



# Millorem l'atenció sanitària a les persones grans

Pla d'actuacions prioritàries  
de l'atenció primària  
de salut per al període 2003-2005

Febrer 2003

 **CatSalut**

Servei Català  
de la Salut

 Generalitat de Catalunya  
**Departament de Sanitat  
i Seguretat Social**

## **Professionals que han participat en diferents moments del procés previ a l'elaboració del document definitiu**

---

Salvador Altimir, Antonio Aranzana, Josep M. Argimon, J. Miquel Baena, Núria Barrera, Montse Blanco, Roser Cadena, Mercè Canet, Judith Canudas, Enric Carral, Lourdes Carrés, Carmen Castells, Pilar Cazeneue, Anton M. Cervera, Maribel Colàs, Margarita Coll, J. Carles Contel, Olga Dauder, Teresa Elias, Lúdia Ecur, Joan Espauella, Carme Espinosa, Manel Esteban, Albert Fité, Elisabeth Francès, Antoni Fusté, Marta Gabernet, Glòria Galdón, Encarna García, Joan Gené, Carme Lacasa, Rosa M. López, Germán López, Ester Martínez, Mercè Marzo, Juan Merino, Isabel Mioche, Mònica Miró, Jaume Montmany, Ramon Morera, Mercè Moriana, Teresa Montanuy, Dolors Muñoz, Carme Nebot, Catalina Padilla, Miquel Àngel Parras, Joan Manuel Pérez, Aina Plaza, Pilar Porcel, Enriqueta Pujol, Jesús Pujol, Eva Raidó, Carles Roca, Teresa Roigé, Dulcenombre Ruiz, Elena Sáez, Teresa Salut, Antoni Salvà, Carmen Sánchez, Pau Sánchez, Isabel Sancho, Marta Serrarols, J. Lluís Taberner, Manuel Terns, M. Jesús Torrelles, Pere Valls, Olga Vázquez, Núria Villanueva, Antoni Viñas, Concepció Violan i Antonio Yuste.

## **Societats científiques, institucions i organismes que han participat**

---

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària  
Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia  
Departament de Sanitat i Seguretat Social: Direcció General de Salut Pública  
CatSalut: Divisió d'Atenció Sociosanitària, Divisió d'Atenció Primària  
Institut Català de la Salut  
Institut d'Estudis de la Salut  
Equip d'Assistència Primària Vic, SL  
Associació Catalana d'Infermeria d'Atenció Primària  
Associació Catalana d'Infermeria

## **Coordinadors**

---

Antoni Salvà. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Àrea Sanitària. CatSalut  
Ricard Tresseras. Subdirecció General de Planificació Sanitària. Direcció General de Salut Pública  
Concepció Violan. Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària. CatSalut

## **Redacció del document**

---

Pilar Brugulat. Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Carme Lacasa. CatSalut  
Mònica Miró. CatSalut  
Elisa Sèculi. Departament de Sanitat i Seguretat Social

## **Equips que han participat en les proves pilot del Programa Gent Gran**

---

EAP Vic Nord, EAP Vic Sud, EAP Tremp, EAP la Pobla de Segur, EAP Cornellà de Llobregat-4 (la Gavarra),  
EAP Barcelona 10-J (Verneda Sud), EAP Barcelona 10-H (Sant Martí)

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut  
1a. edició: Barcelona, juny de 2003  
Dipòsit legal: B-29.797-03

Disseny gràfic: Victor Oliva  
Impressió: Treballs Gràfics, S.A.

# Índex

Introducció	5
1. Estat de salut	7
2. Orientació de l'atenció a la salut de les persones grans	11
3. Actuacions del Pla d'atenció sanitària a les persones grans per al període 2003-2005	14
3.1. Atenció a problemes de salut específics de les persones grans	15
Activitats preventives en l'edat adulta	15
Atenció a les síndromes geriàtriques	17
Caigudes	17
Polimedicació	18
Malnutrició	19
Trastorns cognitius	19
3.2. Altres intervencions adreçades a millorar l'atenció a les persones grans	20
La persona gran a domicili	20
Suport als cuidadors	23
Les persones grans institucionalitzades en residències geriàtriques	25
Gestió del cas i coordinació entre nivells i serveis assistencials	25
3.3. Oferta bàsica de serveis	27
3.4. Objectius del CatSalut	28
4. Pla operatiu per a la implantació de les activitats	30
5. Referències bibliogràfiques	31
6. Annexos	36
I. Conclusions de la jornada d'avaluació de les proves pilot en la implantació d'un programa integral d'atenció a la gent gran	36
II. Valoració geriàtrica bàsica	38
III. Instruments per a la valoració de les persones grans	39



# Introducció

L'envelliment de la població a Catalunya ha tingut un fort impacte en l'estat de salut. Ha comportat un augment de les malalties cròniques i degeneratives, de la comorbiditat, de la incapacitat i de la dependència, la qual cosa ha dut molts països europeus a considerar la necessitat d'adequar l'oferta de serveis sanitaris i socio-sanitaris a la nova situació demogràfica i a les necessitats de salut i les demandes de la població que se'n deriven.

A Catalunya, l'esperança de vida de la població continua augmentant. Actualment, comença a haver-hi grups importants de persones d'edat molt avançada i la previsió de trobar-nos amb grups importants de ciutadans centenaris planteja nous reptes sobre com ha de ser l'atenció que han de rebre en el futur per respondre a les seves demandes i expectatives.

En aquest context, el que cal afrontar ara no és tant afegir anys a la vida com aconseguir un envelliment saludable. Els objectius de política sanitària amb relació a l'envelliment per a l'any 2010 i prioritzats en el Pla de salut de Catalunya s'orienten a mantenir el màxim nivell d'autonomia de la gent gran i la permanència en el seu entorn familiar i social, per tal de prolongar tant com sigui possible l'esperança de vida lliure d'incapacitat.

El sistema sanitari actual, en conjunt, ofereix serveis de qualitat. Les diferents xarxes d'atenció primària, socio-sanitària, de salut mental i d'hospitals configuren un conjunt de serveis amb un bon nivell i que, d'altra banda, ja estan proporcionant atenció específica a la gent gran. Tanmateix, cal incorporar-hi noves actuacions dirigides a detectar les persones amb un major risc de comorbiditat i de pèrdua d'autonomia, amb la finalitat de retardar la incapacitat i la dependència, com també d'aconseguir, tant com sigui possible, reduir la morbiditat al període final de la vida. Les propostes d'aquest pla s'orienten a continuar estenent les activitats que ja es porten a terme i a incorporar-ne d'altres orientades a detectar i tractar les persones grans amb un major risc.

Atès que la porta d'entrada al sistema sanitari és l'atenció primària i que el col·lectiu de les persones grans utilitza molt especialment aquest servei, els professionals de l'atenció primària són sovint els qui tenen l'oportunitat de detectar i abordar les seves necessitats, alhora que exerceixen un paper determinant en la coordinació i la integració del procés assistencial. Cal assenyalar la importància cabdal dels professionals d'infermeria en l'aplicació de les propostes i l'impacte que això tindrà en el desenvolupament del seu rol i de les seves tasques professionals.

Aquest document és un primer avenç en l'atenció a les persones grans des del primer nivell d'atenció sanitària. Actualment, els equips d'atenció primària (EAP) ja fan activitats dirigides a les persones grans, això no obstant, s'ha considerat convenient definir unes pautes mínimes d'actuació que seran incloses en la cartera de serveis i que han d'afavorir l'homogeneïtat i l'equitat en l'atenció a aquest sector de població.

A Catalunya, les persones grans disposen d'una xarxa d'atenció socio-sanitària, desenvolupada sota les directrius del Programa Vida als Anys, que disposa de recursos sanitaris i socio-sanita-

ris específics dedicats a prestar atenció a aquest col·lectiu: PADES (Programa d'atenció domiciliària - equips de suport), UFISS (Unitat funcional interdisciplinària sociosanitària), unitats de llarga estada i mitjana estada per convalescència o cures paliatives, hospitals de dia i unitats d'avaluació geriàtrica ambulatoria. També hi ha altres recursos de serveis socials dedicats a l'atenció a la gent gran i, òbviament, un programa d'atenció a la gent gran ha d'incloure aquestes línies de serveis i els mecanismes de relació i coordinació pertinents a fi de garantir la millor atenció possible. Aquest document, però, es limita a formular propostes d'actuació que recauen fonamentalment en l'àmbit de l'atenció primària.

Els problemes derivats de l'envelliment tenen sovint un caràcter que ultrapassa l'àmbit sanitari i fins i tot el dels serveis socials. Per aquest motiu, en les propostes es dona especial rellevància als aspectes de col·laboració intersectorial. Aquest és un dels aspectes pendents en el qual caldrà avançar, especialment per trobar solucions específiques des de l'àmbit municipal i comarcal.

La posada en marxa d'aquest pla recull l'experiència adquirida en el projecte pilot d'atenció a les persones grans en l'atenció primària, impulsat pel Servei Català de la Salut (CatSalut) l'any 2001, que es va portar a terme a les ABS Vic Nord, Vic Sud, Cornellà de Llobregat-4 (la Gavarra), la Pobla de Segur, Tremp, Barcelona-10H (Sant Martí) i Barcelona 10J (Verneda Sud). En la jornada d'avaluació de les proves pilot es van recollir les aportacions dels participants en unes conclusions (vegeu annex I).

Els primers documents d'aquest pla inclouen fonamentalment actuacions relacionades amb activitats preventives, detecció de fragilitat i valoració geriàtrica, millores en l'atenció domiciliària i formació continuada (Programa pilot d'atenció a la gent gran). D'aquesta manera es van orientar les actuacions dels equips que van participar en les proves pilot. Posteriorment, i com a conseqüència de diferents debats, s'ha modificat especialment l'apartat que fa referència a la detecció de fragilitat i s'ha substituït per actuacions dirigides a patologies prevalents en les persones grans, amb la finalitat de fer més operativa l'aplicació del pla.

La unitat responsable de dur a terme les propostes d'aquest pla és l'Àrea Sanitària del CatSalut, en col·laboració amb la Direcció General de Salut Pública del Departament de Sanitat i Seguretat Social i amb les entitats proveïdores de serveis d'atenció primària.

El document s'estructura en cinc capítols. En el primer es presenta, a partir de les fonts d'informació disponibles, una anàlisi de l'estat de salut de la població major de 65 anys. A continuació, es planteja l'orientació de l'atenció a la salut de la gent gran. En el tercer capítol, es descriuen les principals actuacions proposades que s'adrecen, fonamentalment, a continuar estenent les activitats preventives en funció del grup d'edat i risc, així com les dirigides a la detecció, valoració i atenció de les anomenades síndromes geriàtriques, com ara les caigudes, la polimediació, els problemes relacionats amb la nutrició i els trastorns cognitius. En aquest capítol es fa una proposta d'activitats a considerar en la compra de serveis d'atenció primària i en els objectius operacionals per al període 2003-2005. El document també conté els aspectes operatius per a la implantació de les actuacions.

# 1. Estat de salut

L'evolució de la població a Catalunya en les darreres dècades presenta com a característica principal l'envelliment, és a dir, l'increment de la proporció de persones grans sobre el total de població, resultat de l'augment sostingut de l'esperança de vida i del descens de la natalitat que s'està donant des del segle passat.

El coneixement de les característiques demogràfiques i de salut de la gent gran i la descripció dels diferents segments d'aquesta població són imprescindibles per preveure les seves necessitats. A continuació es presenten els indicadors més rellevants sobre l'evolució demogràfica i la salut de la gent gran.

La població de Catalunya de 65 anys o més representava l'any 1975 el 10,2% del total de la població. L'any 2000, 1.085.346 persones (455.238 homes i 630.108 dones) tenien més de 64 anys, la qual cosa representava el 17,6% de la població, i 111.257 tenien més de 84 anys (1,8 %). Per cada 100 persones menors de 15 anys hi havia 127 persones de més de 64 anys, de les quals el 10% tenien més de 84 anys. En les darreres dècades, els índexs d'envelliment i de sobreenvelliment han experimentat increments importants, com mostren les dades de la taula 1.

**Taula 1. Evolució dels índexs d'envelliment i de sobreenvelliment de la població a Catalunya**

Any	Població >64	Índex d'envelliment >64/<15	Índex de sobreenvelliment >84/>64
1975	579.426	40,0%	5,6%
1986	726.833	56,7%	8,4%
1996	991.706	111,1%	9,7%
2000	1.085.346	127,15%	10,3%

Fonts: Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Institut Estadístic de Catalunya. Anuari Estadístic.

L'augment de l'esperança de vida ha estat molt important. L'any 2000, l'esperança de vida en néixer era de 76,5 anys per als homes i 83,4 per a les dones, i als 65 anys de 17,0 anys per als homes i de 20,9 per a les dones. (taula 2).

**Taula 2. Esperança de vida a partir de 65 anys, per edat i sexe. Catalunya 2000**

Edat (anys)	Homes	Dones	Total
65	17,0	20,9	19,1
70	13,5	16,6	15,2
75	10,3	12,6	11,7
80	7,6	9,1	8,5
85	5,6	6,6	6,3
90	3,9	4,2	4,1
95	3,3	3,1	3,1

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat.

Als 65 anys, l'esperança de vida de la població encara és alta, però una bona part d'aquest període es viurà amb dependència d'altres persones per desenvolupar les activitats de la vida diària. L'augment de l'esperança de vida sense incapacitat (EVSI) és, doncs, un objectiu tan important o més que el d'allargar la vida (taula 3).

**Taula 3. Esperança de vida (EV) i esperança de vida sense incapacitat (EVSI). Catalunya 2000**

Edat (anys)	HOMES		DONES	
	EV	EVSI	EV	EVSI
65	17,0	10,8	20,9	11,1
85 i més	5,4	1,8	6,3	1,8

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat.

Es preveu que l'envelliment de la població continuarà en els propers anys; així, segons les projeccions demogràfiques de l'Institut d'Estadística de Catalunya,<sup>1</sup> i en qualsevol dels escenaris considerats (baix, central, tendencial i alt), l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels resultats més consistents i tots preveuen un augment en nombre i pes relatiu de la població de 65 i més anys. En l'horitzó de l'any 2030, l'escenari baix (o vell) preveu que el percentatge de població de 65 anys i més sigui superior al 25% de la població, mentre que, en l'altre extrem, l'escenari alt (o jove) suposa uns valors situats al voltant del 20%. Aquest fenomen és similar al que s'observa en els països desenvolupats del nostre entorn, atès que les projeccions demogràfiques<sup>2</sup> a Europa preveuen que l'any 2025 el 27% de la població europea tindrà 60 anys o més.

1. Institut d'Estadística de Catalunya. *La població de Catalunya al llindar del segle XXI. Estudi específic per al Pla de salut de Catalunya*. Barcelona, 2002.

2. Dogget, CE. *La structure d'age de la population de l'Europe: 1950-2025*.

L'any 2000, la taxa de mortalitat en els majors de 64 anys és de 42,0 per 100.000 habitants (48,2 defuncions per cada 100.000 homes i 37,7 per 100.000 dones). L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat entre la gent gran mostra una disminució en els darrers anys, amb una reducció relativa de les taxes entre els anys 1983 i 1997 de -16,4% en els homes i de -25,2% en les dones. No obstant, la mortalitat en números absoluts ha augmentat, atès l'increment de població d'aquesta edat.

L'any 2000, les principals causes de mort dels homes de 65 a 74 anys van ser els tumors, principalment els tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó, les malalties isquèmiques del cor i la bronquitis i asma, i de les dones les malalties isquèmiques del cor, el càncer de mama i les malalties cerebrovasculars. En el grup de població de 75 a 84 anys, les malalties isquèmiques del cor, les cerebrovasculars i la bronquitis i asma són les primeres causa de mort en els homes i les cerebrovasculars, les malalties isquèmiques del cor i la insuficiència cardíaca ho són en les dones. En la població major de 84 anys, les primeres causes de mort són les malalties cerebrovasculars, broquitis i asma, i les malalties isquèmiques del cor en els homes, i les malalties cerebrovasculars, la insuficiència cardíaca i les demències en les dones

Entre les causes de mortalitat evitable són especialment rellevants les caigudes accidentals, que l'any 2000 varen ocasionar 187 morts en la població de més de 64 anys (80 homes i 107 dones), el que representa una taxa de 17,2 morts per 100.000 habitants d'aquest grups d'edat. També destaquen les morts per accidents per vehicles a motor, amb una taxa de 15,9 morts per 100.000 habitants majors de 64 anys (107 morts en homes i 66 en dones).

Les principals causes d'hospitalització segons grup diagnòstic per als homes de 65 a 79 anys són les malalties de l'aparell circulatori; a partir d'aquesta edat són més freqüents les malalties de l'aparell respiratori. Per a les dones de 65 a 79 anys, la causa principal d'ingrés són les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits i, a partir dels 80 anys, les de l'aparell circulatori. En els pacients ingressats en serveis socio-sanitaris, els processos més freqüents són les neoplàsies (20%), seguides de les malalties de l'aparell circulatori (18%), entre les quals la més freqüent és la malaltia vascular cerebral. En tercer lloc se situen els trastorns mentals (13,8%), representats gairebé exclusivament per la demència senil i les demències inespecífiques, seguits de les lesions (entre les quals destaca la fractura de fèmur) i els emmetzinaments.

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 (ESCA 2002), en la qual van ser entrevistades 1.440 persones majors de 64 anys, el 54,5% dels homes i el 41,8% de les dones manifesten tenir bona salut, i un 9,8% dels homes i el 14,8 de les dones declaren tenir una salut dolenta, mentre que en la població general fa aquesta valoració sobre el seu estat de salut el 4,3%. El 33,3% dels homes i el 43,6% les dones de 65 anys o més presenten alguna discapacitat. La proporció de persones que declara tenir una o més discapacitats és més gran en els grups de més edat i s'observa un increment important a partir dels 80 anys, alhora que en tots els casos és més gran en les dones que en els homes. Les discapacitats declarades més freqüentment són les relacionades amb l'aparell locomotor i segueixen en importància les limitacions greus relacionades amb els sentits de la vista i de l'oïda. El 91,7% dels homes i el 96,2% de les dones de 65 anys o més pateixen alguna malaltia crònica. Pràcticament en totes les edats d'aquest grup des-

taca la major proporció d'homes que manifesten no tenir cap malaltia crònica i són les dones les que en pateixen en un nombre més elevat. Així mateix, la proporció de dones que fan una valoració negativa de la seva salut és més gran que la d'homes, tant amb presència o no d'una o diverses discapacitats i/o malalties cròniques.

Quant als hàbits i estils de vida entre la població major de 64 anys, l'ESCA 2002 mostra que el 16,4% dels homes i el 3,1% de les dones són fumadors. Amb relació al consum d'alcohol, es declaren abstemis el 40,8% dels homes i el 75,5% de les dones, bevedors moderats el 55,6% i el 23,2% i bevedors de risc el 3,6% i l'1,3%, respectivament. Quant a l'activitat física, el 41,9% dels homes i el 50,3% de les dones declaren fer una activitat física mínima o nul·la, mentre que el 3% dels homes i l'1,8% de les dones manifesten ser moderadament actius o molt actius.

El nombre de persones grans que viuen soles, segons l'ESCA 2002, augmenta amb l'edat i sempre és superior en les dones respecta als homes. Mentre que viuen sols el 7% dels homes (19.448) i el 19,2% de les dones (63.986) de 65 a 74 anys, es troben en aquesta situació el 9,9% dels homes i el 29,4% de les dones majors de 74 anys (17.380 i 87.329, respectivament).

Des d'una perspectiva global, l'anàlisi de les dades disponibles mostra la freqüència i la magnitud dels principals problemes de salut que afecten la població catalana major de 65 anys, que es concreten en un augment de la comorbiditat, la incapacitat i la dependència amb relació a altres grups d'edat. El nombre de persones dependents per a les activitats de la vida diària s'incrementarà cada cop més. Cal considerar les repercussions d'aquest fenomen en l'àmbit familiar, social i econòmic i, especialment, el fort impacte que tindrà en la despesa sanitària. En aquest sentit, caldrà preveure el cost de l'atenció sanitària i social en el futur per donar resposta a les necessitats de la gent gran.

## 2. Orientació de l'atenció a la salut de les persones grans

En les darreres dècades de la vida es dona un augment de la comorbiditat causat fonamentalment per malalties cròniques i degeneratives que sovint són causa d'incapacitat i de dependència. Les persones grans presenten unes malalties específiques que comporten una utilització més freqüent dels serveis sanitaris i sociosanitaris que la resta de la població, i els més vells (*old-old*) fins i tot formen un subgrup, cada vegada més nombrós, que fa un ús de serveis i recursos encara més elevat.

Atès que la població catalana ha aconseguit una esperança de vida que se situa entre les més altes del món, ara el repte que cal afrontar és aconseguir un envelliment saludable retardant la dependència, limitant la morbiditat al darrer temps de vida i millorant la qualitat de vida de les persones grans.

Amb relació a la pèrdua d'autonomia en les persones d'edat, cal considerar el concepte de fragilitat entès com la combinació dels canvis propis de l'envelliment que comporten una disminució de la reserva funcional i l'existència de malalties cròniques o agudes i les seqüeles que produeixen. Hi ha consens a considerar que les persones grans, com a conseqüència de determinada situació mèdica, mental o social, es troben en un estat d'equilibri inestable i de major risc de pèrdua d'autonomia i d'institucionalització, raó per la qual és important la detecció de les persones més vulnerables.

El deteriorament funcional en les persones grans és el principal indicador de fragilitat. Actualment es disposa de diversos instruments que ajuden al reconeixement clínic d'aquestes situacions i a l'establiment d'intervencions que poden modificar la història natural del procés (annexos II i III).

L'edat és un element important, però insuficient com a criteri aïllat per avaluar, quantificar i definir les necessitats d'una persona gran, però és un criteri rellevant des del punt de vista epidemiològic, ja que el percentatge de persones amb discapacitats i/o problemes de salut és més freqüent a mesura que s'envelleix. Per tant, l'edat s'haurà de considerar com un element fonamental a l'hora d'establir estratègies de detecció i intervenció comunitària. S'estima que entre el 16 i el 20% dels majors de 74 anys i, aproximadament, el 50% dels majors de 84 seran identificats com a persones amb risc de pèrdua d'autonomia.

Els hàbits i els estils de vida que s'adopten en la infància i l'edat adulta influeixen en el nivell de salut de la vellesa. Fins fa pocs anys, les estratègies preventives eren considerades aplicables a les etapes més joves, però es considerava que actuar en els estils de vida i els factors de risc de les persones grans no tenia efectivitat, ja que eren difícilment millorables. Avui es coneix que hi ha activitats preventives dirigides a la gent gran que comporten una millora de l'estat de salut.

Les activitats preventives s'adrecen a retardar la presència de deteriorament funcional i/o cognitiu, disminuir la morbimortalitat i mantenir o millorar la sensació subjectiva de qualitat de vida.

L'actuació sobre els factors de risc pot evitar o retardar l'inici de les malalties, especialment si aquestes actuacions es fan durant l'edat adulta. Així, els cribratges acompanyats de diagnòstics i tractaments precoços poden prevenir l'aparició dels problemes de salut, les complicacions i, en darrer terme, la dependència.

En la vellesa continuen vigents bona part de les activitats preventives recomanades en l'edat adulta, però hi ha recomanacions específiques per a aquesta etapa de la vida, atès que s'hi dóna un increment de la morbiditat. Entre les síndromes específiques que afecten la gent gran es troben: les caigudes, les demències, les alteracions sensorials (trastorns visuals i hipoacúsia), la polimediació, la incontinència urinària i la malnutrició. Altres aspectes que sovint incideixen en l'estat de salut de la gent gran són els trastorns de l'estat d'ànim, la mala autopercepció de l'estat de salut, la soledat i l'hospitalització.

En la nostra societat, els cuidadors informals, fonamentalment la família, exerceixen un paper important en l'atenció a la gent gran. Les dones són les que s'ocupen majoritàriament del manteniment i l'atenció de la salut i les que esdevenen mitjanceres i interlocutores amb els serveis assistencials. Tenir cura de gent gran, sobretot quan es troba en condicions de discapacitat, suposa un desgast per al cuidador, raó per la qual cal establir mesures per donar suport i atendre els cuidadors.

A Catalunya s'han definit objectius de política sanitària amb relació a l'envelliment amb un horitzó de l'any 2010,<sup>3</sup> destinats a aconseguir el màxim nivell d'autonomia de la gent gran, prolongar tant com sigui possible l'esperança de vida sense incapacitat i mantenir-la en el seu entorn familiar i social.

---

#### **Taula 4. Objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010**

D'aquí a l'any 2010 cal:

1. Incrementar l'EVSI dels homes i de les dones a l'edat de 65 anys almenys en un 10%.
2. Reduir la taxa de mortalitat per caigudes accidentals en les persones de 65 anys i més en un 20%.
3. Reduir la taxa de mortalitat per reaccions adverses als medicaments en les persones de 65 anys i més en un 10%.
4. Reduir la mortalitat per tètanus en les persones de 65 anys i més per sota de 3 casos anuals.
5. Reduir la incidència de la pneumònia pneumocòccica en les persones de 65 anys i més en un 20%.
6. Reduir les caigudes accidentals en les persones de 65 anys i més en un 10%.
7. Reduir la incidència de fractures de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys en un 20%.
8. Reduir la prevalença de desnutrició en les persones de 65 anys i més en un 10%.

---

3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Estratègies de salut per a l'any 2010*. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya (en elaboració).

Els serveis d'atenció primària han d'acomplir un paper vertebrador, de coordinació i d'integració en el procés assistencial, per a la qual cosa han d'acordar objectius i pautes d'actuació comuns amb els altres serveis implicats dels àmbits sanitari i social. L'accessibilitat, la longitudinalitat i la globalitat són característiques de l'atenció primària que la diferencien d'altres serveis, que afavoreixen la confiança i que donen seguretat al ciutadà. Al llarg del temps, s'estableix una relació entre la població i l'equip de professionals que permet el seguiment dels pacients al llarg de la seva vida i, per tant, existeix l'oportunitat de detectar i tractar els problemes precoçment, fer-ne el seguiment oportú i, si escau, transferir el pacient als serveis especialitzats.

### 3. Actuacions del pla d'atenció sanitària a les persones grans per al període 2003-2005

L'enfocament de l'atenció a la gent gran que es proposa s'orienta a adequar la resposta assistencial a les necessitats de salut d'aquest grup de població prevenint la malaltia i la discapacitat, retardant la dependència i limitant la morbiditat per tal d'aconseguir un envelliment saludable.

Amb aquesta finalitat, el pla planteja un marc d'actuacions destinades al desenvolupament de les activitats preventives recomanades per a la població adulta (detecció, tractament, control i consell amb relació a malalties cardiovasculars, infeccioses, endocrines i càncer) i d'altres relacionades amb síndromes geriàtriques (caigudes, malnutrició, polimediació, trastorns de la cognició). Aquestes activitats s'han de dur a terme al llarg del seguiment de la persona gran, en funció del benefici individual i seguint les recomanacions de les institucions i societats científiques.<sup>4</sup>

Amb aquestes premisses, el CatSalut proposa accions específiques centrades en la compra de serveis, l'elaboració de guies, la formació dels professionals i la coordinació intersectorial amb la finalitat d'impulsar l'aplicació d'aquest pla:

- Amb relació a l'atenció a la població de 65 anys i més, contemplar en la cartera de serveis d'atenció primària l'oferta de:
  - Activitats preventives adreçades a la població adulta atesa i, especialment, les activitats de detecció, tractament i control relacionades amb les síndromes geriàtriques.
  - Suport a les famílies i als cuidadors.
  - Continuitat assistencial i millora de la coordinació de l'atenció primària amb altres nivells i serveis especialitzats sanitaris i socio-sanitaris (hospitals d'aguts, centres i serveis socio-sanitaris, etcètera).
- Promoure, amb la participació dels professionals, l'elaboració i l'aplicació de guies de pràctica clínica per a l'atenció a la gent gran basades en l'evidència científica.
- Impulsar les activitats de formació dels professionals per millorar la competència en l'atenció a la gent gran, tant pel que fa a la prevenció, el maneig clínic dels pacients (teràpia farmacològica) i l'adquisició d'habilitats comunicatives i relacionals, com a la capaciació dels professionals per a la gestió dels casos.
- Avançar en la coordinació intersectorial, especialment amb el Departament de Benestar i Família.
- Impulsar i donar suport a la recerca relacionada amb el desenvolupament d'instruments per a l'avaluació del risc de pèrdua d'autonomia i amb el procés d'atenció a la gent gran.

4. - Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Llibre Blanc. Activitats preventives per a la gent gran*. Direcció General de Salut Pública. Barcelona 1999.  
- US Preventive Services Task force. 2002. <http://www.ahcpr.Gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>.  
- Golberg Todd H, Chavin Stephen I. Preventive Medicine and Screening in Older Adults. *Am Geriatrics Society* 1997;45:344-354.

## 3.1. Atenció a problemes de salut específics de les persones grans

Com s'ha esmentat anteriorment, en la gent gran són d'aplicació les activitats preventives que es recomanen per a la població adulta,<sup>5</sup> si bé n'hi ha d'altres que són d'aplicació específica i que es relacionen amb les anomenades síndromes geriàtriques.

Les actuacions s'han d'incorporar de manera progressiva, segons les possibilitats de cada equip d'atenció primària i aprofitant les oportunitats i l'interès dels professionals. El resultat final ha de ser la incorporació d'aquells elements que permeten conèixer la població que s'està atenent i que inclouen, a més a més dels principals aspectes clínics, d'altres que sovint són causa de preocupació dels malalts o de les famílies i que, fins i tot, poden originar noves patologies.

### Activitats preventives en l'edat adulta

---

En aquesta etapa de la vida són d'aplicació les activitats de prevenció de les malalties cardiovasculars, endocrines, infeccioses i del càncer que es recomanen en la població adulta. L'evidència disponible mostra com a mesures més efectives dirigides a la gent gran,<sup>6</sup> el tractament de la hipertensió, la cessació de l'hàbit tabàquic, les vacunacions, l'exercici físic en ambdós sexes i el cribratge del càncer de mama en dones. Darrerament, també s'està recomanant el cribratge de l'osteoporosi en dones majors de 65 anys i el del càncer de còlon en els majors 50 anys d'ambdós sexes. En aquest sentit, actualment, a Catalunya, s'estan portant a terme dos estudis pilot: l'avaluació de l'acceptabilitat de la prova de cribratge i el coneixement de la població sobre el càncer de còlon, i l'avaluació de la implantació d'un programa de cribratge de l'osteoporosi en dones de 65 i més. Després de conèixer els resultats i de valorar la qualitat de les evidències es faran les recomanacions oportunes; mentrestant, cal seguir les del Departament de Sanitat i Seguretat Social (taules 5,6 i 7).

També hi ha recomanacions específiques per a problemes relacionats amb les anomenades síndromes geriàtriques: caigudes, demències, alteracions sensorials, polimediació, incontinència urinària i malnutrició.

Bàsicament, les activitats preventives que es proposen (taules 5, 6 i 7) es concreten en les vacunacions, els cribratges i la detecció oportunista per diagnosticar i tractar precoçment els problemes de salut existents, i el consell per abordar malalties de caràcter crònic i problemes de salut que tenen relació amb els estils de vida de la població. En la pràctica clínica aquestes activitats s'han de prioritzar en funció del benefici individual, marcat no tant per l'edat com per les necessitats i l'expectativa de vida i seguint les recomanacions de les institucions i societats científiques.

---

5 Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social 1999.

6. US Preventive Services Task force. 2002. <http://www.ahcpr.Gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>.  
Golberg Todd H, Chavin Stephen I. Preventive Medecine and Sreening in Older Adults. Am Geriatrics Society 1997;45:344-354.

**Taula 5. Pràctiques preventives en la gent gran.<sup>1</sup> Consell**

Consell	Edat (anys)	Sexe	Freqüència
Alimentació	>64	H/D	A criteri del professional*
Exercici físic	>64	H/D	A criteri del professional*
Tabac	>64	H/D	A criteri del professional*
Accidents	>64	H/D	A criteri del professional
Trastorns cognitius	>64	H/D	A criteri del professional
Trastorns depressius	>64	H/D	A criteri del professional
Medicaments	>64	H/D	A criteri del professional
Bucodental	>64	H/D	A criteri del professional

\* És recomanable com a mínim un cop cada dos anys.

1. Salleras L, Taberner JL, Tresserras R, Salvà A, Morera R, Martín-Zurro A, Cervera AM, Ribot J, Ballesteros E. Actividades preventivas escalonadas en las personas mayores. Med Clin (Barc), 2001;116

**Taula 6. Pràctiques preventives en la gent gran.<sup>1</sup> Cribratge**

Patologia	Tècnica	Edat (anys)	Sexe	Freqüència
Excés de pes	Mesura del pes/talla	>64	H/D	Cada any
Desnutrició	Disminució del pes	>64	H/D	En cada visita
Hipertensió arterial	Determinació de la pressió arterial	>64	H/D	Cada dos anys
Hipercolesterolèmia	Determinació del colesterol	64-74	H/D	*
Càncer de mama	Mamografia	64-70	D	Cada dos anys
Càncer de coll d'úter	Citologia vaginal	>64	D	**
Trastorns visuals	Optotips d'Snellen	>64	H/D	A criteri del professional
Trastorns auditius	Anamnesi dirigida	>64	H/D	A criteri del professional

\* Si les concentracions de colesterol són <250 mg/dl no cal repetir la determinació. Només cal fer noves determinacions en cas d'hipercolesterolèmia i/o presència d'altres factors de risc cardiovascular. La freqüència depèn dels protocols de tractament.

\*\* Només quan no es disposa de citologia prèvia. En aquest cas es practiquen dues citologies seguides en l'interval d'un any. Si el resultat és negatiu, no cal continuar el cribratge.

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003

**Taula 7. Pràctiques preventives en la gent gran.<sup>1</sup> Vacunació**

Vacuna	Edat (anys)	Sexe	Freqüència
Td*	>64	H/D	Primovacunació (0, 4-6 setmanes, 6-12 mesos), si cal, i revacunació cada 10 anys dels vacunats correctament.
Antigripal	>64	H/D	Anual
Antipneumocòccica	>64	H/D	Dosi única

\* En cas que no disposeu de vacuna Td utilitzeu la T.

1 Salleras L, Taberner JL, Tresserras R, Salvà A, Morera R, Martín-Zurro A, Cervera AM, Ribot J, Ballesteros E. Actividades preventivas escalonadas en las personas mayores. Med Clin (Barc), 2001;116 (Supl 1): 153-157.

## Atenció a les síndromes geriàtriques

L'evolució cap a la dependència és habitualment contínua, inestable, progressiva i potencialment recuperable. Per tal de retardar o revertir el procés cap a la dependència i el deteriorament, cal avançar en la detecció i la valoració de la comorbiditat i de les síndromes geriàtriques, considerant els aspectes psicosocials que poden condicionar l'evolució cap a la dependència.

Entre les síndromes geriàtriques s'han seleccionat com a prioritats d'intervenció per la freqüència i la gravetat que presenten, com també per les possibilitats d'intervenció, les caigudes, la malnutrició, la polimedicació i els trastorns cognitius.

Les actuacions es dirigiran a la població major de 75 anys, amb especial atenció als majors de 80 anys, i s'incorporaran progressivament segons la pròpia experiència i les característiques de cada equip assistencial.

Caldrà preveure l'elaboració, implantació i avaluació de guies de pràctica clínica per als diferents problemes de salut prioritzats, amb participació dels professionals.

## Caigudes

El risc de patir caigudes augmenta amb l'edat. Segons dades d'un estudi longitudinal de base poblacional fet a Catalunya, el 32% de les persones majors de 64 anys (25% dels homes i 37% de les dones) pateixen una caiguda en el transcurs d'un any. El 7% d'aquestes patiran una fractura i l'1,5% una fractura de fèmur. A més a més, gairebé el 60% tindran por de tornar a caure.<sup>7</sup> Cal considerar les greus seqüeles que es poden derivar de les caigudes, així com les conseqüències en termes de cost sanitari i social.

7. Antoni Salvà, Ignasi Bolívar, Guillem Pera. Incidencia y consecuencias de las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. XIII Congreso de la SEGG y X Congreso de la SCBGG. Barcelona 2000.

Els principals factors de risc de patir una caiguda són els problemes a les extremitats inferiors, els trastorns de l'equilibri i la marxa, la polimedicació –sobretot la presa de psicòtrops–, el deteriorament cognitiu i, molt especialment, l'existència de caigudes en l'últim any. Altres factors a considerar són les condicions dels entorns urbà i domèstic.

No hi ha evidència dels beneficis d'actuacions indiscriminades en la població general per a la reducció de caigudes, en canvi s'han demostrat en grups de risc especial (persones que presenten les condicions anomenades anteriorment) mitjançant intervencions que tendeixen a corregir els problemes o els factors de risc detectats.

Les intervencions es basen en el control de la medicació, la valoració de l'audició, la visió i la mobilitat, les mesures correctores, si escauen, així com la correcció dels problemes podològics, el consell per a la prevenció de caigudes i la visita a domicili per a la valoració de riscos existents a la llar. El manteniment d'activitat física regular també és recomanable per tal de disminuir el risc de caigudes.

### **Polimedicació**

Les persones majors de 75 anys, en general, consumeixen un nombre important de medicaments per tractar malalties cròniques, però també contribueixen a la polimedicació la prescripció inadequada, l'automedicació, el mal ús de medicaments per errors en l'administració i l'incompliment terapèutic. Està demostrat que l'ús inadequat de fàrmacs produeix iatrogènia i incrementa el consum de recursos com ara ingressos hospitalaris i visites ambulatories, amb el consegüent increment de la despesa sanitària.

Segons les dades de l'ESCA 2002 sobre el consum de fàrmacs durant els dos dies anteriors a la realització de l'enquesta, el 36,1% de la població major de 64 anys havia consumit tres fàrmacs o més.

Les persones amb major risc de fer un ús inadequat de medicaments són: els pacients crònics (hipertensió, diabetis, alteració crònica del flux aeri, insuficiència hepàtica i/o renal, antecedents d'al·lèrgies a medicaments i trastorns cognitius, entre d'altres) i les persones amb dificultat per a la comprensió de la prescripció.

Per això, és en aquestes persones en les que cal centrar les accions per a la prevenció dels riscos de la polimedicació, com ara revisar el compliment terapèutic i les indicacions terapèutiques quan es prescriu un nou fàrmac, així com disposar d'un sistema d'informació tant als centres d'atenció primària com a les oficines de farmàcia.

Les finalitats d'aquesta actuació són disminuir la incidència dels problemes relacionats amb els medicaments en la gent gran (interaccions i complicacions secundàries) i mantenir el pacient amb el menor nombre de fàrmacs possible tot ajustant-ne les dosis prescrites.

Per facilitar aquestes actuacions es recomana formar adequadament els professionals dels EAP, el treball conjunt amb experts en farmacoteràpia, utilitzar perfils de prescripció amb retroalimentació de la informació, la dotació progressiva de sistemes d'informació i consulta que facilitin una òptima prescripció i la informació sanitària als malalts.

## Malnutrició

Una alimentació equilibrada i un estat nutricional correcte són necessaris per mantenir un bon estat de salut. Més enllà de les relacions evidents entre l'alimentació i el risc cardiovascular, l'osteoporoïsi o el càncer, en les persones grans es produeixen múltiples situacions que fan que puguin patir risc de malnutrició, concretament la desnutrició és un factor de risc de morbimortalitat provat.

Les persones grans que no presenten patologies cròniques o dèficits funcionals mantenen habitualment estats nutricionals satisfactoris, mentre que les que pateixen malalties cròniques i discapacitats constitueixen els principals grups de risc de desnutrició. Entre aquests podem destacar les persones que pateixen la malaltia d'Alzheimer o les persones que segueixen programes d'atenció domiciliària.

Entre les actuacions que cal portar a terme en atenció primària per conèixer i intervenir en els problemes de l'alimentació es considera important el seguiment del pes o índex de massa corporal (IMC), la detecció de factors de risc de desnutrició, els trastorns del comportament alimentari i la polimediació.

## Trastorns cognitius

El deteriorament cognitiu, amb una prevalença estimada del 10% del total de persones de 65 anys o més, és un dels principals problemes d'aquest grup de població per l'impacte que la malaltia té en el malalt, en la família i en els cuidadors.

La demència més freqüent és la malaltia d'Alzheimer, que pot arribar a constituir el 60% del total de persones amb demència. Malgrat això, la millor identificació de diferents formes de demència degenerativa, com la demència de cossos de Lewi o la demència frontal, farà que els percentatges de prevalença es modifiquin en els propers anys. D'altra banda, donat que la incidència de demència augmenta a mesura que avança l'edat, és previsible que en els propers anys hi hagi un increment del total de casos prevalents.

Una característica important de la malaltia d'Alzheimer i altres demències és la cronicitat. La vida mitjana d'una persona amb malaltia d'Alzheimer pot ser de 8 a 12 anys. No sabem l'impacte real que els nous fàrmacs podran tenir en aquestes dades. En la història natural de la malaltia, cal destacar la pèrdua progressiva de les funcions cognitives, així com una pèrdua també progressiva de la capacitat per desenvolupar les activitats de la vida diària. A més, freqüentment apareixen diferents trastorns del comportament, del son i de l'estat d'ànim, així com problemes mèdics afegits. En conjunt, aquests diferents aspectes fan que les persones amb malaltia d'Alzheimer i les seves famílies necessitin la intervenció de l'EAP i també, sovint, l'ús de dispositius socio-sanitaris.

L'inici de la malaltia d'Alzheimer és gradual i és important fer el diagnòstic diferencial amb altres trastorns. És important la detecció precoç dels símptomes de demència per poder proporcionar als pacients el millor tractament possible. En relació al cribratge de deteriorament cognitiu en persones grans simptomàtiques, hi ha evidència insuficient per recomanar-lo o no en absència de demència. Tanmateix, les queixes dels pacients sobre pèrdua de memòria han de ser

seguides i la seva progressió avaluada. Quan els cuidadors refereixen declivi cognitiu en una persona, s'ha de tenir en compte i dur a terme la valoració cognitiva i fer-ne el seguiment.<sup>8</sup>

Les actuacions de l'atenció primària tindran com a objectiu identificar les persones amb deteriorament cognitiu, conèixer la comorbiditat que presenten, establir les seves necessitats i les de la família, orientar el diagnòstic etiològic amb el suport de la xarxa especialitzada i fer el seguiment dels tractaments, tant farmacològics com d'altres tipus. Així mateix, les actuacions aniran dirigides a donar informació i suport a la família i a coordinar-se amb els altres dispositius sanitaris, sociosanitaris i socials.

## 3.2. Altres intervencions adreçades a millorar l'atenció a les persones grans

### La persona gran a domicili

---

En general, les persones grans que són ateses a casa seva presenten alguna incapacitat o dependència.

L'atenció i el seguiment a domicili de les persones grans pot reduir-ne la mortalitat i els ingressos en centres de llarga estada.<sup>9</sup> Amb relació a l'atenció domiciliària preventiva, i d'acord amb la revisió sistemàtica i la metaanàlisi d'Stuck de l'any 2002, més de nou visites a domicili per persona i any redueixen l'ingrés en centres de llarga estada. La valoració geriàtrica multidimensional, el seguiment a domicili i les visites preventives poden retardar el deteriorament funcional i reduir la mortalitat a les persones ancianes de més 80 anys.<sup>10</sup>

Al domicili, es recomana fer la valoració dels aspectes clínics, funcionals, cognitius i socials (annex II, valoració geriàtrica bàsica) per tal de detectar els problemes de salut existents, d'acord amb el Programa marc d'atenció a domicili (ATDOM)<sup>11</sup> i els criteris comuns mínims d'actuació en atenció domiciliària.<sup>12</sup> També s'incorporarà l'atenció a les síndromes geriàtriques: caigudes, malnutrició, polimedicació, trastorns cognitius i altres aspectes, com ara la valoració i prevenció de nafres per pressió (taula 8). En la valoració de les persones grans es poden utilitzar instruments validats per a la detecció de determinats problemes de salut (annex III).

---

8. Canadian Task Force on Preventive Health Care. <http://www.ctfphc.org/Tables/Cog-impair-tab.htm>

9. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323:719-725

10. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *Jama* 2002; 8: 1022-1028.

11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM . Pla de Salut, Quadern núm. 4. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.

12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Criteris comuns per a l'atenció a problemes de salut (II). Pla de Salut, Quadern núm. 8. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

---

## Taula 8. Problemes freqüents en els pacients en atenció domiciliària

- Immobilitat
- Inestabilitat, caigudes
- Incontinència
- Nafres per pressió
- Deshidratació, desnutrició
- Constipació
- Deteriorament cognitiu
- Síndrome confusional
- Depressió
- Ansietat
- Trastorns del son
- Deprivació sensorial
- Iatrogènia
- Dolor crònic
- Situació terminal

---

Són candidats a rebre atenció intensiva a domicili:

- Les persones grans amb incapacitat o dependència física.
- Les persones grans donades d'alta dels hospitals d'aguts o dels centres socio-sanitaris i amb alguna activitat de la vida diària (AVD) afectada.

Al domicili hi ha l'oportunitat d'observar els factors mediambientals, relacionals i conductuals de les persones que conviuen o amb qui es relaciona el pacient habitualment, i també altres aspectes com ara la farmaciola i d'altres que poden comportar riscos d'accidents a la llar.

Tal com es recomana a l'ATDOM, la valoració mèdica, d'infermeria i social requereix l'estreta coordinació dels professionals, que ha de concretar-se en la valoració global del pacient (annex II), l'establiment per escrit d'un pla d'atenció i la pràctica d'un seguiment individualitzat que prioritzi les intervencions que cal dur a terme, en funció de les necessitats detectades i d'acord amb els recursos existents.

Una vegada acabada la valoració, es registra a la història clínica:

- **La relació de problemes**, resultat de la valoració geriàtrica.
- **La impressió diagnòstica** mèdica, d'infermeria i social, conseqüència de la valoració.
- **El pla de cures i seguiment**, que expliciti els objectius assistencials i de prevenció, el monitoratge i l'avaluació dels resultats. Els objectius han d'anar dirigits a aconseguir la màxima autonomia i intentar disminuir la dependència. També és fonamental tenir l'acceptació del pacient i del cuidador. L'aplicació de la metodologia de classificació i el pla de cures estàndard en els diagnòstics més freqüents en infermeria són útils per a aquesta finalitat.

El pacient i els seus cuidadors han de tenir informació sobre l'estat de salut d'aquell i sobre la periodicitat de les visites dels professionals sanitaris. Sempre que sigui possible, aquesta informació s'ha de donar per escrit. També s'ha de donar informació de les adreces i els telèfons que faciliten l'accés als serveis sanitaris i socials, grups d'ajuda mútua i altres recursos existents.

És important identificar una persona, tant en l'equip assistencial com entre la família o els cuidadors, que es constitueixi en interlocutor principal i fer constar el seu nom en la història clínica del pacient.

Críteris de derivació o interconsulta en l'atenció especialitzada:

- Persones que presenten deteriorament funcional progressiu després d'una intervenció per part de l'EAP.
- No disposar dels elements necessaris per desenvolupar el pla terapèutic o que aquest sigui molt complex.
- No disposar d'un diagnòstic clar o sol·licitar una segona opinió.
- Quan després de fer l'avaluació i generar una intervenció no s'obtenen els resultats esperats.
- Reingressos en els últims 30 dies.
- Utilització freqüent dels serveis d'urgències.

L'atenció domiciliària es desenvolupa a través del programa ATDOM i els PADES (Programa d'atenció domiciliària. Equips de suport). Per tal de garantir la continuïtat assistencial és essencial continuar avançant en la:

- Coordinació entre EAP, PADES, UFISS, CSS i serveis socials.
- Establiment de circuits de derivació i actuació conjunta.
- Protocols conjunts per a l'atenció dels problemes més prevalents, com ara nafres, EPOC, malalt terminal, dolor, pacients amb AVC i/o altres malalties neurològiques, pacients ostomitzats, entre d'altres.
- Impuls a les comissions de coordinació sectorials.

### **Suport als cuidadors**

---

Els cuidadors informals són els principals proveïdors de cures a les persones grans amb dependència. A Catalunya, el cuidador, tant pel que fa a la cura de les persones grans com dels discapacitats, té un perfil que, en general, es caracteritza per ser dona, més gran de 45 anys i mestressa de casa (ESCA 2002).

Les previsions demogràfiques sobre envelliment a Catalunya fan preveure un augment de la demanda de persones que tinguin cura de la gent gran, tot i que la incorporació de la dona al món laboral està reduint la disponibilitat de cuidadors dins la família.

El cuidador informal dóna una atenció d'intensitat molt elevada. Quan hi ha pertorbació de l'estat mental i manca d'autonomia del pacient, hi ha més risc d'alteracions de la dinàmica familiar i social i d'aparició de problemes físics i psíquics en el cuidador o cuidadors.

Amb la finalitat de potenciar el suport als cuidadors informals es proposa:

- **Formació dels professionals.** En el coneixement de l'estructura i la dinàmica familiar i en l'adquisició d'actituds i habilitats que facilitin l'empatia, la comunicació i el tracte amb els pacients i els cuidadors.
- **Informació, formació i educació sanitària del cuidador.** Facilitar informació sobre la situació clínica del pacient, l'accessibilitat als professionals, com actuar en cas d'urgència, símptomes d'alarma, etcètera, la qual cosa dóna seguretat i disminueix l'ansietat i l'angoixa dels cuidadors informals. Educar i ensinistrar el cuidador en les tasques que haurà de dur a terme en la cura del pacient. Els problemes més comuns que es troba el cuidador amb relació al pacient són el control d'esfínters, la falta de mobilitat, l'alimentació, la higiene, la comunicació i la relació, les nafres per pressió, el maneig del pacient amb demència, l'administració dels medicaments i la prevenció d'accidents a la llar.

- **Valoració del cuidador. Prevenció i detecció de la claudicació.** Els cuidadors, com hem esmentat anteriorment, presenten una major prevalença de morbiditat física i psíquica per la qual cosa cal incorporar la valoració del cuidador, sobretot quan el pacient té alteracions cognitives i/o està en programa ATDOM. Cal que els professionals detectin els riscos que afavoreixen la claudicació per tal de poder emprendre actuacions preventives. Les situacions afavoridores de claudicació poden ser, entre d'altres: cuidador jove o molt gran, recursos insuficients per prestar les cures necessàries, malaltia del cuidador, llarga malaltia del pacient, alteració de la relació cuidador-pacient, sentiment de pèrdua de la persona malalta. És convenient fer constar la condició de cuidador en la història clínica d'aquest.
- **Foment del descans familiar, participació en el pla d'intervencions i actuacions sanitàries i suport en la gestió de recursos.** Les activitats per disminuir la càrrega familiar es poden dirigir a l'ingrés temporal del pacient, el repartiment de les tasques amb els altres membres de la família, suggerir espais de temps per als cuidadors i proposar, si cal, servei domèstic, una treballadora familiar o voluntaris.

Hi ha un sector de població gran que disposa d'un nivell socioeconòmic que li permet fer front a situacions de dependència. La incorporació de serveis formals com el servei domèstic i l'ajut domiciliari suposen una descàrrega per al cuidador informal.

Quant al suport emocional, és important que el cuidador pugui expressar les seves inquietuds i problemes, com també que en pugui parlar amb familiars, amics, veïns o d'altres grups. Una altra activitat de suport al cuidador és informar-lo i orientar-lo sobre els recursos que poden ser útils per a les persones grans, com ara ajuts tècnics, voluntariat, centres de dia, grups d'ajuda mútua, o d'altres i donar-li suport per gestionar-los. En definitiva, donar suport al seguiment i la coordinació de tots aquells serveis necessaris per resoldre les necessitats de la persona gran fràgil.

És important que l'equip assistencial tingui en compte les creences, els desigs i les circumstàncies del pacient i la seva família i implicar-los en els objectius que es pretén assolir en el procés assistencial, així com el pla d'acció a seguir.

## **Persones grans institucionalitzades en residències geriàtriques**

---

El col·lectiu de persones grans institucionalitzades constitueix un grup amb característiques socials i sanitàries específiques, en el qual es poden diferenciar dos tipus de persones grans, d'una banda, les que no tenen cap pèrdua d'autonomia i que, per tant, s'haurien d'incloure en el grup corresponent a la seva edat i situació sanitària i, de l'altra, el grup de persones amb una pèrdua d'autonomia important. Alhora, aquest grup de persones està institucionalitzat en residències amb diferent tipus d'atenció sanitària, com ara les del Departament de Benestar i Família, les concertades i les privades, la qual cosa fa que el tipus d'atenció prestada pels professionals d'atenció primària sigui molt diferent. Per tant, l'homogeneïtzació de pautes d'interacció en aquest col·lectiu de persones és molt complexa.

D'altra banda, cal considerar la càrrega de treball addicional que representa per als EAP. Per això, considerem que els EAP han d'iniciar les activitats en la mesura dels recursos disponibles, seguint els mateixos criteris d'actuació que per a les persones no institucionalitzades, tot considerant la situació social i familiar específica de la persona gran.

L'atenció sanitària a les persones grans institucionalitzades en residències geriàtriques és un dels àmbits que el CatSalut ha previst introduir en el Pla de millora d'atenció primària: "L'atenció primària davant una realitat canviant" on es tindran en consideració altres aspectes que no es tracten en aquest document.

## **Gestió del cas i coordinació entre nivells i serveis assistencials**

---

Les funcions pròpies de l'atenció primària fan que aquest nivell assistencial tingui la responsabilitat de prestar atenció a la gent gran, fer el seguiment dels casos i vetllar per la continuïtat dels serveis, la qual cosa requereix el treball coordinat dels professionals de l'EAP (metges, infermeres i treballadors socials) i amb els nivells especialitzats i els serveis socials.

La gestió de casos és una estratègia assistencial que es basa en l'existència d'un professional que actua com a referent del cas. Es fixen els objectius terapèutics d'acord amb les necessitats individuals dels pacients i es coordinen les diferents actuacions per tal de facilitar l'atenció allà on aquests es troben (domicili, serveis assistencials, serveis comunitaris, etcètera). Entre els membres de l'equip, es considera el professional d'infermeria com l'idoni per fer-se càrrec de la gestió dels casos.

El professional que gestiona el cas té la responsabilitat de fer el seguiment dels tràmits burocràtics i la previsió a curt/mitjà termini de les necessitats a cobrir, que inclouen ingressos temporals, proves complementàries, PADES, llarga estada, ajuts tècnics, menjar a domicili, treballador familiar, bugaderia, adaptacions de la llar i teleassistència, entre d'altres.

La transferència correcta de la informació, la comunicació efectiva entre els professionals d'atenció primària i dels recursos d'atenció especialitzada i la creació de debat i de comunicació interna en els equips assistencials són instruments que faciliten la continuïtat dels serveis.

D'altra banda, la regió sanitària impulsarà:

- La implantació d'una alta hospitalària de qualitat (*discharge planning*) dels pacients candidats a l'atenció a domicili. Aquesta inclourà l'informe d'alta mèdica i d'infermeria integrat i el contacte telefònic directe, especialment en els pacients de més complexitat. L'Institut Català de la Salut ha creat la figura de la infermera d'enllaç, que pertany als serveis d'atenció primària i planifica l'alta del pacient.
- La participació de l'EAP en l'establiment i el consens de protocols de derivació i protocols assistencials amb cadascun dels recursos implicats (taula 9).
- El treball coordinat amb els serveis socials municipals (per facilitar l'accés a recursos bàsics com el treball familiar, centres de dia, voluntariat, pisos protegits i ajudes tècniques) i la implantació de sistemes integrals d'assistència a partir del treball coordinat de serveis que actuen en un territori determinat (sector sanitari o comarca).

---

#### Taula 9. Recursos implicats en l'atenció a la gent gran

- Equip d'atenció primària
- Hospitals d'aguts
- UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries)
- PADES (Programa d'atenció domiciliària. Equips de suport)
- Centres sociosanitaris:
  - Unitats de llarga estada
  - Unitats de convallescència
  - Unitats de cures paliatives
  - Hospitals de dia
  - Equips d'avaluació geriàtrica ambulatoria
- Serveis socials:
  - Servei d'Atenció Domiciliària (SAD)
  - Centres de dia
  - Unitats d'internament: residències assistides, residències socials/substitució de la llar, habitatges tutelats.

---

En síntesi, les línies a desenvolupar s'orientaran a incentivar la coordinació entre entitats proveïdores, nivells assistencials i serveis socials i a la gestió de casos per tal de respondre a les necessitats específiques de cada pacient.

### 3.3 Oferta bàsica de serveis

El CatSalut té, entre les seves funcions, adequar l'oferta de serveis de finançament públic a les necessitats, expectatives i demandes de la població. La cartera de serveis és l'eina bàsica per a l'adequació de l'oferta sanitària a les necessitats dels assegurats i ha de ser integral, adaptable i dinàmica, proporcionar criteris comuns mínims, facilitar protocols d'actuació per a la inclusió i l'exclusió de prestacions i recursos sanitaris de finançament públic i, així mateix, ha de permetre relacionar les prestacions i els recursos sanitaris amb els objectius del Pla de salut.

La cartera de serveis està constituïda pel catàleg de prestacions sanitàries i el de recursos assistencials d'utilització pública i per les interrelacions entre ambdós. El catàleg de prestacions sanitàries és la relació estructurada de tots aquells serveis i prestacions que el CatSalut, com a asseguradora pública, garanteix a tots els ciutadans de Catalunya.

La cartera de serveis d'atenció primària, d'acord amb aquest Pla, defineix el conjunt d'activitats adreçades a la gent gran per a la prevenció, el diagnòstic i el tractament dels problemes de salut, així com mesures per a la millora de l'atenció al centre i al domicili i garantir la continuïtat assistencial (taula 10).

---

**Taula 10. Oferta bàsica assistencial**

- Activitats preventives (cribratge, consell i vacunació) seguint una estratègia adequada a les persones de 65 anys i més.
- Intervencions adreçades a millorar l'atenció als problemes de salut específics de les persones grans:
  - Detecció de risc de caigudes: control de medicació, valoració de l'audició, la visió i la mobilitat i aplicació de mesures correctores i/o orientació terapèutica, si escau, problemes podològics, consell per a la prevenció de les caigudes i visita al domicili per valorar els riscos existents a la llar.
  - Detecció dels riscos de la polimediació: revisió del compliment, interaccions medicamentoses i informació de les indicacions terapèutiques quan es prescriu un nou fàrmac.
  - Detecció de problemes relacionats amb la malnutrició: seguiment del pes i l'IMC, valoració dels factors de risc relacionats i consell.
  - Identificació de les persones amb deteriorament cognitiu. Millora de l'atenció a les persones amb trastorns cognitius.

- Altres intervencions adreçades a millorar l'atenció a les persones grans:
  - Millores en l'atenció a domicili: accés telefònic per a consulta, protocols conjunts per a l'atenció a domicili dels problemes més prevalents.
  - Suport als cuidadors: prevenció i detecció de les situacions de sobrecàrrega o claudicació, informació i educació sanitària.
  - Atenció sanitària d'atenció primària a les persones grans institucionalitzades en residències geriàtriques.
  - Gestió del cas i coordinació entre nivells i serveis assistencials: pla d'actuació i seguiment individualitzat, coordinació dels recursos i serveis implicats.

Els EAP incorporaran, de manera progressiva i atenent criteris de factibilitat, aquestes activitats al seu entorn assistencial.

### 3.4. Objectius del CatSalut

1. Durant els anys 2003-2005 s'han d'elaborar guies de pràctica clínica per a l'atenció dels problemes més prevalents en la gent gran, amb la participació dels professionals.

*Avaluació:*

*Existència de les guies.*

*Estudi específic per valorar el grau d'aplicació de les guies.*

2. Abans de l'any 2005 s'han d'haver incorporat, en almenys el 60% dels contractes de compra de serveis formalitzats amb els EAP, objectius específics relacionats amb les anomenades síndromes geriàtriques, amb prioritat a les caigudes, la malnutrició, la polimediació i els trastorns cognitius.

*Avaluació:*

*Percentatge de contractes de compra de serveis d'atenció primària que han inclòs clàusules específiques relacionades amb les síndromes geriàtriques.*

3. Abans de l'any 2005, el 50% de les persones de 65 anys o més en programa ATDOM tindran un pla d'actuació i seguiment individualitzat que prevegi la coordinació dels recursos i els serveis implicats.

*Avaluació:*

*Percentatge d'històries clíniques de persones de 65 anys o més incloses en el programa ATDOM on consti el pla d'actuació i seguiment.*

4. D'aquí a l'any 2005, el 90% dels EAP oferiran als pacients la possibilitat de contactar telefònicament amb els seus professionals de referència per tal de millorar l'accessibilitat.

*Avaluació:*

***Percentatge d'EAP que ofereixen contacte telefònic amb els professionals de referència.***

5. Abans de l'any 2005, el 90% dels EAP disposaran d'un protocol de cures paliatives per a l'atenció als malalts terminals.

*Avaluació:*

***Percentatge d'EAP que disposen de protocol i l'apliquen.***

6. Abans de l'any 2005, s'haurà practicat la detecció de sobrecàrrega o claudicació al 50% dels cuidadors de les persones de 65 anys o més en programa ATDOM.

*Avaluació:*

***Percentatge de cuidadors amb valoració enregistrada a la seva història clínica d'atenció primària.***

7. Abans de l'any 2005, cada regió sanitària haurà establert un protocol de col·laboració i coordinació entre els serveis i els recursos implicats en l'atenció a la gent gran amb participació dels professionals, a fi de garantir la continuïtat assistencial.

*Avaluació:*

***Existència d'un protocol a cada regió sanitària.***

## 4. Pla operatiu per a la implantació de les activitats

El desplegament de les actuacions proposades per a l'atenció a la gent gran en l'àmbit de l'atenció primària de salut es farà progressivament i requerirà l'establiment de mesures específiques que facin possible l'assoliment dels objectius del pla:

- **Compra de serveis.** El CatSalut, d'acord amb les propostes d'aquest pla, definirà els criteris de contractació i avaluació i concretarà els objectius a assolir per cada EAP.
- **Formació dels professionals.** El CatSalut donarà suport a la formació dels professionals en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut i les regions sanitàries. Les entitats proveïdores també facilitaran la formació dels professionals en aquest àmbit.
- **Mesures organitzatives i instruments.** Les entitats proveïdores establiran mesures organitzatives i els instruments materials que facilitin la implantació de les activitats, com ara suport informàtic, organització del treball i definició de circuits específics d'atenció per a les persones grans. També hauran de facilitar la coordinació entre nivells i recursos sanitaris i socials.
- **Establiment de guies i protocols.** El CatSalut promourà l'elaboració de guies de pràctica clínica basades en l'evidència disponible. Les entitats proveïdores facilitaran la participació dels professionals en l'elaboració i definiran els protocols que se'n derivin. D'altra banda, el CatSalut, mitjançant les regions sanitàries, establirà i consensuarà circuits i criteris de derivació amb la participació dels EAP i altres nivells i serveis assistencials, principalment atenció sociosanitària, hospitals d'aguts, serveis socials i farmàcia. Es recomana acordar la persona de referència en cada cas.
- **Organització de les activitats de l'EAP.** L'equip planificarà les etapes d'implantació, organitzarà les activitats que s'hagin de dur a terme i establirà la responsabilitat de cada professional.

## 5. Referències bibliogràfiques

1. Alessi. The Process of Care in preventive In-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatric Soc* 1997;45:1044-1050.
2. Barberger-Gateau, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40 (11):1129-1134.
3. Barberger-Gateau , Dartigues JF, Letenneur L. Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing* 1993; 22 (6): 457-463.
4. Baztán JJ, Hornillos M, Rodríguez Ana M. Valoración geriátrica en atención primaria. *Semerge* 2000; 26(2): 77-89.
5. Baztán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32 (NMI): 26-34.
6. Bergmann H, Beland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Tousignant P, Brunelle Y et al. Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Can Med Assoc J* 1997; 157(8): 1116-1121.
7. Bernabei R, ed. *Geriatric Assessment technology: the state of the art*. Milan, Italy: Editrice Kurts p. 265-269.
8. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Br Med J* 1998; 316(7141): 1348-1351.
9. Bodenheimer T. Long-term care for frail elderly people- The On Lok model. *New England Journal of Medicine* 1999; 341(17): 1324-8.
10. Canadian Task Force on Preventive Health Care.  
[http://www.ctfphc.org/Tables/Cog\\_impair\\_tab.htm](http://www.ctfphc.org/Tables/Cog_impair_tab.htm)
11. Chad Boulton. Systems of Care for Older Populations of the Future. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:499-505.
12. Chad Boulton. Screening Elders for Risk of Hospital Admission. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:811-817.
13. Dalby DM, Selors JW, Fraser FD, Fraser C, Van Ineveld C, Howard M. Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 162(4): 497-500.
14. Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, and Lord S. Randomized factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002; 325(7356): 128.
15. De Alba Romero C, Gorroñoigoitia Litube, C, Litago Gil C, Martín Lesende, I, Luque Santiago A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten. Primaria* 2001; 28:Supl.2:161-169.
16. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 719-725.
17. Fillit H, Howe JL, Fulop G, Sachs C, Sell L, Siegel P et al. Studies of hospital social stays in the frail elderly and their relationship to the intensity of social work intervention. *Soc Work Health Care* 1992; 18(1): 1-22.

18. Freid L.P. Disability in older adults: Evidence regarding significance, Etiology and Risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:92-100.
19. Fries J F, Green LW, Levine S. Promoción de la salud y comprensión de la morbilidad. *The Lancet* 1989; 1:481-483.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
21. García-Navarro JA, Muñoz Ribera JM. Valoración geriátrica en atención primaria. *Jano* 1997; 52(1214): 2217-2225.
22. García L, Pardo C. Factores asociados a ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados. *Aten Primaria* 1996; 18(7): 395-398.
23. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Llibre blanc de la dependència de la gent gran. 45 propostes de millora i 10 recomanacions. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2002.
24. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc. Activitats preventives per a la gent gran. Direcció General de Salut Pública, 1999.
25. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. CatSalut. Enquesta de salut de Catalunya 2002. Barcelona: CatSalut, 2002.
26. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. CatSalut. Ingressos dels serveis socio-sanitaris de Catalunya 2000. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya.
27. Golberg Todd H, Chavin Stephen I. Preventive Medicine and Screening in Older Adults. *Am Geriatrics Society* 1997; 45: 344-354.
28. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002; 347(14): 1068-1074.
29. Guil TM, Richardson ED, Tinetti ME. Evaluating the risk of dependence in activities of daily living among community-living older adults with mild to moderate cognitive impairment. *J Gerontol Med Sci* 1995; 50: M235-M241.
30. Guill TM, McGloin JM, Gahbauer EA, et al. Two recruitment strategies for a clinical trial of physically frail community-living older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1039-1045.
31. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ: Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in gerontology* 1994; sup 2: 15-29.
32. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995; 332 : 556-61.
33. Hebert. Predictive validity of Postal Questionnaire for Screening Community –dwelling Elderly. Individuals at risk of functional decline. *Age and Ageing* 1996;25:159-162.
34. Hirdes JP, Naus PJ, Young JE. The use of preventive home visits among frail elderly persons: Evidence from three European countries. *Can J Aging* 1994; 13(4): 499-509.

35. Hoyl MT, Alessi CA, Herker JO et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*, 1999; 47: 873-878.
36. Institut Català de la Salut. Salut a casa: implementació de l'atenció domiciliària a la ciutat de Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2001 (document tècnic).
37. Institut d'Estudis de la Salut. L'atenció domiciliària en l'àmbit de l'atenció primària de salut: línies d'avenç. Jornades de treball. Monografies núm. 8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Maig 2000.
38. Lacasa C, Fores M, Ris H. Desenvolupament de l'atenció domiciliària a Catalunya. Enquesta als EAP. *Salut Catalunya* 1993; 7(5): 22-25.
39. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186.
40. Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, LoGerfo M et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(10): 1191-8.
41. López I, Pavón I et al. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en atención primaria: comparación con los datos de la historia clínica. *At prim*. 2000; 25(9): 630-633.
42. López RM, Julià MT. Cuidados de enfermería en la vejez. Diseño de un programa en atención primaria de salud dirigido a ancianos mayores de 70 años. *Enfermería clínica* 1999; 9(5):220-225.
43. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Med Journal* 1965; 14:61-65.
44. Maly RL. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community dwelling older persons for geriatric assessment. *Age and Ageing* 1997;26:223-231.
45. Montals M. Atenció domiciliària. Curs autoformatiu per a diplomats en infermeria. CADI, núm. 4. Generalitat de Catalunya. Institut d'estudis de la Salut. Barcelona 2000.
46. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument. *Am J Med* 1996; 100 (4): 438-443.
47. Naylor M. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 613-620.
48. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
49. Pfeiffer EA. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic deficit in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.
50. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-148.
51. Puig C, Hernández LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten. Primaria* 1992; 9(3): 133-136.

52. Reuben. Defining and refining targeting criteria. In Rubinstein LZ, Weiland D, Berbabei R, ed. Geriatric Assessment technology: the state of the art. Millan, Italy: Editrice Kurts p. 265-269.
53. Reuben. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:269-276.
54. Rubinstein L, Harker J, Guigoz Y, Vellas B, Salvà A, Bleda MJ. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the short-form version Mini-nutritional assessment (MNA-SF): *J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001 56: M366-M372.
55. Ruipérez I, Jiménez-Jiménez MP, Hornillos M, Sepúlveda D. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. *Medicine* 1995; 6(87): 3838-3844.
56. Rock BD, Goldstein M, Harris M, Kaminsky P, Quitkin E, Auerbach C et al. Research changes a health care delivery system: A biopsychosocial approach to predicting resource utilization in hospital care of the frail elderly. *Soc Work Health Care* 1996; 22(3): 21-37.
57. Salvà Antoni, Pera Guillem. Screening for malnutrition in dwelling elderly. *Public Health Nutrition*: 2001;4(6A),1375-1378.
58. Salvà A, Bolívar I, Bleda M. José. MNA in clinical practice. A Vellas B, Garry PJ Guigoz Y. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and practice in the elderly. Karger edit. Basilea 1999.
59. Salvà A, Llevadot D, Llobet S, Martínez F, Miró M, Vallès E, Viedma MA. La atención geriátrica en Cataluña. Año Gerontológico 2001;15:351-362.
60. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T, Reynish E, Andrieu S, Lauque S, Salvà A, Frisoni G, Nourhashemi F, Micas M, Vellas B. A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2001;5(4):295-9.
61. Salleras L, Taberner JL, Tresserras R, Salvà A, Morera R, Martín-Zurro A et al. Actividades preventivas en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*, 2001;116 (Supl 1): 153-157.
62. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Pla de Salut. Quadern núm. 8. Barcelona: Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària; 1996.
63. Servei Català de la Salut. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Pla de Salut Quadern núm. 4. Barcelona: Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària; 1994.
64. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001;15(3):217-223.
65. Segura JM Bastida N, Martí N, Riba M. Lao enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *At. Prim* 1998; 21(7): 431-436.
66. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. A: Brink TL, ed. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. Nova York: Haworth Press, 1986, p. 165.
67. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 46-52.

68. Stuck. A Trial of Annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
69. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *Jama* 2002; 8: 1022-1028.
70. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000; 160: 977-986.
71. Timiras Paola S. Consideraciones para un envejecimiento saludable. A Timiras Paola S. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Masson. Barcelona. 1997.
72. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Ger Soc* 1986; 34: 119-126.
73. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994;331: 821-7.
74. U.S Preventive Services Task force. 2002 [http://www.ahcpr.Gov/clinic/uspstf/uspstf.htm](http://www.ahcpr.Gov/clinic/uspstf/uspstf/uspstf.htm)
75. Toribio A. Ramírez A. Cuidemos a los cuidadores. *Rev Rol Enferm* 1997; 222: 13-15.
76. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2a ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
77. Vaqué J. Vilardell M. Promoción de la salud y estrategias preventivas en las personas mayores. *Medicine* 1999; 7(124):5803-5810.
78. Vellas BJ, Wagne JJ, Romero L et al. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J Am Ger Soc* 1998; 45: 735-738.
79. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17 (1): 37-49.
80. Yip AM, Gorman MC, Stadnyk K, Mills WGM, MacPherson KM, Rockwood K. A standardized menu for Goal Attainment Scaling in the care of frail elders. *Gerontologist* 1998; 38(6): 735-742.

# 6. Annexos

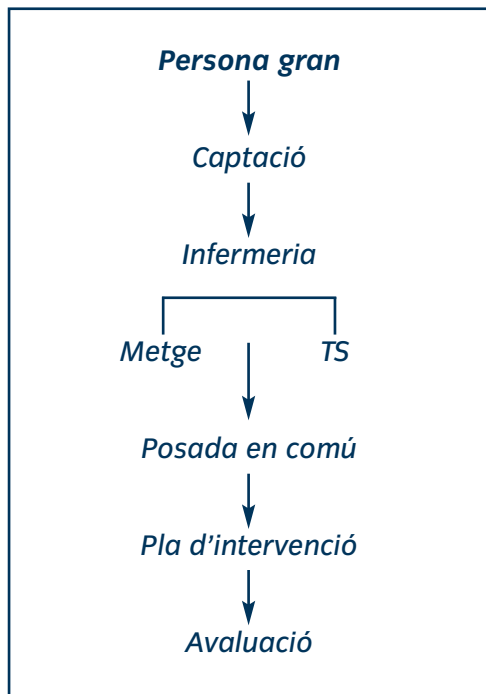
## Annex I

### **Conclusions de la jornada d'avaluació de les proves pilot en la implantació d'un programa integral d'atenció a la gent gran.**

Les conclusions de la jornada sobre la implantació del programa d'atenció a la gent gran en els EAP pilot es poden resumir en els deu punts següents:

- La detecció de fragilitat es farà a persones més grans de 75 anys i a persones més grans de 65 anys amb problemes de salut a criteri de l'EAP. (No ha d'incloure les persones en ATDOM, atès que ja són fràgils.) No s'ha trobat un instrument idoni per a la detecció de la fragilitat en AP. Si el primer que s'altera és la marxa i les activitats instrumentals, una possibilitat seria utilitzar el test de Lawton.
- La valoració geriàtrica bàsica només s'ha de fer o completar a les persones grans fràgils en els aspectes que no estiguin avaluats i es considerin necessaris. Cada EAP aprofitarà els recursos del seu entorn per optimitzar la valoració. Els instruments que utilitza la valoració geriàtrica són el mitjà per a l'objectiu final, que és prendre decisions i actuar.
- Hi ha acord en les activitats preventives que proposa el document. Cal adaptar l'aplicació de les activitats preventives a la situació clínica dels usuaris. El consell hauria de ser dirigit, individualitzat i personalitzat, la qual cosa permet incorporar aspectes de qualitat de vida i d'envelliment saludable. S'hauria d'integrar progressivament al llarg del seguiment del malalt. La incorporació d'aquestes activitats afavoreix l'actitud preventiva dels professionals.
- En el programa ATDOM s'emfasitzaran els aspectes específics del programa d'atenció a la gent gran i s'incorporaran instruments com: l'índex de Norton, l'escala de Goldberg i l'índex de Zarit. Cal disposar de la història clínica al domicili i fer constar en la història del cuidador la seva condició de cuidador i la seva valoració. Cal adequar les agendes d'infermeria per dur a terme una millora en l'ATDOM.
- Cal que hi hagi un treball previ a la implantació del programa per tal que l'EAP es pugui organitzar: formació, elaboració d'un sistema de registre unificat organització de l'equip/agendes, gestió del temps i valoració de la dotació de recursos existents en el territori. Així mateix, es recomana que la implantació es faci en etapes, que hi hagi una homogeneïtzació de les bases de dades, una simplificació del cribratge i un EAP líder motivador dels altres equips. Cal valorar l'esforç que s'esmerça per al resultat que s'obté.

- El circuit intern recomanable del pacient és:



- Es detecten dificultats en la posada en comú per temps o per manca d'implicació d'alguns dels professionals. És important implicar en el programa la consulta d'odontologia i el personal de farmàcia.
- Quant als criteris de derivació, caldria l'elaboració consensuada de protocols/guies d'actuació amb relació a patologies concretes. Els protocols i les guies de coordinació de l'atenció primària s'han de fer en cada nivell assistencial: atenció sociosanitària, hospital d'aguts, serveis socials, farmàcia, etcètera. Els protocols escrits es consideren una eina molt positiva que s'ha d'utilitzar i donar a conèixer.
- Quant a formació dels professionals, cal que els continguts vagin més dirigits al programa; cal augmentar el nombre de tallers pràctics i l'enfocament multidisciplinari; i cal aprofundir en aspectes relacionats amb la bioètica.
- En la implantació del programa s'ha de tenir en compte: adequar les plantilles segons el percentatge de majors de 64 anys en la població atesa, suport informàtic a les ABS, sistema de registre unificat i intercomunicació entre les zones pilot per tal de conèixer les experiències dels altres equips i el temps que es requereix per a la implantació.
- Pel que fa als indicadors d'avaluació, es proposa que un grup de treball analitzi els indicadors d'avaluació dels territoris pilot. Cal que els indicadors siguin clars i responguin a l'orientació del programa.

# Annex II

## Valoració geriàtrica bàsica (VGB)

### Valoració clínica

Exploració clínica mèdica i valoració d'infermeria que ha d'incloure:

- Antecedents familiars i personals.
- Diagnòstic actual i anteriors.
- Medicació.
- Al·lèrgies.
- Immunitzacions.
- Hàbits tòxics.
- Estat nutricional.
- Anamnesi per aparells i sistemes, incloent-hi els òrgans dels sentits.
- Exploració física.
- Presència d'alteracions relacionades amb l'edat (incontinència, restrenyiment, insomni, malnutrició, dificultats per mastegar).

### Valoració de la funció física per a les activitats de la vida diària

- Mobilitat, marxa i equilibri.
- Capacitat per desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària (necessàries per tenir cura de si mateix) i les instrumentals (necessàries per viure independentment en el medi), així com altres activitats més complexes com la vida social i de lleure.

### Valoració de la funció cognitiva i de l'estat d'ànim

- Funció cognitiva (memòria, orientació en el temps i l'espai, pensament abstracte, capacitat de judici, etcètera).
- Estat d'ànim (ansietat, depressió).

### Valoració social

- Situació d'autonomia del pacient per satisfer les seves necessitats bàsiques (autonomia física, psíquica i econòmica).
- Característiques de la família i de l'entorn (amics, veïns, etcètera) i relacions familiars i socials del pacient.
- Existència de suport per part de serveis públics o privats.
- Característiques de l'habitatge (condicions de l'habitatge, barreres arquitectòniques i altres elements de la llar que poden incrementar el grau de dependència).

## Annex III

### Instruments per a la valoració de les persones grans

Els instruments validats de valoració més utilitzats són, entre d'altres:

#### **Instruments per a la detecció de fragilitat**

Qüestionari de Barber

Test de Moore

Criteris OMS

#### **Instruments de valoració clínica**

L'índex de massa corporal, l'autotest d'iniciativa nutricional i el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) per avaluar l'estat nutricional; l'optotip d'Sneller per a la vista; i el test del xiuxiueig per a l'oïda.

#### **Instruments de valoració de la funció física**

VDB: índexs de Barthel, Katz.

AVDI: Lawton i Brodie.

Equilibri: *Timed up and go*, Tinetti, marxa tàndem i semitàndem.

#### **Instruments de valoració de la funció cognitiva i de l'estat d'ànim**

Estat cognitiu: Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer; miniexamen cognitiu de Folstein modificat per Lobo.

Estat d'ànim: escala de depressió geriàtrica de Yesavage; escala de Goldberg.

#### **Instruments de valoració social**

Escala OARS

Valoració social de Gijón

Apgar familiar

Escala de reajust social de Holmes i Rahe

#### **Instruments de valoració de la persona gran fràgil a domicili**

Es poden utilitzar tots els esmentats i, si és el cas, l'índex de Braden o Norton per a la valoració de les nafres i l'índex de Zarit per a la detecció precoç de la sobrecàrrega i claudicació dels cuidadors.

Índex de Zarit (es recomana passar-lo una vegada a l'any).