

PERSPECTIVA DE L'ENVELLIMENT DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Perspectiva de l'envelliment des de l'atenció primària

Montserrat Llort Bové
Ana M. Uréndez Ruiz

Resum

L'augment de l'esperança de vida ha portat a un envelliment de la població. Això fa que els recursos econòmics i sanitaris que s'han de destinar a la població més gran de seixanta-cinc anys hagin augmentat els darrers anys. Els canvis en l'estructura de la nostra societat i els canvis inherents al procés d'envelliment fan que ens vegem obligats a adaptar la nostra feina de l'atenció primària a una demanda creixent amb unes necessitats diferenciades de la resta de la població. El procés d'envelliment té unes característiques que fan que en moltes ocasions les malalties habituals es presentin de manera diferent, motes vegades d'una manera molt més encoberta, i que en moltes ocasions s'atribueixen de manera errònia al mateix procés d'envelliment. Es parla de grans síndromes geriàtriques per definir un conjunt de quadres originats per un seguit de malalties que tenen una gran prevalença entre la gent gran i que freqüentment són origen d'incapacitat funcional o social. Des de l'atenció primària s'ha intentat impulsar la cura de la gent gran, sobretot d'aquella que es troba en situació de dependència, amb el Programa d'atenció a l'ancià, que ens porta a fer una valoració integral d'aquells ancians que es troben en risc. El coneixement del pacient, el seu entorn i la seva família ens permet fer-ne una valoració integral biopsicosocial, alhora que ens permet reforçar el paper del cuidador, peça clau en la cura de l'ancià dependent. La coordinació entre els diferents àmbits assistencials és una peça clau per aconseguir un bon aprofitament dels recursos que tenim a la nostra disposició.

Resumen

El aumento de la esperanza de vida ha llevado a un envejecimiento de la población. Esto hace que se produzca un aumento de los recursos económicos y sanitarios que se destinan a la población mayor de sesenta y cinco años en los últimos años. Los cambios en la estructura de nuestra sociedad y los cambios inherentes al proceso de envejecimiento hacen que nos veamos obligados a adaptar nuestro trabajo desde la atención primaria a una demanda creciente con unas necesidades diferenciadas de las del resto de la población. El proceso de envejecimiento tiene unas características que hacen que en muchas ocasiones las enfermedades habituales se presenten de manera diferente, muchas veces de forma encubierta, y que en muchas ocasiones se atribuyen de forma errónea al propio proceso de envejecimiento. Se habla de grandes síndromes geriátricos para definir un conjunto de cuadros originados por una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia entre las personas mayores y que son frecuentemente el origen de incapacidad funcional o social. Desde la atención primaria se ha intentado impulsar el cuidado de nuestros ancianos, especialmente de aquellos que se encuentran en situación de dependencia, con el Programa de atención al anciano, que nos lleva a hacer una valoración integral de todos aquellos ancianos en situación de riesgo. El conocimiento del paciente, su entorno y su familia nos permite hacer una valoración biopsicosocial y nos permite también reforzar

el papel del cuidador, pieza clave en la atención al anciano dependiente. La coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales es vital para conseguir un buen aprovechamiento de los recursos que tenemos a nuestra disposición.

Demografia i epidemiologia

Definir la vellesa no és fàcil. Generalment fem els seixanta-cinc anys com a edat de referència, d'acord amb l'edat de jubilació. Són les persones més grans de vuitanta anys, però, les que presenten una prevalença més gran d'incapacitat funcional i de dependència i, per tant, generen una sobrecàrrega econòmica important en els sistemes socials i sanitaris del nostre país.

En els darrers anys la població espanyola, i òbviament la de les nostres illes, ha sofert un envelliment progressiu de la població. L'augment de l'esperança de vida i la disminució de la fecunditat han suposat un augment del nombre de persones de més de seixanta-cinc anys. Els moviments migratoris, amb l'arribada de gent en edat laboral, han permès compensar parcialment aquest envelliment. Aquests canvis han portat, per primera vegada a Espanya, a una inversió de la piràmide: el volum de població més gran de seixanta-cinc anys és més important que el grup de persones de zero a catorze anys. El nombre de persones més grans de vuitanta anys també ha augmentat i ho farà de manera progressiva en els propers anys. La població més gran de seixanta-cinc anys va arribar l'1 de gener de 2009 als 7.782.904 individus, la qual cosa suposa el 16,7% del total de la població espanyola. A les Balears, segons el Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut, el 14% de la població adscrita a la targeta sanitària era més gran de seixanta-cinc anys.

L'índex d'envelliment (> 65 anys / < 20 anys) total a les Illes Balears era de 69,1% el 2008 i de 69,6% el 2009. L'índex de sobreenvelliment (< 85 / > 65 anys) era del 15,5% el 2008 i del 15,3% el 2009. Aquesta variació en l'estructura de la població té clares repercussions en l'atenció primària, porta d'entrada al sistema sanitari i sobre la qual recau el major pes de l'assistència sanitària.

Segons l'enquesta del CES (Consell Econòmic i Social) 2009, l'esperança de vida del 2008 a les Illes Balears era de 84,3 anys per a les dones i 78,5 per als homes. Les causes de mortalitat en homes eren en primer lloc els tumors, seguits de les malalties del sistema circulatori, mentre que en les dones és a la inversa, les malalties del sistema circulatori en primer lloc seguides dels tumors.

L'augment en l'esperança de vida comporta també un augment en la dependència. Les persones grans són en bona part actives i sanes, es cuiden per ser dependents i autònomes

i volen mantenir la seva independència, però l'augment de la longevitat i de les malalties degeneratives condueix inevitablement a un augment de les taxes de dependència. Segons dades obtingudes de la Gerència d'Atenció Primària, les dades de freqüentació de les nostres consultes són, de mitjana, entre set i vuit visites per any i persona, tant de les consultes d'infermeria com de les de medicina. El Programa d'atenció domiciliària va assolir l'any 2010 una cobertura del 6,13% a Mallorca.

Canvis socials

En els darrers anys la nostra estructura social ha sofert un seguit de canvis que afecten directament les estructures familiars i el suport de la gent gran:

- Els canvis en l'estructura familiar, la desaparició en moltes ocasions del nucli familiar tradicional i l'aparició de nous tipus de famílies: famílies monoparentals, famílies multigeneracionals en les quals els cuidadors dels «molt ancians» també són ancians. També hi ha un augment progressiu de les famílies nuclears en les quals els avis i els néts no conviuen junts. Amb l'augment de l'esperança de vida també creix el nombre d'ancians que viuen sols.
- La incorporació de la dona a la vida laboral, que ha comportat la desaparició de la figura de la dona com a cuidadora tradicional. Això condueix a la necessitat d'haver de disposar d'altres recursos externs a la família: cuidadors externs, residències, centres de dia. Aquesta necessitat anirà augmentant a mesura que augmenti el nombre d'ancians.
- Les dones tenen una esperança de vida més llarga. Això produeix una feminització de l'envelliment.

Canvis inherents al procés d'envelliment

El procés d'envelliment duu inherent un seguit de canvis que incideixen en l'estat de la salut:

- Pobresa relativa per disminució de l'entrada de recursos econòmics. Hi ha un informe del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005), del Regne Unit, que conclou que entre els cinquanta i els seixanta-quatre anys els nivells de salut i els determinants socials empitjoren significativament, i això condiciona la salut en edats posteriors.
- Problemes de condicionament de l'habitatge i l'entorn pel que fa a les capacitats físiques dels ancians.

- Canvis en l'estat marital. En aquest sentit, i com ja hem dit, les dones tenen una esperança de vida més alta.
- Canvis en l'actitud de la societat cap al ancians: tradicionalment l'ancià en les societats antigues era el savi. En la societat actual, moltes vegades, hi ha una estereotipació negativa sistemàtica i una discriminació de les persones per la seva edat.
- Les persones més grans de vuitanta anys tenen una percepció més intensa de sensació de soledat, un major grau d'incapacitat funcional, però contràriament al que semblaria no tenen una percepció de depressió, d'ansietat ni de dolor més elevada.

Funcions de l'atenció primària

Des de l'atenció primària ens trobem en una situació privilegiada que ens permet fer una valoració biopsicosocial i emprendre mesures de caràcter preventiu a fi d'aconseguir un envelliment al més saludable possible. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'envelliment actiu és el procés d'optimització de totes les oportunitats de benestar físic, social i mental durant tota la vida amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable i la qualitat de vida durant la vellesa. Mantenir l'autonomia és el principal objectiu. La valoració funcional es considera prioritària perquè és un dels millors indicadors de l'estat de salut, un bon predictor de morbiditat i del consum de recursos assistencials.

- La promoció d'hàbits d'estil de vida saludable és un dels nostres objectius principals perquè les persones grans aconseguixin una millora de l'estat de salut.

Decàleg preventiu per promocionar un envelliment actiu en l'atenció primària (Grupo de Trabajo de Atención Primaria al Mayor, de la SEMFYC, 2010):

- 1.1 Mengi poc però mengi bé.
- 1.2 Eviti el tabac i el contacte amb altres tòxics.
- 1.3 Dugui a terme una activitat física moderada.
- 1.4 Tingui cura de la seva salut (vigili els factors de risc cardiovascular, protegeixi's de les caigudes).
- 1.5 Eviti la soledat.
- 1.6 No deixi de llegir.
- 1.7 Mantingui's informat del que passa al seu voltant.
- 1.8 Intenti divertir-se, millor si és en companyia.
- 1.9 Programi la seva jubilació. Ocupi el seu temps lliure.
- 1.10 Mai és tard per començar, i menys per aprendre.

- Es fa un seguiment de la patologia crònica o aguda per tal de disminuir-ne la cronificació o la reagudització.
- S'intenta evitar la iatrogènesi i fer un ús racional del medicament.
- S'impulsa una bona valoració que permeti fer una detecció i intervenció precoç de la incapacitat i afavorir la recuperació precoç de les funcions per tal de retardar la dependència.
- L'atenció primària constitueix la porta d'entrada al sistema sanitari. Des d'aquest àmbit s'ha de fer una derivació a l'atenció hospitalària i alhora també s'ha de dur a terme la tasca de coordinació entre les diferents especialitats.
- Es pretén evitar la pèrdua de capacitat funcional a curt i llarg termini.
- Es promouen mesures per aconseguir una mort digna al domicili amb les cures pal·liatives, quan les circumstàncies ho afavoreixin.

Les tasques a desenvolupar dins l'atenció primària s'agrupen segons les característiques de l'ancià:

Ancià sà: aquell que no presenta cap malaltia crònica ni incapacitat, i per al qual, per tant, la tasca principal és la promoció d'hàbits d'estil de vida saludable i la realització d'activitats preventives.

Ancià malalt: que pot estar afectat d'una malaltia crònica o aguda i que no necessàriament sempre és un ancià de risc. Òbviament l'atenció a la seva patologia (tant crònica com aguda) forma part de les funcions essencials de l'atenció primària.

Definiríem un ancià en situació de risc (criteris de l'OMS 1987) com aquell que presenta una o més de les següents característiques: té més de vuitanta-cinc anys, pateix una patologia crònica invalidant física o psíquica, viu sol, té problemes socials amb incidència en la salut, ha estat hospitalitzat recentment en els darrers tres mesos, segueix una polimediació, ha perdut la parella recentment.

La presència d'ancians en situació de risc s'ha de considerar com una situació d'alt risc que pot determinar l'aparició de dependència, la institucionalització o la mort de l'ancià. Des de l'atenció primària s'ha de poder de fer una detecció precoç per tal d'oferir les eines adequades que ens permetin minimitzar les situacions de dependència i de pèrdua de funcionalitat.

Problemes de salut en l'ancià

Segons l'*Enquesta geriàtrica XXI* (Lázaro del Nogal 2000) les patologies més freqüents a les nostres consultes d'atenció primària serien les següents:

1. Àlgies no reumàtiques i reumatismes
2. Alteració dels òrgans dels sentits
3. Insomni
4. Hipertensió arterial
5. Trastorns de la pell
6. Estrenyiment
7. Infecció respiratòria
8. Infecció urinària
9. Mareig/vertigen
10. Patologia vascular

Un elevat nombre de malalties es presenten en l'ancià d'una manera diferent de com ho fan en l'adult. Moltes vegades ell mateix les interpreta, resta importància a la seva simptomatologia o les identifica com a canvis associats al mateix procés d'envelliment. La presència de deteriorament cognitiu associat o, fins i tot, els canvis fisiològics associats a l'envelliment poden dur a una interpretació incorrecta de la simptomatologia que l'ancià presenta. En moltes ocasions la malaltia no es presenta d'una manera tan clara com en el pacient jove i hi manquen alguns dels símptomes cardinals, o si ho fan, és d'una manera més suau: confusió, incontinència, cansament, apatia, manca d'autoestima, dispnea, caigudes freqüents o anorèxia.

Un altre fenomen que cal tenir en compte és l'anomenat *fenomen de la cascada*. És un fenomen que apareix quan el pacient té símptomes i efectes mal diagnosticats i mal tractats. Ens trobem davant d'un pacient que té les seves reserves funcionals disminuïdes. Sol ser un malalt polimedicat. L'efecte advers d'un fàrmac no es reconeix com a tal i és tractat amb un altre fàrmac, i així ens endinsem en una cascada d'efectes amb un resultat final no desitjat.

Grans síndromes geriàtriques

Es parla de grans síndromes geriàtriques per definir un conjunt de quadres originats per un seguit de malalties que tenen una gran prevalença entre la gent gran i que són freqüentment l'origen de la incapacitat funcional o social.

1. Demències

Les demències constitueixen un problema sociosanitari de gran impacte. Constitueixen una síndrome pluripatològica que es caracteritza per un deteriorament global de les funcions

cognitives. Té una prevalença del 5-10% i augmenta amb l'edat (1-2% entre 65-70 anys i més del 30% en majors de 85 anys). És d'esperar que, a causa de l'augment de l'esperança de vida, es produeixi un augment de la incidència d'aquests tipus de patologies i, per tant, un augment de les necessitats i dels recursos destinats a aquests tipus de patologies. La demència del tipus Alzheimer és la més freqüent. No es recomana, però, el cribratge de la demència en subjectes asimptomàtics. És importat dins l'atenció primària intentar adoptar mesures per fer disminuir i detectar precoçment aquests tipus de patologies. La sospita diagnòstica, la detecció precoç i la informació a la família són funcions clau dins l'atenció primària. No existeix en aquests moments un tractament curatiu que hagi demostrat clarament l'eficàcia, excepte en algun cas de demència secundària. El tractament no farmacològic constitueix una part important del tractament. L'estimulació del pacient és important per tal d'intentar mantenir, en la mesura que es pugui, les seves capacitats funcionals. El suport a la família per part de l'equip d'atenció primària és una peça clau tant per al pacient com per als cuidadors. Tenir cura del cuidador és un aspecte clau, especialment quan parlem de pacients afectes d'aquests tipus de patologies.

2. Incontinència urinària

La incontinència urinària és la pèrdua involuntària d'orina i constitueix un problema social i higiènic. Afecta un 10-15% de la població més gran de seixanta-cinc anys i pot arribar a afectar un 30-40% de les persones més grans de setanta-cinc anys. Aquesta prevalença és molt variable i probablement un dels motius n'és la infradiagnosi del problema. El Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) recomana l'interrogatori sobre aquesta qüestió en persones més grans de setanta-cinc anys. L'efectivitat del tractament es basa en una detecció precoç i en una correcta classificació del tipus d'incontinència que presenta el pacient. Novament aquí el tractament no farmacològic és essencial. L'estigmatització social de la incontinència fa que el suport familiar sigui clau. Actualment hi ha tractaments funcionals que són molt útils, especialment si els comencem a aplicar en fases inicials. És important tenir present aquesta situació a l'hora de la prescripció de fàrmacs que poden empitjorar aquesta patologia. Un exemple clàssic seria l'ús de diürètics en gent amb incontinència, fàrmac de primera elecció en patologies de gran prevalença en ancians, com ara la hipertensió.

3. Caigudes

Les caigudes són un problema de salut pública important. La prevalença de caigudes constitueix un 30% en les persones més grans de seixanta-cinc anys. Són més freqüents en persones més grans de seixanta-cinc anys, en ancians fràgils i en els que viuen fora del seu entorn. Les caigudes estan associades a un deteriorament en l'estat de salut, un augment de l'ús de serveis hospitalaris, un augment de l'hospitalització i un augment de la mortalitat i tenen conseqüències mèdiques, socials, psicològiques i econòmiques. Poden constituir també el primer senyal d'una malaltia.

Les causes de les caigudes són múltiples però les podem dividir en dos grans grups: les associades al mateix pacient i les relacionades amb el seu entorn.

L'alteració en la marxa, l'alteració de l'equilibri, les alteracions visuals, l'ús de determinades medicacions i l'existència d'obstacles en el seu entorn són els factors que més hi influeixen.

Les visites periòdiques al domicili dels pacients que tenen problemes de mobilitat permeten fer una avaluació del seu entorn per tal d'aconsejar modificacions en l'habitatge que permetin disminuir-hi el nombre d'obstacles i les barreres arquitectòniques.

Des de l'atenció primària es recomana preguntar a les persones més grans de setanta-cinc anys si han caigut el darrer any o si tenen por de caure. És important conèixer quin és l'estat de deambulació i l'equilibri del pacient. A l'atenció primària tenim alguns tests per a això, un dels més coneguts dels quals és el *Get up and go*. Cal que a tot pacient que ha caigut una o més vegades, tant si viu institucionalitzat com si cau per una malaltia aguda, li fem una reavaluació de manera periòdica i cerquem factors de risc que puguem modificar.

4. Estat confusional agut

L'estat confusional agut és la manifestació d'una alteració orgànica cerebral global. L'inici és sobtat i hi ha canvis en l'estat mental i en la conducta, en l'atenció i en els processos cognitius. Generalment és secundari a un problema mèdic agut. Ha de considerar-se com una urgència mèdica i, per tant, derivar el pacient al servei especialitzat en cas necessari. Generalment, és un procés reversible i, si no el tractem, pot donar lloc a un deteriorament cognitiu establert, la incapacitat o la mort del pacient. L'antecedent de demència no és un motiu per obviar l'estudi del pacient, ja que si millorem la malaltia intercurrent que pateix el pacient, podem millorar la seva situació funcional i, per això, és important fer una detecció precoç de l'estat. D'entre totes les actuacions preventives, l'ús racional del medicament és de vital importància. Els equips d'atenció primària han d'insistir en la revisió de la medicació que pren el malalt intentant evitar sobre-dosificacions i errors en les prescripcions.

5. Malnutrició

En els països desenvolupats el sector de població que pateix més de desnutrició són els vells. Segons diferents enquestes, més del 25% de la gent gran no institucionalitzada té una ingesta inferior a la recomanada i entre les persones ingressades un 65% té una malnutrició proteicoenergètica. La relació entre la malnutrició i la mortalitat segueix una corba en forma d'U. La menor mortalitat en gent gran es troba en aquelles persones que estan en sobrepès lleuger. En l'atenció primària és important fer una valoració exhaustiva

a través de l'entrevista clínica i l'exploració física. Hi ha diversos qüestionaris que ens poden ajudar en aquest procés d'avaluació. Prevenir la malnutrició en els ancians ha de ser un dels nostres objectius en les nostres consultes. En aquest sentit el paper de la infermeria és fonamental, mitjançant l'assessorament, tant del mateix pacient com dels cuidadors en el cas d'ancians dependents.

Cal fer una quantificació del grau de malnutrició, establir-ne el tipus i fer el càlcul de les necessitats calòriques. En cas de que sigui necessari es poden instaurar suplementes nutricionals i, fins i tot en els casos extrems, nutrició entèrica.

6. Alteracions visuals

L'envelliment de la nostra població fa que hi hagi un augment de la patologia visual. Les malalties més freqüentment detectades són la degeneració macular associada a l'edat, el glaucoma, la cataracta i la retinopatia diabètica. El deteriorament visual afecta l'ancià en la seva qualitat de vida i repercuteix en les seves capacitats físiques (s'associa a un augment de la mortalitat i de les caigudes), psicològiques i socials, per una clara repercussió en les activitats quotidianes i un increment de la tendència a l'aïllament. L'objectiu principal seria evitar o retardar l'aparició del deteriorament visual i la ceguera. Es desconeixen activitats de prevenció primària i, com a principal eina de prevenció secundària, tenim el diagnòstic precoç i intentar fer un tractament adient. El Programa d'activitats preventives de l'adult recomana que a les persones més grans de seixanta-cinc anys se'ls faci un examen oftalmològic complet amb periodicitat anual, sobretot en casos de diabetis mellitus, pressió intraocular elevada o antecedents familiars de glaucoma.

7. Alteracions auditives. Hipoacúsia

La hipoacúsia és un problema freqüent en la gent gran. Té conseqüències físiques, mentals i funcionals que poden portar a l'aïllament, la depressió o la dependència. Mentre que la freqüència de la hipoacúsia en la població general és d'un 10%, en la població de més de seixanta-cinc anys arriba al 40%. Només el 10-30% d'aquestes persones disposen de pròtesi auditiva.

Sol ser un problema infradiagnosticat perquè la gent considera aquesta pèrdua auditiva com a pròpia de l'edat i es creu que no cal fer un tractament, i també perquè el problema se sol presentar de manera progressiva i en fases inicials no s'evidencia clarament. Moltes vegades són els familiars els que detecten el problema quan veuen que l'ancià no segueix les converses o puja el volum de la ràdio o el televisor. La presbiacúsia, causada per l'envelliment global de l'aparell auditiu, és la causa més freqüent d'hipoacúsia en les persones més grans de seixanta-cinc anys. Altres causes freqüents serien els taps de cera i epidèrmics i el trauma acústic, que s'associa moltes vegades amb la presbiacúsia.

Des de l'atenció primària hauríem de demanar expressament dades sobre aquest dèficit. Una exploració que inclogui una otoscòpia ens permet detectar els taps de cera. En els casos de presbiacúcia, l'única ajuda seria l'ús d'un audiòfon. Amb l'ús de l'audiòfon millora més l'estat de les persones que tenen una pèrdua moderada d'audició i no millora tant el de les que tenen una pèrdua greu.

Caldria recomanar l'ús de protectors auditius en els casos que es consideri necessari per tal d'evitar els traumes acústics.

8. Polifarmàcia

Actualment la major part de la despesa farmacèutica es concentra en els majors de seixanta anys. A les Illes Balears, durant l'any 2010 la despesa en farmàcia d'aquest grup d'edat va suposar el 57,02% de tota la despesa, i el 57,22% si parlem només de l'àrea Mallorca, segons dades obtingudes de la Gerència d'Atenció Primària.

La polifarmàcia (definida per l'ús de quatre fàrmacs o més) és freqüent en les persones més grans de seixanta-cinc anys, ja que és en aquesta franja d'edat que es concentren més patologies.

Amb l'envelliment es produeixen un seguit de canvis farmacocinètics i farmacodinàmics que fan que variï la resposta de l'organisme al fàrmac. Els canvis farmacocinètics estan relacionats amb una disminució de la depuració renal i una disminució del volum de distribució. Els canvis farmacodinàmics afecten la sensibilitat dels receptors al fàrmac, modifiquen la resposta de l'organisme al fàrmac i augmenten la probabilitat que la persona pateixi efectes secundaris. Hi ha una tendència a no tenir una consideració especial d'aquest grup i a utilitzar les mateixes dosis que en adults. Es calcula que el 20% dels ingressos hospitalaris estan relacionats amb reaccions adverses a fàrmacs.

L'automedicació també és un problema freqüent entre aquest grup de població. En un estudi fet entre les persones adscrites a una àrea de Sabadell es va trobar una freqüència d'automedicació del 31,2%. També s'ha de tenir en compte l'autoprescripció de medicaments d'herbolari i homeopatia, sobre els quals es té la creença generalitzada que sempre són innocus.

La polifarmàcia i l'automedicació afavoreixen l'aparició de reaccions adverses, interaccions farmacològiques i control inadequat de les malalties cròniques de base.

Des de fa temps es parla del concepte de *mediació inadequada o inapropiada en l'ancià* que engloba tant els fàrmacs o categories de fàrmacs que hauríem d'evitar, com les dosis o la durada inadequades. Els criteris de Beers ofereixen una llista de fàrmacs d'ús no adequat, independentment del diagnòstic i un altre llistat amb el diagnòstic associat. En

aquest sentit cal destacar l'ús de sedants i anticolinèrgics, que afecten la funció cognitiva i augmenten el risc de caigudes.

S'han publicat un seguit de recomanacions per a la prescripció en pacients ancians (*Guia d'actuació en atenció primària*, SEMFYC):

- Considerar en primer lloc les alternatives no farmacològiques.
- Procurar no tractar símptomes, sinó malalties.
- Abans d'afegir un fàrmac assegurar-nos que no estem tractant l'efecte secundari d'un altre fàrmac.
- Iniciar els tractaments amb la menor dosi possible i anar-la augmentant progressivament.
- Simplificar tant com es pugui el règim terapèutic.
- Revisar periòdicament el tractament i suspendre el fàrmac innecessaris.
- Ajustar dosis, evitar els de vida mitjana-llarga o els que s'acumulen i procurar donar el mínim nombre possible de fàrmacs.
- Avaluar regularment el compliment terapèutic.
- Donar instruccions clares i per escrit.
- Conèixer el perfil d'efectes secundaris dels fàrmacs que es prescriuen.
- Evitar fàrmacs d'ús inapropiat i els de comercialització recent, ja que el perfil d'efectes secundaris és poc conegut.
- Comunicar les sospites de reaccions adverses.

9. Úlceres per pressió

Les úlceres per pressió (UPP) són lesions d'origen isquèmic localitzades a la pell i als teixits subjacents, produïdes per una pressió prolongada o una fricció entre una superfície externa i un pla ossi o cartilaginós.

Aquestes lesions són un problema de salut important, tant per l'alta incidència i prevalença amb què es produeixen com per les repercussions que tenen. Segons l'Estudi nacional de

prevalença d'UPP fet el 2005 pel Grup Nacional per a l'Estudi i l'Assessorament en Úlceres per Pressió i Ferides Cròniques (GNEAUPP), la prevalença mitjana en l'atenció primària és del 9,11% entre els pacients que reben atenció domiciliària, als hospitals és del 8,9% i en l'assistència sociosanitària del 10,9%.

Les úlceres per pressió són sobretot un motiu de patiment per al pacient i per als familiars que en tenen cura. Els pacients tenen dolor, perden autonomia i pateixen incomoditat, por, ansietat i limitacions en les seves possibilitats de relació social, a causa de la dificultat per moure's. A més, les úlceres per pressió retarden el procés de recuperació i els pacients que en pateixen han d'afrontar el risc d'infecció i sèpsia que l'úlceres representa.

Cuidar un pacient amb úlceres per pressió provoca desgast i cansament. És normal que els familiars i els cuidadors principals sentin tristesa, preocupació, soledat, irritabilitat i culpabilitat. Aquestes emocions unides a l'esgotament poden provocar el cansament en l'acompliment del rol de cuidador.

Les úlceres per pressió també suposen un problema important per al sistema sanitari: prolonguen l'estada dels pacients als hospitals, incrementen el cost dels processos i donen una imatge institucional negativa, ja que es poden atribuir al dèficit en la qualitat assistencial (el 95% de les úlceres són evitables). De fet, la prevalença i la incidència de les úlceres per pressió són els indicadors més representatius de la qualitat de les cures d'infermeria.

Afortunadament cada vegada hi ha més sensibilització d'usuaris, gestors i professionals clínics sobre la importància i la possibilitat d'evitar aquest problema. Un bon exemple d'això és la inclusió de les úlceres per pressió en el Pla de qualitat per al sistema nacional de salut com a efecte no volgut de l'assistència sanitària.

Les persones que tenen més risc de patir úlceres per pressió són:

- persones grans amb malalties cròniques;
- pacients enllitats o immobilitzats en cadires;
- pacients amb alteracions de la sensibilitat i que no perceben el dolor isquèmic;
- pacients que no són capaços de mantenir una postura adequada;
- pacients que ja pateixen alguna úlceres per pressió.

Els canvis posturals són imprescindibles, tant en la prevenció com en el tractament de les úlceres per pressió. La freqüència i la manera de fer-los es resumeixen en les recomanacions generals, tant per a les situacions d'enllitament i sedestació com per a cada tipus de postura:

Recomanacions generals:

- Fer canvis posturals cada dues o tres hores, seguint una rotació determinada.
- La necessitat de canvis posturals s'ha d'avaluar regularment.
- Cal fer els canvis posturals encara que el pacient dugui superfícies especials per al maneig de la pressió.
- Cal fer sovint canvis posturals a tots els pacients amb úlceres per pressió, fins i tot a tots els que estan enllitats o asseguts.
- La freqüència dels canvis ha d'estar determinada per les necessitats dels pacients i s'ha de registrar.
- Els pacients de més pes necessiten més recol·locacions.
- Cal evitar col·locar el pacient directament sobre les prominències òssies i sobre les úlceres.

10. Maltractament en l'ancià

La consideració d'aquest problema és molt recent. El 1995, a Espanya, es va fer la Primera Conferència Nacional de Consens sobre l'Ancià Maltractat, de la qual va néixer la Declaració d'Almeria que defineix el maltractament com «tot acte o omisió sofert per una persona de seixanta-cinc anys o més que vulnera la integritat física, psíquica, sexual i econòmica, el principi d'autonomia o un dret fonamental de l'individu; que és percebut per aquest o constatat objectivament, amb independència de la intencionalitat i el lloc on tingui lloc».

Les conclusions que es van extreure són les següents :

- La prevalença del maltractament de l'ancià és desconeguda.
- El maltractament de l'ancià té lloc en totes les classes socials, independentment del nivell socioeconòmic i pot tenir lloc tant en institucions públiques com al domicili, però els mateixos familiars i cuidadors del malalt s'hi troben implicats amb més freqüència .
- El maltractament pot ser tant físic, com econòmic o sexual. Sovint un mateix ancià pot estar sotmès a més d'un tipus de maltractament.
- Determinats factors de risc fan augmentar la probabilitat que l'ancià pateixi maltractament.
- El desconeixement o la negació del problema dificulta prevenir-lo i intervenir-hi.
- No disposem d'una legislació específica de protecció dels ancians contra el maltractament, però cal notificar els casos de sospita.
- Tots els professionals relacionats amb els ancians han d'estar alerta davant de signes de sospita de maltractament. En cas d'ancians mentalment incapacitats cal tenir una cura i protecció especial.
- Cal que la mateixa gent gran conegui el problema existent i els recursos que hi ha per tal de poder evitar reincidències.
- Cal que hi hagi fons destinats a la investigació del maltractament.
- Només amb una millor informació sobre la freqüència del problema hi podrem fer front.

Les manifestacions clíniques són les de síndromes relativament freqüents en els ancians malats (malnutrició, deshidratació, depressió...). Això fa que ens vegem obligats a tenir un elevat nivell de sospita. En l'atenció primària ens trobem en un lloc privilegiat per detectar el problema. El coneixement del domicili, la família, l'entorn i els cuidadors són elements clau per detectar-lo.

Programa de l'ancià

L'any 1960 la població espanyola de més de seixanta-cinc anys constituïa el 8,2% de la població total; el 1991, el 13,7%, l'any 2000, el 15% i s'estima que l'any 2026 la proporció haurà augmentat fins al 21,2%. El progressiu envelliment de la població i l'augment de les necessitats va fer que l'any 2000 es posés en marxa el Programa de l'ancià.

Una de les conseqüències d'aquest envelliment és l'augment de les taxes de dependència. Hi ha diverses enquestes que ens mostren que els ancians consulten el metge tres vegades més de mitjana que la població general i aquesta proporció augmentarà.

Per tal de poder donar una resposta efectiva i eficient a aquest augment de la demanda de serveis de salut, s'ha de fer un abordatge biopsicosocial del problema. D'aquesta manera es podrà donar una atenció integral a l'ancià i, a més, millorar la coordinació entre l'atenció sanitària i els serveis socials.

La població diana d'aquest programa està constituïda per les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca i que, quan el Programa es va posar en marxa, representaven unes 46.929 persones.

L'objectiu general del Programa de l'ancià és millorar l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca.

Els objectius específics del Programa són:

- Augmentar la captació del programa d'ancians de risc.
- Augmentar la proporció d'ancians amb estil de vida saludable.
- Reduir les situacions que fan augmentar el risc de malaltia, les complicacions i les seqüeles de les malalties agudes i cròniques de l'ancià.
- Disminuir la incidència d'accidents i caigudes de l'ancià.
- Reduir la incidència de malalties que es poden evitar amb la vacunació (tètanus i grip fonamentalment).
- Disminuir la proporció d'ancians amb incapacitat funcional, mental o social secundària a malalties cròniques.

- Disminuir la proporció d'hospitalitzacions i reingressos innecessaris d'ancians.
- Disminuir els efectes iatrogènics derivats de l'ús no adequat de la prescripció incorrecta de medicaments en ancians.
- Augmentar la proporció d'ancians de rebre atenció continuada en els centres d'atenció primària, i el nombre de cuidadors informals.
- Reduir les claudicacions de les persones que comparteixen la llar amb un o més familiars ancians.
- Contribuir a reduir el nombre d'ancians institucionalitzats que incompleixen els criteris d'institucionalització.

Els nostres esforços estan dirigits especialment als ancians de risc, que són els que reuneixen algun dels criteris del qüestionari de Barber (annex I).

La captació pot ser duta a terme per qualsevol membre de l'equip d'atenció primària, sia el metge, la infermera o l'assistent social.

- El criteri d'inclusió és tenir setanta-cinc anys o més.
- Els criteris d'exclusió són: canvi de domicili, desplaçament temporal i que el mateix pacient rebutgi ser inclòs al Programa.

Un cop recollida tota la informació necessària, classificarem la persona en una de les categories següents:

Ancià sa: el que té unes característiques funcionals, mentals i socials que concorden amb les pròpies de la seva edat cronològica.

Ancià malalt (no de risc): aquell que té algun trastorn o malaltia aguda o crònica, de determinada gravetat, però habitualment no invalidant o incapacitant.

Ancià d'alt risc o fràgil: el que reuneix un o més criteris del qüestionari de Barber.

Pacient geriàtric: pacient de setanta-cinc anys o més que pateix diverses malalties, la principal de les quals és incapacitant, amb algun trastorn mental o problemes socials derivats del seu estat de salut.

Valoració geriàtrica integral

A tots els ancians de setanta-cinc anys o més se'ls fa un registre en la història clínica, almenys cada dos anys, d'un seguit d'informació: incontinència urinària, dificultats per a la mobilització, antecedents de caigudes i possibles causes, consum de fàrmacs,

dosis i automedicació, agudesa visual i auditiva, ingressos hospitalaris, suport familiar i socio sanitari.

Se'ls fa una exploració física que, a més de l'exploració habitual, inclogui l'exploració del canal auditiu per tal de detectar taps de cera i de la cavitat oral per tal de veure si hi ha problemes de masticació.

És important fer un bon assessorament sobre alimentació, exercici físic, ús adequat dels medicaments, prevenció d'accidents domèstics i higiene personal.

A l'ancià de no risc cal fer-li una exploració de salut cada dos anys, independentment que tingui o no una malaltia crònica. En cas que pensem que està en una situació de risc, passarem a fer-ne una valoració integral.

La valoració geriàtrica integral té una perspectiva multidisciplinària:

- valoració clínica
- valoració d'infermeria
- valoració funcional i mental
- valoració social

1. Valoració clínica

Es tracta que el metge faci una valoració per confirmar les malalties conegudes que té l'ancià i diagnosticar les desconegudes que no s'han detectat encara en el moment de captar-lo i incloure'l al Programa. Bàsicament la valoració consisteix a elaborar una història clínica completa, que ha d'estar orientada als problemes de salut més freqüents dels ancians.

2. Valoració d'infermeria

Es tracta de valorar catorze necessitats i recollir totes les dades necessàries per a cada necessitat.

- 2.1. Necessitat de respirar
- 2.2. Necessitat de menjar i beure
- 2.3. Necessitat d'eliminació
- 2.4. Necessita de moure's i mantenir la postura corporal adequada
- 2.5. Necessitat de dormir i descansar
- 2.6. Necessitat de vestir-se i desvestir-se
- 2.7. Necessitat de conservar la temperatura corporal

- 2.8. Necessitat de mantenir la higiene i protegir la pell
- 2.9. Necessitat d'evitar perills
- 2.10. Necessitat de comunicar-se
- 2.11. Necessitat de viure segons certs valors o creences
- 2.12. Necessitat d'ocupar-se de la realització personal
- 2.13. Necessitat de participar en activitats recreatives
- 2.14. Necessitat d'aprendre

Pel que fa als ancians amb problemes de mobilitat, també cal remarcar la importància de fer una bona valoració del risc que desenvolupin úlceres per pressió, la qual cosa es fa través de l'escala de Braden (annex 4).

3. Valoració funcional i mental

La valoració funcional es fa a través dels tests per valorar les activitats de la vida diària:

- L'índex de Barthel, que mesura la capacitat de tenir cura de si mateix (annex 3).
- L'índex Lawton i Brody, sobre activitats instrumentals (annex 2), que mesura el grau d'independència per a la realització de les activitats de la vida diària.

La valoració de l'estat mental es dirigeix a detectar precoçment els problemes i les malalties mentals de més prevalença en l'ancià, el deteriorament cognitiu (demències o estats confusionals) i la depressió.

Aquesta valoració pot ser duta a terme tant pel personal d'infermeria com pel personal mèdic.

- Per valorar la funció cognitiva, fem servir els qüestionaris abreviats de l'estat mental o prova de Pfeiffer i els criteris de demència DSM-IV quan calgui.
- Per avaluar la funció afectiva fem servir l'escala de la depressió geriàtrica de Yesavage.

4. Valoració social

És molt important conèixer les circumstàncies socials de l'ancià, ja que influeixen de manera directa en els seus problemes de salut. En el nostre cas la valoració de l'entorn social dels ancians inclosos al Programa és duta a terme pel personal d'infermeria. Als centres de salut disposem d'una treballadora social de referència que s'encarrega de tramitar i coordinar amb les altres institucions la dotació de les prestacions socials que siguin necessàries.

Cal fer una valoració que, com a mínim, inclogui els aspectes següents:

- Xarxa de suport familiar i social
- Situació econòmica i de l'habitatge
- Canvis de domicili
- Utilització del temps lliure

Pla d'actuació

Un cop realitzada la valoració, l'equip multidisciplinari elaborarà el pla d'actuació, que ha d'incloure el tractament mèdic, el pla de cures d'infermeria i el pla d'intervenció social.

Aquest pla ha de ser dinàmic i canviar en funció de si canvia la situació de l'ancià (tant pel que fa a canvis clínics com socials). En el cas que l'ancià no es pugui desplaçar al centre de salut, es farà una atenció domiciliària.

El pla de cures d'infermeria ha d'incloure, quan sigui necessari, activitats d'educació per a la salut destinades sobretot a explicar a l'ancià i a la seva família els canvis que es produeixen en aquesta etapa de la vida, ajudant-lo a adaptar-se a la nova situació i proporcionar-li les eines necessàries per augmentar, mantenir o recuperar la seva autonomia.

Un dels objectius del Programa de l'ancià és donar suport i assessorament a la família amb quatre objectius clau:

- Transmetre als cuidadors principals els coneixements i l'experiència suficients per tenir cura dels ancians.
- Orientar i informar la família sobre serveis d'ajuda a domicili, prestacions específiques, etc.
- Fomentar l'acceptació familiar de la situació i capacitar les persones de l'entorn per fer front a les dificultats que puguin sorgir.
- Donar suport emocional als cuidadors.

Críteris per valorar el cuidador de l'ancià:

Com ja hem dit abans, l'augment de la taxa de dependència fa que s'hagi de fer un apartat especial per parlar dels cuidadors. Cal fer-ne una valoració a part i acurada, concretament dels aspectes següents:

- L'estat físic: existència de malalties agudes i cròniques, la capacitat per tenir cura de si mateix i el grau de mobilitat física.
- L'estat mental i també el nivell cognitiu.
- Percepció de la situació.
- Recursos personals: capacitat per afrontar situacions, habilitat per solucionar problemes,

- participació en activitats de distracció.
- Relació amb la persona cuidada.
- Experiències prèvies, coneixements sobre la situació i sobre cures que cal tenir.
- Dificultats de l'entorn per dur a terme el paper de cuidador.
- Sistemes de suport: recursos econòmics, familiars, amics, veïns, serveis de la comunitat.
- Situacions que són font de conflictes familiars.
- Escala de Zarit: escala que ens ajuda a fer una valoració del cuidador.

Seguiment

El tipus de seguiment que depèn de la classificació prèvia que hem fet de la persona com a ancià sa, ancià malalt (no de risc), ancià de risc o pacient geriàtric i de si hi ha canvis en el seu estat de salut.

L'atenció domiciliària

Com ja hem dit abans, cada vegada tenim més pacients dependents, amb dificultats de mobilitat. Això fa que, cada vegada més, els equips d'atenció primària s'hagin de desplaçar per dur a terme l'atenció al domicili del pacient, fet que permet donar atenció tant al pacient com a la seva unitat familiar. En aquest sentit, els darrers anys, des de la Gerència d'Atenció Primària s'ha impulsat l'atenció domiciliària i la captació de pacients amb dificultats de mobilitat i candidats a ser inclosos al Programa d'atenció domiciliària.

L'atenció domiciliària dona un paper protagonista a la família en la presa de decisions i fomenta l'autocura del pacient. Inclou tant activitats de tipus assistencial com preventives.

Cuidadors

Com hem repetit al llarg d'aquest capítol, cuidar el cuidador és un dels objectius fonamentals dins de l'atenció primària. L'atenció domiciliària ens ha permès entrar en contacte amb els cuidadors i assabentar-nos de les seves necessitats.

L'educació de grups és una de les activitats de la cartera de serveis de l'atenció primària. En aquest sentit, l'any 2005 es va editar a la Gerència d'Atenció Primària un protocol d'educació grupal per a cuidadors amb dos objectius fonamentals:

- Augmentar la qualitat de les cures que presten les persones cuidadores a les persones incloses en el Programa d'atenció domiciliària.

- Augmentar el benestar de la persona malalta, del seu cuidador principal i de la seva família com a unitat.

El programa va dirigit als cuidadors de pacients inclosos en el Programa d'atenció domiciliària. El programa educatiu inclou deu sessions per a cuidadors i té els continguts següents:

1. Sessió introductòria: cures bàsiques

Nocions sobre dieta equilibrada
La higiene de la persona cuidada a casa
Prevenció d'úlceres per pressió
Prevenció d'accidents

2. Nutrició

Classificació dels nutrients
Què és una dieta equilibrada?
Què hem de fer per aconseguir una dieta equilibrada?
Dietes per a situacions especials: hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmies, i per a les persones grans i per a les persones que passen la major part del temps al llit
Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

3. Eliminació fecal i eliminació urinària

Alteracions: restrenyiment i diarrea
Cures específiques
Alteracions: dificultats en la micció i incontinència urinària
Cures específiques

4. L'afectivitat en la persona cuidadora i l'afectivitat en la persona cuidada

Cal reflexionar sobre els sentiments que es rebutgen
Cal reflexionar sobre alguns sentiments de la persona cuidada

5. Demències

Definició i tipus de demència
Detecció precoç: signes i símptomes
Estratègies per a un millor maneig de la situació
Com influeix la demència de l'ancià en la família?

6. Ergonomia per a la cuidadora

Definició d'ergonomia
 Regles bàsiques aplicades a la feina
 Principis de mecànica corporal
 La mobilització correcta de la persona cuidada

7. La xarxa social a la comunitat

Serveis de la comunitat

8. El temps lliure

Què entenem per *temps lliure*?
 Dinàmiques de grup

9. Petit taller de relaxació

Tècniques de relaxació

10. Llei de dependència

Durant l'any 2010 la Conselleria de Salut i Consum i la d'Afers Socials han arribat a un acord de col·laboració per garantir que les persones que reben les prestacions de la Llei de dependència rebin aquesta formació, per garantir la qualitat de les cures. Al llarg del 2010 s'ha dut a terme amb èxit el programa pilot en què s'imparteixen aquestes sessions als cuidadors de pacients que ja tenen reconegut el grau de dependència.

El final de la vida

L'augment de l'envelliment fa que hi hagi un interès creixent en l'avaluació de la utilització dels serveis sanitaris en la fase final de la vida i el tractament que fan d'aquesta etapa els diferents àmbits assistencials. Els estudis fets als Estats Units ens diuen que entre el 23 i el 66% de les persones més grans de 65 anys moren en un hospital d'aguts. En un estudi elaborat a Catalunya, d'un total de 743 malalts, el 52 % va morir en un hospital d'aguts, un 22%, a casa i el 16%, en un centre sociosanitari.

L'arribada de les fases finals de la vida condueix també a conflictes ètics sobre la necessitat de determinats tractaments o la realització de proves complementàries. En moltes ocasions,

tant la família com el mateix malalt, en cas que sigui possible, manifesten el desig d'un tipus de medicina més orientada cap al tractament del símptoma principal, més que cap a una prolongació de la vida del pacient.

Les cures pal·liatives han adquirit un paper protagonista els darrers anys, però en moltes ocasions s'han vist molt identificades amb el malalt oncològic. En moltes ocasions, malalts afectes d'altres tipus de patologies no es veuen beneficiats d'aquests tipus d'assistència i costa assumir el concepte de malalt terminal pel que fa a un tipus de malalt no afecte de càncer. S'han de tenir en compte d'una manera especial els pacients afectes de demència, que no es veuen capacitats per a la presa de decisions en la fase final de la seva vida.

Des de fa uns quants anys, l'aparició del registre d'últimes voluntats ha sorgit amb la idea de deixar reflectit el desig del pacient en les etapes finals, en cas que es trobi incapacitat per a la presa de decisions. Però encara hi ha molt desconeixement sobre aquest assumpte, tant per part dels pacients com dels mateixos professionals.

L'acompanyament per part dels professionals dels equips d'atenció primària tant del pacient com de la família i l'ús de cures pal·liatives en aquest tipus de pacients, en el cas que siguin necessàries, són elements clau per afavorir l'acceptació de les etapes finals de la vida al mateix domicili del pacient.

Sistemes sanitaris i coordinació assistencial

Les investigacions sobre fins a quin punt els sistemes de salut influeixen en l'estat de salut no tenen resultats determinants. Les polítiques destinades a una distribució equitativa dels recursos dins l'atenció primària i sense barreres econòmiques contribueixen a una millora de la salut en totes les edats i especialment en la gent gran. L'orientació cap a l'atenció primària dels sistemes de salut comportaria una despesa sanitària més reduïda. A Espanya, arran de la reforma de l'atenció primària de l'any 1984, s'ha produït una millora en els nivells de salut i benestar de la gent gran. L'augment de l'envelliment repercuteix en un augment de les necessitats i dels recursos destinats a aquesta població. En aquest sentit, en molts països, a mesura que augmenta l'esperança de vida, augmenta la demanda de prestacions sanitàries i la despesa sanitària. La necessitat de disposar d'un sistema sanitari que sigui sostenible ens hauria de dur a replantejaments que ens permetin adaptar la nostra activitat assistencial a aquest augment de la demanda.

L'augment de les necessitats i les peculiars característiques d'aquest grup de població fa que la coordinació entre els diferents àmbits assistencials sigui imprescindible. Una bona coordinació ens permetrà un millor aprofitament dels recursos de què disposem i repercutirà en una millora en la qualitat assistencial de la gent gran. En aquest sentit

l'atenció primària té un paper fonamental com a coordinadora d'aquest procés. Hi ha estudis que comparen el sistema nacional de salut del Regne Unit amb tècniques de gestió de l'assistència de Kaiser Permanent de Califòrnia que demostren que a Kaiser el temps d'estada hospitalària per a les persones més grans de seixanta-cinc anys és tres vegades més reduït per a qualsevol malaltia. Els autors conclouen que el treball coordinat entre atenció primària i hospital afavoreix el treball en equip entre metges de família i metges hospitalaris, i aquest seria el factor que més influeix en aquest resultat. A Kaiser la coordinació amb els serveis socials té lloc abans que el pacient ingressi a l'hospital.

Fa tres anys va sorgir una iniciativa que involucra dos centres de salut de Mallorca, els centres de salut de Son Pisà i Valldargent, a l'Hospital Universitari Son Espases i a l'Hospital General. S'ha creat un projecte de col·laboració que pretén posar en contacte els professionals de les tres entitats per tal de millorar la coordinació entre àmbits. S'ha creat un registre que ens permet identificar aquells pacients amb pluripatologia, que serien candidats a un tractament diferenciat, evitant en ocasions els ingressos en hospitals d'aguts. A través de sessions conjuntes es pretén unificar protocols, detectar pacients de risc, preveure futures situacions de dependència i programar ingressos hospitalaris, alhora que la connexió dels metges de família amb els especialistes permet que actuïn com a consultors en un intent d'evitar derivacions innecessàries i repercutir en una millora en l'atenció del pacient.

Annexos

Annex 1

Qüestionari de Barber (detecció d'ancià de risc)	
1	Viu sol?
2	Es troba que no té ningú a qui demanar ajut si en necessita?
3	Hi ha més de dos dies a la setmana que no fa un àpat calent?
4	Necessita que algú l'ajudi sovint?
5	La seva salut li impedeix sortir al carrer?
6	Sovint té problemes de salut que li impedeixen valer-se sol?
7	Té dificultats visuals per fer les feines habituals de casa?
8	Li suposa molta dificultat mantenir una conversa perquè hi sent malament?
9	Ha estat ingressat en un l'hospital en l'últim any?

Cada resposta afirmativa val un punt.

Un punt o més suggereixen situació de risc.

Annex 2

Índex de Lawton i Brody d'activitats instrumentals de la vida diària

Activitats de la vida diària (punts)

Capacitat per usar el telèfon

- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia (1)
- És capaç de marcar bé alguns números familiars (1)
- És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar (1)
- No és capaç d'usar el telèfon (0)

Comprar

- Fa totes les compres necessàries amb independència (1)
- Fa petites compres amb independència (0)
- Necessita anar acompanyat per fer qualsevol compra (0)
- És totalment incapaç d'anar a comprar (0)

Preparació del menjar

- Organitza, prepara i serveix els menjars tot sol adequadament (1)
- Prepara adequadament els menjars si se li proporcionen els ingredients (0)
- Prepara, escalfa i serveix els menjars, però no segueix una dieta adequada (0)
- Necessita que li preparin i li serveixin els menjars (0)

Cura de la casa

- Manté la casa tot sol o amb ajuda ocasional (per fer treballs pesats) (1)
- Acompleix tasques lleugeres, com rentar els plats o fer els llits (1)
- Acompleix tasques lleugeres, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat (1)
- Necessita ajuda en totes les feines de casa (0)
- No participa en cap feina de casa (0)

Rentar la roba

- Es renta tota la roba d'ús personal (1)
- Renta les peces petites (1)
- Necessita algú que s'ocupi de fer la bugada (0)

Ús de mitjans de transport

- Va tot sol en transport públic o condueix el seu propi cotxe (1)
- És capaç d'agafar un taxi, però no fa servir cap altre mitjà de transport (1)
- Va en transport públic quan va acompanyat d'una altra persona (1)
- Només utilitza el taxi o l'automòbil si l'ajuden (0)

- No viatja (0)

Responsabilitat respecte a la seva medicació

- És capaç de prendre la seva medicació a l'hora i en la dosi correcta (1)
- Es pren la medicació si se li prepara la dosi adequada prèviament (0)
- No és capaç d'administrar-se la medicació (0)

Capacitat d'organitzar els seus assumptes econòmics

- S'encarrega tot sol dels seus assumptes econòmics (1)
- Fa les compres de cada dia, però necessita ajuda en les grans compres, anar al banc (1)
- És incapaç de fer servir els diners (0)

La informació s'obté d'un cuidador fidedigne. La màxima dependència correspondria a zero punts, i vuit punts expressarien una independència total. L'índex és més útil en dones, ja que molts homes no han fet mai algunes de les activitats que s'avaluen.

Annex 3

Índex de Barthel

Es puntua la informació obtinguda del cuidador principal.

Activitats bàsiques de la vida diària

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Total:		
Menjar	- Totalment independent	10
	- Necessita ajuda per tallar carn, pa, etc.	5
	- Dependent	0
Rentar-se	- Independent: entra i surt sol del bany	5
	- Dependent	0
Vestir-se	- Independent: capaç de posar-se i de treure's la roba, cordar-se els botons, lligar-se els cordons de les sabates	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependent	0
Arreglar-se	- Independent per rentar-se la cara, les mans, pentinar-se, afaitar-se, maquillar-se, etc.	5
	- Dependent	0

Paràmetre	Situació del pacient	Puntuació
Deposicions (valoreu la setmana prèvia)	- Continència normal	10
	- Ocasionalment algun episodi d'incontinència, o necessita ajuda per administrar-se supositoris o lavatives	5
	- Incontinència	0
Micció (valoreu la setmana prèvia)	- Continència normal, o és capaç de cuidar-se de la sonda si en porta una	10
	- Un episodi diari com a màxim d'incontinència, o necessita ajuda para vigilar la sonda	5
	- Incontinència	0
Usar el vàter	- Independent per anar al lavabo, treure's i posar-se la roba...	10
	- Necessita ajuda per anar al vàter, però s'eixuga sol	5
	- Dependent	0
Traslladar-se	- Independent per anar de la butaca al llit	15
	- Mínima ajuda física o supervisió per fer-ho	10
	- Necessita molta ajuda, però és capaç de mantenir-se assegut tot sol	5
	- Dependent	0
Deambular	- Independent, camina tot sol 50 metres	15
	- Necessita ajuda física o supervisió per caminar 50 metres	10
	- Independent en cadira de rodes sense ajuda	5
	- Dependent	0
Esglaons	- Independent per pujar i baixar escales	10
	- Necessita ajuda física o supervisió per fer-ho	5
	- Dependent	0

Màxima puntuació: 100 punts (90 si va en cadira de rodes)

Resultat	Grau de dependència
< 20	Total
20-35	Greu
40-55	Moderat
≥ 60	Lleu
100	Independent

Annex 4

Escala de Braden-Bergstrom

S'utilitzarà les primeres 24 h des de l'ingrés del pacient per avaluar el risc de patir úlcera per pressió (UPP).

RISC D'UPP						
BRADEN-BERGSTROM < 13 = RISC ALT						
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RISC MODERAT						
BRADEN-BERGSTROM > 14 = RISC BAIX						
	Percepció sensorial	Exposició a la humitat	Activitat	Mobilitat	Nutrició	Risc de lesions cutànies
1	Completament limitada	Constantment humit	Enllitat	Completament immòbil	Molt pobre	Problema
2	Molt limitada	Humit amb freqüència	En cadira	Molt limitada	Probablement inadequada	Problema potencial
3	Lleugerament limitada	Ocasionalment humit	Deambula ocasionalment	Lleugerament limitada	Adequada	No existeix cap problema aparent
4	Sense limitacions	Rarament humit	Deambula freqüentment	Sense limitacions	Excel·lent	

Reavaluació del risc d'UPP

Es durà a terme amb la periodicitat següent:

RISC D'UPP	REVALUACIÓ EN DIES
BRADEN-BERGSTROM < 13 = RISC ALT	1
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RISC MODERAT	3
BRADEN-BERGSTROM > 14 = RISC BAIX	7

Referències bibliogràfiques

Conselleria de Salut i Consum (2007). *Encuesta de salud de las Illes Balears*.

Ferrán, M.; Marzo, M. (2006). «Impacto del envejecimiento de la población en la actividad de los centros de salud». *Formación Médica Continuada*. 13:189-92.

González Montalvo, J. I. (2003). «Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes». 5.778-85. Vol. 08. Núm. 108.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. *Pla de salut de les Illes Balears 2003-2007*.

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut (2008). *Prevenió i tractament de les úlceres per pressió*.

Grupo de Trabajo de Atención Primaria al Mayor de la SEMFYC (2010). *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*. Barcelona.

Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2006. Ham, C. (2005). «Lost in translation? Health systems in the US and the UK». *Social Policy and Administration*. 39:192-209.

IB-Salut. Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca (2005). *Protocol d'educació grupal per a cuidadores*.

INSALUD. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (2000). *Programa de atención al anciano*.

Lázaro del Nogal M. Indicadores sanitarios en geriatría XXI. Madrid: Editores Médicos, 2000.

Martin, I. (2006). *Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en la atención primaria*. Madrid. Informe Portal Mayores, núm. 44.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Taking action at local level: a resource for improving health and well being in mid-life*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Proupín, N.; Lorenzo, A.; Valeiras, M. R.; Alvarez, L.; Segade, J. (2007). «Propuesta de cribado de la presbiacusia en una consulta de atención primaria». *Atención Primaria*. 39:35-40.

Ramón, I.; Alonso, J.; Subirats, E.; Yanez, A.; Santed, R.; Pujol, R. (2006). «El lugar del fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña». *Rev. Clin. Esp.* 549-55.

Soldevilla, J.J. Et al. Estudio nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Gerokomos* 2006 ; 17 (3)

Vacas, E.; Cassellà, I.; Sánchez, M.; Pujol, A.; Pallarés, M. C. (2009). «Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero». *Atención Primaria.* 41:269-74.

Zurro, M. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* 6a ed. Elsevier.

Autores

MONTSERRAT LLORT BOVÉ

Es va llicenciar en Medicina a la Universitat de Barcelona l'any 1993. És especialista en Medicina Familiar y Comunitària. Exerceix com a metge de família des del 1999. És coordinadora del Centre de Salut de Son Pisà, Palma de Mallorca, desde 2007.

ANA M. URÉNDEZ RUIZ

Es va diplomar en Infermeria el 1996 a la Universitat de Granada. Treballa com a infermera d'atenció primària des de l'any 1999 i és membre del Grup de Treball de Malalties Respiratòries de la SEMFYC (Societat Espanyola de Medician Familiar i Comunitària). També és responsable d'Infermeria del centre de Salut de Son Pisà des del 2007.