middleton R, Poveda JL, Orfila-Pernas F, Martínez-Laguna D, Díez-Perez A, Nogués X, et al. Mortality, Falls, and Fracture Risk Are Positively Associated With Frailty: A SIDIAP Cohort Study of 890 000 Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2022;77(1):148-154. doi: 10.1093/geron/ glab102.
12. Reyes C, Orfila-Pernas F, Prieto-Alhambra D. World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (WCO-IOF-ESCEO 2020): Poster Abstracts. *Osteoporos Int* 2020;31(Suppl 1):133-621. doi: 10.1007/s00198-020-05696-3.
13. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, García-Gutierrez S, et al. OFF (Older Falls Fracture)-IRYSS group. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. *Aging Clin Exp Res* 2018;30(5):489-497. doi: 10.1007/s40520-017-0809-5.
14. Martínez-de-la-Iglesia J, Dueñas-Herrero R, Onís-Vilches MC, Aguado-Taberné C, Albert- Colomer C, Luque-Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001;117(4):129-34.
15. Huang C, Ma Y, Wang C, Jiang M, Yuet Foon L, Lv L, et al. Predictive validity of the braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open* 2021;8(5):2194-207. doi: 10.1002/nop2.792.
16. Delgado-González E, González-Esteban MP, Ballesteros-Álvaro AM, Pérez-Alonso J, Mediavilla-Marcos ME, Aragón-Posadas R, et al. ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura. *Evidentia* 2011; 8(33)
17. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report. No. WHO/UHC/SDS/2019.11. Geneva: World Health Organization, 2019.
18. Huesa-Andrade M, Calvo-Gallego JL, Pedregal-González MA, Bohórquez-Colombo P. Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla. *Aten Primaria*. 2020;52(7):488-495. doi: 10.1016/j.aprim.2019.10.002.
19. Roure-Murillo R, Escobar-Bravo MA, Jürschik-Giménez P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. *Gerokomos* 2019; 30(2): 56-60.
20. Muñoz-Díaz B, Arenas-de-Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, Martínez-de-la-Iglesia J, et al. Estudio de la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de atención domiciliaria de una población urbana. *Aten Primaria* 2018;50(2): 88-95. doi: 10.1016/j.aprim.2017.02.006.
21. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM, Lim S, Fraser SDS, Roberts HC. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. *BMC Geriatr* 2021;21(1):258. doi: 10.1186/s12877-021-02208-8.
22. Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Espauella-Ferrer M, Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J. Factors Associated with the Detection of Inappropriate Prescriptions in Older People: A Prospective Cohort.

- Int J Environ Res Public Health 2021; 18(21):11310. doi: 10.3390/ijerph182111310.
23. Lacasa C. Evaluación de la atención domiciliaria en la atención primaria de salud. Rev. Clínica Electrónica en Atención Primaria 2003; (7): 1–11
 24. Zamora-Sánchez JJ, Zabaleta-Del-Olmo E, Fernández-Bertolín S, Gea-Caballero V, Julián-Rochina I, Pérez-Tortajada G, et al. Profiles of Frailty among Older People Users of a Home-Based Primary Care Service in an Urban Area of Barcelona (Spain): An Observational Study and Cluster Analysis. J Clin Med. 2021;10(10):2106. doi: 10.3390/jcm10102106.
 25. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana [Profiles of loneliness and social isolation in urban population]. Aten Primaria 2020;52(4):224-232. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.012.
 26. Achilleos S, Quattrocchi A, Gabel J, Heraclides A, Kolokotroni O, Constantinou C, et al. Excess all-cause mortality and COVID-19-related mortality: a temporal analysis in 22 countries, from January until August 2020. Int J Epidemiol 2022;51(1):35-53. doi: 10.1093/ije/dyab123.
 27. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Morbilidad, mortalidad y sufrimiento ocultos por la pandemia covid-19. FMC 2022;29(2):59-61. doi: 10.1016/j.fmc.2021.09.005.
 28. Barrio-Cortes J, Mir-Sánchez C, Regato-Pajares P. Atención primaria en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19. Aten Primaria 2021;53(3):101963. doi:10.1016/j.aprim. 2020.12.004.
 29. Armstrong JJ, Zhu M, Hirdes JP, Stolee P. K-means cluster analysis of rehabilitation service users in the Home Health Care System of Ontario: examining the heterogeneity of a complex geriatric population. Arch Phys Med Rehabil 2012;93(12):2198-205. doi: 10.1016/j.apmr. 2012.05.026.
 30. Looman WM, Fabbrocetti IN, Blom JW, Jansen APD, Lutomski JE, Metzelthin SF, et al. TOPICS-MDS Research Consortium. The frail older person does not exist: development of frailty profiles with latent class analysis. BMC Geriatr 2018;18(1):84. doi: 10.1186/s12877-018-0776-5.

Com citar l'article: Zamora Sánchez JJ, Del Val García JL, Gost Rosquellas J, Lestón Vázquez M, Orgila Pernas F, Llauger Rosselló MA, Membres del Grup de Treball. 1. Característiques clíniques i fragilitat dels usuaris de l'atenció domiciliària a la ciutat de Barcelona. But At Prim Cat 2022;40:10.