

Consens d'un sistema de valoració multidimensional/ geriàtrica ràpida a Catalunya



Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar en la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

1a edició:

Barcelona, març de 2022.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Il·lustracions:

© Jordi Amblàs-Novellas

Fotografia:

© Jordi Amblàs-Novellas

Núm. de Registre

02640

Coordinació (per ordre alfabètic):

- Amblàs, Jordi. Metge geriatre. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Contel, Joan Carles. Infermer d'atenció primària. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Han participat en la revisió del document per part del Departament de Salut (per ordre alfabètic):

Equip del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del Pla director sociosanitari (PDSS):

- Amil, Paloma. Infermera d'atenció primària. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Bocanegra, Ignasi. Secretaria del PPAC i del PDSS.
- Bullich, Íngrid. Infermera especialista en Geriatria. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Gil, Esther. Infermera d'atenció primària. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Giráldez, Gemma. Secretaria del PPAC i del PDSS.
- Melendo, Eva Maria. Infermera especialista en Geriatria. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Mir, Victòria. Treballadora social sanitària. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Santaeugènia, Sebastià. Metge internista. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Han participat en la revisió del document per part del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (per ordre alfabètic):

- Barbeta, Conxita. Infermera. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

- González-Pinto, Marta. Treballadora social. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Vila, Anna. Treballadora social. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Grup de treball / professionals experts (per ordre alfabètic):

- Aligué, Jordi. Metge internista. Althaia. Hospital de Manresa.
- Burdoy, Emili. Metge de família. ICS. Mataró.
- Burgos, Carol. Metgessa de família. Badalona. Serveis Assistencials.
- Coma, Neus. Metgessa de família. EAP Ribes-Campdevàdol.
- Dalmau, Susanna. Infermera d'atenció primària. Reus.
- Domènech, Montse. Treballadora social. Serveis Socials. Alt Penedès.
- Domínguez, Mariola. Metgessa geriatra. Hospital de la Santa Creu de Tortosa.
- Esteban, Manel. Metge pal·liativista. PADES. Reus.
- Fabregat, Pilar. Infermera geriàtrica. Hospital de la Santa Creu de Tortosa.
- Formiguera, Anna. Infermera de cures pal·liatives. Hospital de la Santa Creu de Vic.
- García, Dolors. Metgessa de família. Servei d'Urgències. Althaia. Hospital de Manresa.
- González-Pinto, Marta. Treballadora social. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Gutiérrez, Núria. Metgessa de família. Hospital Universitari de Bellvitge.
- Llauger, Maria Antonia. Metgessa de família. Direcció ICS.
- López, Nuria. Metgessa d'urgències. Fundació Hospital Seu Urgell.
- Lozano, Elisabeth. Treballadora social. Serveis Socials del Ripollès.
- Manzano, Ana. Metgessa geriatra. Hospital de Campdevàdol.
- Mas, Miquel Àngel. Metge geriatre. ICS. Badalona.
- Picaza, Josep M. Metge de cures pal·liatives. ICS. Metropolitana Nord.
- Piñeiro, Pilar. Infermera d'atenció primària. Atenció Primària-Alt Penedès.

- Rovira, Eva. Treballadora social. Ajuntament de Centelles.
- Sánchez Escamilla, Andrea. Badalona. Serveis Assistencials.
- Sarreta, Lluís. Treballador social sanitari. ICS. Vic Nord.
- Solé, Montse. Infermera geriàtrica. Centre Sociosanitari Cotxeres de Barcelona.
- Terés, David. Infermer d'atenció primària. EAP Ripoll.
- Vila, Anna. Treballadora social. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Zamora, Juanjo. Infermer d'atenció primària. Atenció Primària. Cap Montnegre.

Assessorament metodològic:

- Kukiélka, Deborah. Luzán 5 Health Consulting.
- Rico, Lalo. Luzán 5 Health Consulting.

Sumari

RESUM VISUAL.....	7
1.INTRODUCCIÓ.....	8
1.1. MODEL D'ATENCIÓ.....	8
1.2. DIAGNÒSTIC SITUACIONAL / VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL	10
1.3. EINES PER A LA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL	12
2.OBJECTIU	15
3.METODOLOGIA.....	16
FASE 1 – PRETREBALL INDIVIDUAL	16
FASE 2 – TREBALL GRUPAL	17
FASE 3 – TESTATGE	21
4.RESULTATS	22
FASE 1. PRETREBALL INDIVIDUAL.....	22
FASE 2. TREBALL GRUPAL.....	22
FASE 3. TESTATGE.....	28
5.VIG-EXPRESS: EINA DE CONSENS PER A LA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL/GERIÀTRICA RÀPIDA.....	30
6.CONCLUSIONS I PASSOS SEGÜENTS.....	34
7.BIBLIOGRAFIA	36
8.ANNEXOS	39
ANNEX 1. OPINIÓ DELS PROFESSIONALS EXPERTS EN LA FASE 1 (pretreball individual).....	39
ANNEX 2. CONSENS DELS PROFESSIONALS EXPERTS EN LA FASE 2 (REUNIÓ).....	43
ANNEX 3. ÍNDEX FRÀGIL-VIG.....	45
ANNEX 4. PROPOSTES DE PREGUNTES TRIGGER (treball en línia)	46

Resum visual VIG-express

DOMINI	PREGUNTES TRIGGER	RESPOSTA	INTERPRETACIÓ	PUN. PUNTUACIÓ EQUIVALENT A L'ÍNDEX VIG (0-100)
CLÍNIC	1 Té alguna malaltia crònica? <i>* A partir de la revisió de la seva història clínica i/o anòmies amb la persona i/entorn cuidador</i>	NO SÍ	NO DESPLEGABLE	
	2 Pren ≥5 fàrmacs? <i>A partir de la revisió de la recepta electrònica i/o anòmies amb la persona i/entorn cuidador</i>	NO SÍ	Absència de polimedicació Presència de polimedicació	
	3 A vegades es descuida de prendre les medicines? <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes de compliment del tractament Probable dificultat en el compliment del tractament	
	4 Al llarg dels darrers mesos ha perdut pes de forma involuntària (per exemple: la roba ara li va gran) i/o ha perdut la gana? <i>* Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professional)</i>	NO SÍ	Absència de malnutrició Probable malnutrició	
SÍMPTOMES	5 Habitualment el dolor o l'ofec interfereixen en la seva vida diària? (i/o requereix d'almenys 2 analgèsics o opiacis per controlar-lo?) <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de símptomes DESPLEGABLE	
SD GERIÀTRIQUES	6 Al llarg dels darrers 6 mesos, ha presentat algun dels següents ítems: síndrome confusional, caigudes, úlcers, disfàgia, incontinència o restrenyiment? <i>* A partir de la revisió de la seva història clínica i/o anòmies amb la persona i/entorn cuidador</i>	NO SÍ	Absència de síndromes geriàtriques DESPLEGABLE	
	7 Té problemes de visió que li dificultin el dia a dia? <i>(malgrat mesures correctores - ulleres...)* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes visuals significatius Possible problema visual a valorar amb escala bàsica de suport	
	8 Té problemes d'audició que li dificultin el dia a dia? <i>(malgrat mesures correctores - audífon...)* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes auditius significatius Possible problema auditiu a valorar amb escala bàsica de suport	
	9 Seria capaç de viure sol sense ajuda? <i>* Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professional)</i>	NO SÍ	Absència de problemes de dependència DESPLEGABLE	
FONCCIONAL	10 Té problemes de memòria que interfereixin en el seu dia a dia i/o en la presa de decisions? <i>* Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professional)</i>	NO SÍ	Absència de deteriorament cognitiu DESPLEGABLE	
	11 Al llarg del darrer mes s'ha sentit freqüentment trist o ha perdut interès per fer activitats? i/o necessita habitualment de medicació antidepressiva? <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de simptomatologia depressiva Probable síndrome depressiva	
	12 Al llarg del darrer mes se sent neguitós i/o li costa dormir? <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència d'ansietat/insomni Probable ansietat/insomni	
	13 Existeix percepció de problemes de l'habitatge (no adaptat a les seves necessitats...)? o de problemes econòmics (la persona té dificultats per pagar a finals de mes, passa fred a casa, hi ha possibilitat de pèrdua de l'habitatge...)? <i>* Percepció per part de la persona i/o professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes econòmics o d'habitatge Probable presència de problemes econòmics o d'habitatge	
SOCIAL	14 Passa la major part del dia sol i/o té dificultats per realitzar activitats d'oci (sortir a passejar, participar en activitats lúdiques, rebre visites o altres activitats relacionals -segons les circumstàncies de cada persona- amb familiars o amics)? <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes relacionals, socials i de participació Presència de problemes relacionals, socials i de participació	
	15 Té dificultats per saber a qui acudir quan necessita ajuda? <i>* A partir de l'anòmies amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO SÍ	Absència de problemes econòmics o d'habitatge Probable presència de problemes econòmics o d'habitatge	
	16 Sobre la seva situació de salut, pensa que es tenen prou en compte les seves opinions i preferències? <i>* en relació a la informació que s'ha donat i el tractament a rebre i/o a decidir sobre tractar o no, disposant en cas de mala evolució</i>	SÍ NO	Risc de manca d'informació / de participació de la persona en la presa de decisions	
	17 Es veu amb forces d'enfrontar el futur?	SÍ NO	Risc de problemàtica a nivell espiritual	

1. INTRODUCCIÓ

Ens trobem davant de l'**eclosió epidemiològica** d'un grup de **persones grans** amb problemes de salut crònics i multimorbiditat, algunes de les quals amb **fragilitat, necessitats complexes d'atenció i/o necessitats d'atenció pal·liativa**.¹⁻⁴ La població de Catalunya, el gener de 2019, era de 7.600.267 persones, de les quals 1.417.418 tenien entre 60 i 79 anys i 456.014 més de 80 anys. Això suposa que el 24,65% de la població catalana té més de 60 anys.⁵ A més, l'estructura demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, a un envelliment progressiu. Actualment, la seva esperança de vida és de les més elevades del món.⁶

En els propers anys, aquest fet suposarà **un dels reptes més importants** per als sistemes de salut,^{7,8} tant per a les **organitzacions i les polítiques** (que hauran de fer front al desafiament de la complexitat derivada de l'heterogeneïtat d'aquesta població) com per la dificultat per donar resposta a les seves necessitats; però també per als **professionals**, que hauran de ser experts en la personalització de l'atenció i la complexitat derivada de la dificultat per a la presa de decisions.

1.1. MODEL D'ATENCIÓ

La **resposta a les necessitats** de les persones grans (i més especialment d'aquelles que són fràgils, o presenten necessitats d'atenció complexa i/o necessitats d'atenció pal·liativa) molt sovint sobrepassen els plantejaments assistencials basats en protocols i guies de pràctica clínica. Per a aquest grup de persones, el **model d'atenció** ha de tenir una visió:^{9,10}

- **Integral** –des d'una perspectiva holística (que prevegi totes les dimensions de la persona) – i **individualitzada** –que faciliti un “vestit a mida” per a cada persona (d'acord amb les característiques específiques/singulars de cada persona i una atenció basada en necessitats)–. Genèricament, un model d'aquest tipus requereix 4 etapes (*figura 1*):

1) Cribatge poblacional (*case finding*) de persones amb característiques específiques: ja sigui, per exemple, per situació de fragilitat inicial, de necessitats complexes d'atenció o necessitats d'atenció pal·liativa.

2) **Diagnòstic de precisió/diagnòstic situacional:** basant-se en una **valoració multidimensional** i d'avaluació de **necessitats**.

3) Pla d'atenció individualitzat: en context d'un procés de presa de decisions compartida.

4) Almenys en alguns casos, serà important compartir aquesta informació de manera resumida, suficient i comprensible, com a element facilitador en el procés de presa de decisions per part d'altres professionals o dispositius que hagin d'intervenir en situació de crisi fora d'horari ordinari i convencional.

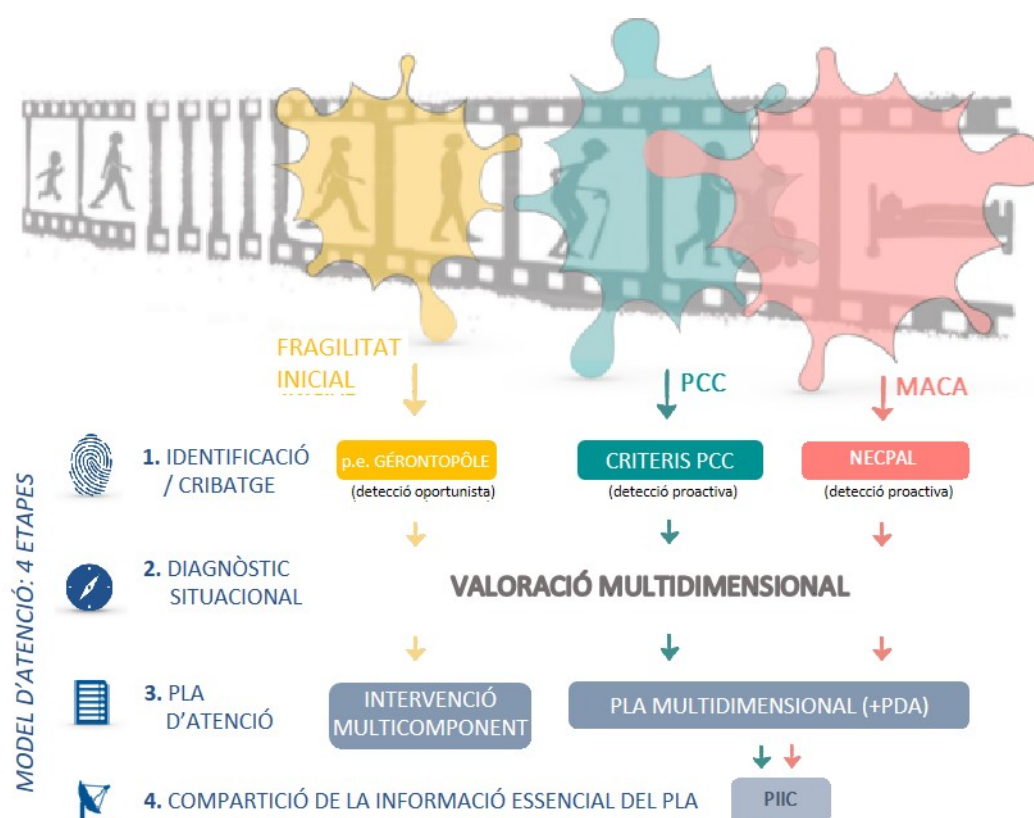


Figura 1. Esquema conceptual de les etapes del model d'atenció. PCC: pacient crònic complex. MACA: malaltia crònica avançada. PDA: planificació de decisions anticipades. PIIC: pla individual d'intervenció compartit. Font: elaboració pròpia.

- **Integrada i interdisciplinària:** tant l'elaboració del pla d'atenció de la persona com la prestació de serveis requereixen una vocació interdisciplinària (basada en el treball en equip) i que transcendeixi els diferents àmbits d'atenció. Per a això es fa imprescindible disposar d'eines comunes que facilitin tot aquest procés.

1.2. DIAGNÒSTIC SITUACIONAL / VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Encara que el cribratge poblacional d'una persona amb fragilitat inicial, com un PCC o un pacient amb MACA, ja implica una certa aproximació multidimensional prèvia, el diagnòstic situacional requereix una valoració multidimensional i unes necessitats en més profunditat. El concepte de **diagnòstic situacional**¹¹ fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i de necessitats que permet als professionals de determinar quin és el grau de reserva/fragilitat de la persona atesa (*per exemple: quin grau de vulnerabilitat té? En quin punt de la seva trajectòria vital està la persona?*), així com quins són els dèficits i les dimensions afectades, i les necessitats de donar-hi resposta. En aquest procés diagnòstic és tan important tenir en compte tant la situació en un moment del temps (*"fotografia" de la situació: grau de gravetat*) com la seva evolució dinàmica (*"pel·lícula" o criteris de progressió*) (figura 2):

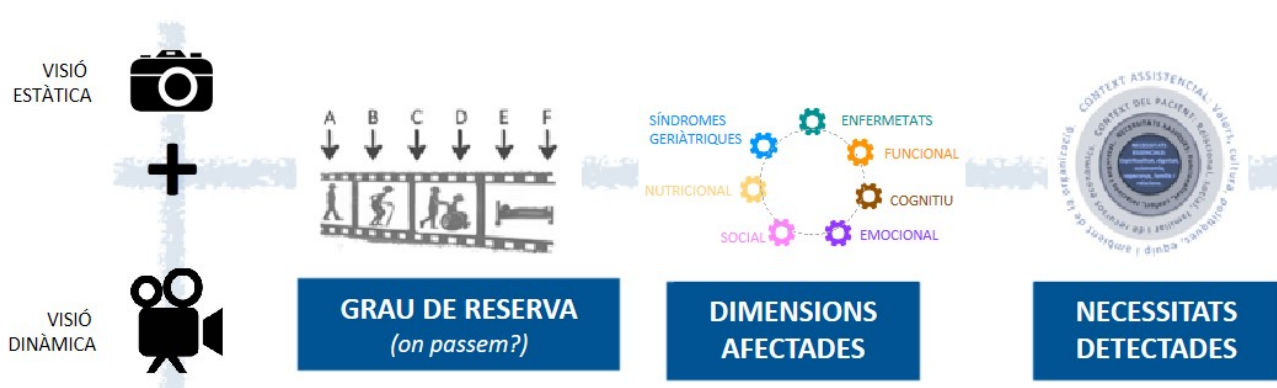


Figura 2. Diagnòstic situacional: en quin punt de la seva trajectòria vital es troba el pacient? (A, B, C, D, E, F?) Quines dimensions estan afectades? Quines són les seves necessitats? La persona es troba estable? Què ha variat al llarg de l'últim any?
Font: elaboració pròpia.

El diagnòstic situacional (conjuntament amb l'exploració dels valors i preferències de la persona) conformen la base per a l'elaboració del **pla d'atenció**, en el qual resultarà imprescindible (figura 3):

- Consensuar quins són els **objectius assistencials** de la intervenció que es proposarà (*Millora de la supervivència? Millora/preservació de la funcionalitat? Benestar/control simptomàtic?*), que hauran de ser proporcionats a la situació de la persona i ser consensuats amb ella.
- **Identificar les dimensions** sobre les quals cal intervenir, així com les **necessitats** que cal atendre: molt habitualment associades als dèficits detectats durant la valoració multidimensional.

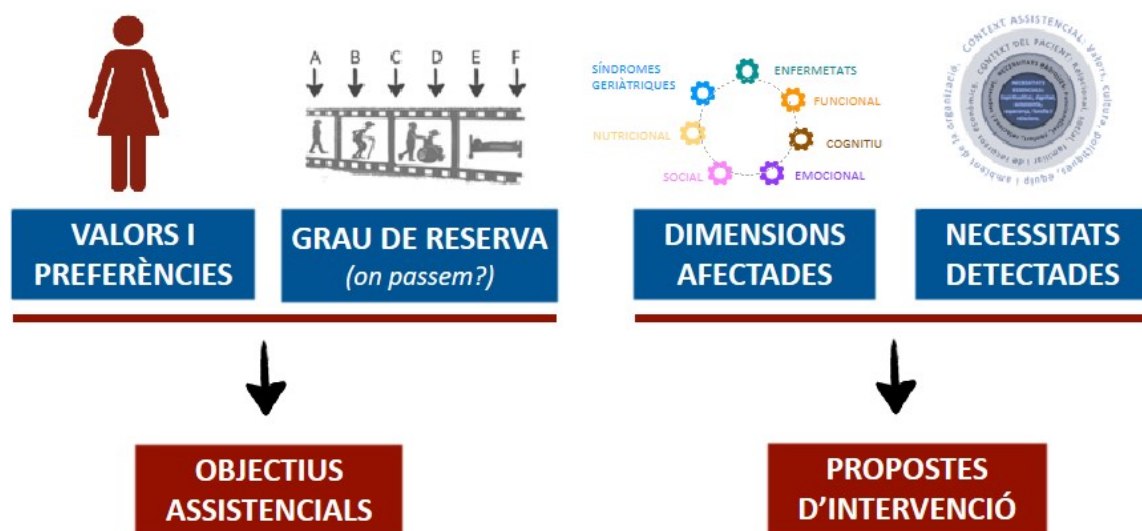


Figura 3. Objectius assistencials i propostes d'intervenció com a elements clau per elaborar un pla d'atenció centrat en la persona. Font: elaboració pròpia

Així, doncs, en el procés d'atenció individualitzat a aquestes persones, es fa imprescindible que els professionals que les atenen, més enllà de quina sigui la seva formació bàsica (medicina, infermeria o treball social, per exemple) i l'àmbit on treballen (atenció primària sanitària o social, atenció hospitalària, entorn residencial, etc.) disposin d'eines que facilitin el diagnòstic situacional.

1.3. EINES PER A LA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL

L'aproximació sistematitzada a la realitat d'una persona fràgil, multimòrbida, geriàtrica, amb cronicitat complexa i/o en situació de final de la vida requereix necessàriament una visió àmplia que tingui en compte les diferents dimensions i problemes de salut: clínics, funcionals, emocionals, cognitius, socials, etc. Aquesta és una tasca complexa, requereix temps i experiència, i va més enllà de l'acumulació de l'administració d'una sèrie d'escales de forma consecutiva; en resulta imprescindible la compilació d'aquella informació substancial que approximi el diagnòstic situacional de les persones.

El sistema de valoració multidimensional amb més evidència per a les persones de perfil geriàtric, fràgils, multimòrbides o complexes és sense cap dubte la **valoració geriàtrica integral (VGI)**.¹²⁻¹⁶ La VGI es defineix com un procés de diagnòstic i d'abordatge multidisciplinari que identifica les condicions mèdiques, psicològiques i funcionals en una persona gran i/o fràgil, amb l'objectiu de dissenyar i elaborar un pla d'atenció per maximitzar l'estat general de salut en un context d'envelliment. Per aquesta raó, es requereix l'avaluació de diferents àmbits de la salut, incloent els problemes clínics, l'estat funcional (activitats bàsiques i instrumentals), mental (cognitiu i emocional) i social. Però aquesta eina té algunes limitacions a l'hora de promoure la seva utilització generalitzada per part dels professionals dels sistemes de salut i social:¹⁷

- Requereix **coneixement expert**.
- Una VGI en profunditat requereix **bastant temps**: prop d'1 hora o més.
- Aquest procés de valoració és realitzat per part de tot **l'equip interdisciplinari**.
- Té una **naturalesa** més aviat "**qualitativa**", la qual cosa sovint limita la comunicació interprofessional en un context assistencial familiaritzat en l'ús de *scores* i algorismes.

Per aquests motius, en la literatura recent s'està proposant el desenvolupament **d'eines de valoració multidimensional/geriàtrica ràpides** (*rapid geriatric assessment*).¹⁸⁻²⁴ Aquestes propostes permeten una aproximació multidimensional àmplia, encara que limitada en la profunditat de cadascuna de les dimensions, amb un temps limitat (*aproximadament 10 minuts*), i són habitualment administrades per un sol professional en qualsevol dels àmbits del sistema de salut. Podríem classificar aquests sistemes de valoració multidimensional ràpids segons:

- **La font d'obtenció de les dades:**

- **Dels sistemes d'informació:** *com a principal **avantatge**, destaca que es tracta d'un sistema "automatitzable" (sempre que prèviament s'hagin introduït les variables: la qual cosa no ocorre en totes les persones o de vegades la introducció d'informació és parcial i incompleta). Com a principal **inconvenient**, sobresurt la necessitat de tenir actualitzada la base de dades: en cas contrari, proporcionarà una "fotografia borrosa", incompleta i imperfecta de la situació actual.*
- **A partir de la valoració individualitzada *ad hoc*:** *com a principal **avantatge**, es realitza segons la necessitat i facilita una "instantània" al moment. Com a principal **inconvenient**, la inversió de temps necessari.*

- **L'aproximació al diagnòstic situacional ("grau de reserva"):**

- **"Qualitatiu":** s'exploren per separat les diferents dimensions, no existeix una valoració final global quantificada a tall de resum del resultat, per al diagnòstic situacional de la persona.
- **"Quantitatiu":** s'exploren les diferents dimensions, i s'obté a més un resum del resultat o fotografia quantificada del diagnòstic situacional de la persona.

Encara no existeix evidència sobre quina és la millor aproximació de *rapid geriatric assessment*, ja que, excepte el RAI, la major part són d'aparició molt recent aparició (2016-2017).

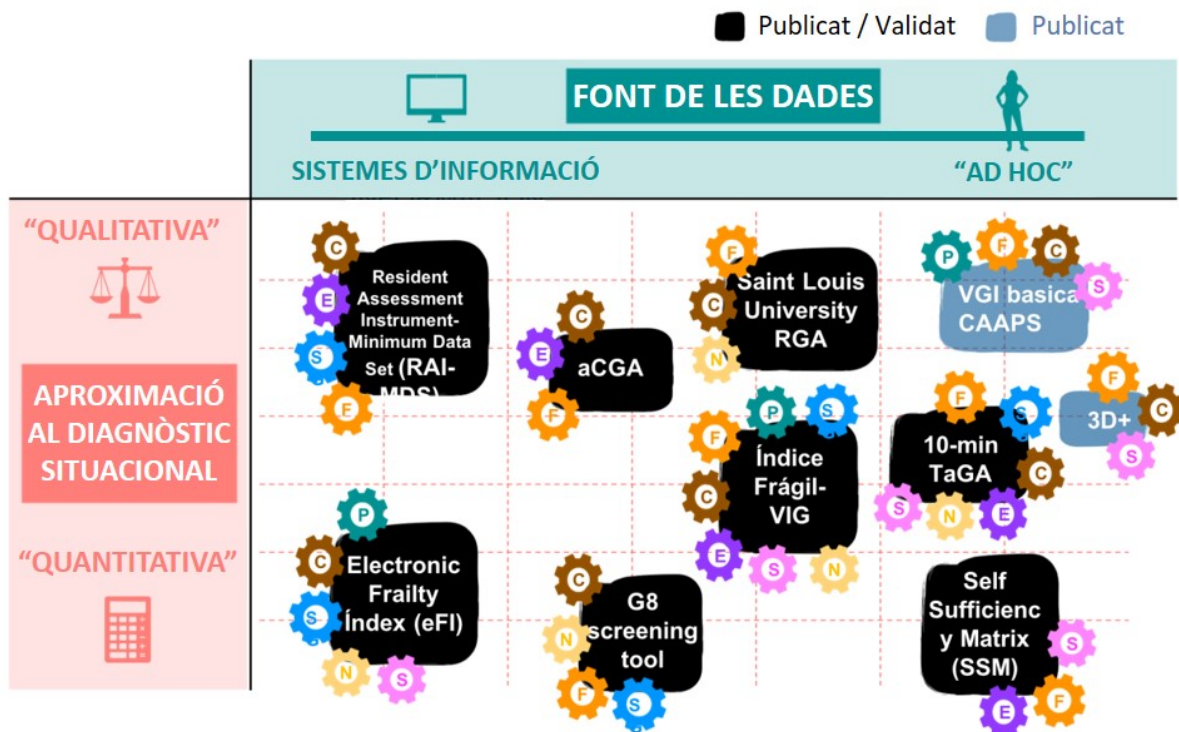


Figura 4. Esquema visual de les característiques de diferents eines en relació amb la seva aproximació al diagnòstic situacional, font d'obtenció de dades i dimensions avaluades, que es mostren, per cada un dels instruments (*E: malalties; F: funcional; C: cognitiu; E: emocional; N: nutricional; S: social; SG: síndromes geriàtriques*). Font: elaboració pròpia.

2. OBJECTIU

Impulsat pel Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla director sociosanitari (PDSS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i avalat pel Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS) –pla interdepartamental entre el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies–, es va promoure el consens d'una eina de valoració multidimensional/geriàtrica ràpida, com a sistema compartit i universal de valoració multidimensional inicial, per ser posada a disposició de tots els professionals del sistema de salut i social de Catalunya. Per assolir aquest objectiu, des d'un punt de vista operatiu, es va proposar l'objectiu específic següent:

"Consensuar un sistema de valoració multidimensional/geriàtrica ràpida per poder ser posat a disposició de tots els professionals del sistema de salut que atenen persones amb un perfil geriàtric/multimòrbides, en situació de complexitat i/o final de vida, com a valoració multidimensional inicial (ja sigui en relació amb un cribratge previ de fragilitat Inicial, PCC, o MACA) o com a valoració *ad hoc*".

Per fer-ho, es va constituir un **grup d'experts** de perfil eminentment assistencial, de caràcter **interdisciplinari** (incloent professionals mèdics de perfil generalista – medicina familiar i comunitària, geriatria, medicina interna i cures pal·liatives]– personal d'infermeria i treballadors socials) i representatiu de **diferents àmbits d'atenció** (*atenció primària sanitària, serveis socials bàsics, atenció hospitalària d'aguts i sociosanitària, entorn residencial, etc.*).

3. METODOLOGIA

Per al desenvolupament del projecte i la consecució dels objectius establerts, s'han fer servir metodologies *Design Thinking*, amb l'objectiu d'identificar oportunitats centrades en les necessitats reals de les persones i promoure maneres de solucionar problemes a través d'un pensament col·lectiu (figura 5).

La selecció d'aquest tipus de metodologies neix a partir de la necessitat d'abordar temes des d'una perspectiva innovadora, posant la persona en el centre de la nostra reflexió i centrant els esforços a obtenir una millora en els resultats en salut en l'àmbit poblacional.

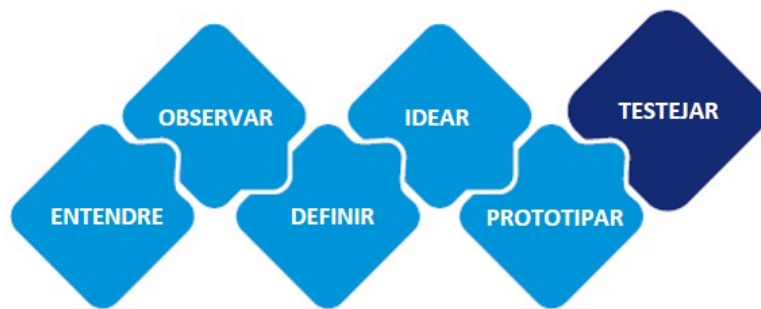


Figura 5. Metodologia *Design Thinking*. Font: Luzán 5

En aquest projecte, per a la consecució dels objectius esmentats, es va treballar en tres fases:

FASE 1. PRETREBALL INDIVIDUAL

Es va realitzar una recollida d'informació des de la perspectiva individual. Cada participant del grup de treball va emplenar un **qüestionari** que li va permetre reflectir la seva visió des de i en relació amb les seves funcions i tasca professional sobre els aspectes següents:

- Quin és el **target poblacional** que més es pot beneficiar d'una valoració multidimensional i al qual hauria d'estar orientada l'eina d'RGa?
- Quines **dimensions/variables** hauria d'incorporar necessàriament una eina de valoració multidimensional ràpida?

- Quina seria la **millor sistemàtica/metodologia** de valoració de les dimensions/variables descrites?
- Quina seria la millor **font** d'obtenció de les dades? Per al diagnòstic situacional, es prefereix una **aproximació qualitativa o quantitativa**?

Els comentaris abocats van ser analitzats de forma independent per part de l'equip de Luzan 5 i estructurats de manera que quedessin recollits per poder orientar el treball grupal presencial.

FASE 2. TREBALL GRUPAL

Els resultats de la fase anterior van ser presentats en tres reunions amb tots els participants, així com un nou treball en línia, amb l'objectiu de consensuar un sistema de **valoració multidimensional/geriàtrica ràpid o *rapid geriatric assessment (RGA)*** **tres reunions presencials** amb tots els participants, així com un nou treball en línia, amb l'objectiu de **consensuar un sistema de valoració multidimensional/geriàtrica ràpid o *rapid geriatric assessment (RGA)***.

▪ REUNIÓ 1

Després de l'anàlisi de les aportacions individuals es va fer una reunió presencial el dia 23 de gener de 2019 a Barcelona (figura 6).



Figura 6. Grup de treball d'experts en el transcurs de la reunió 1

Mitjançant la **metodologia de Design Thinking**, es va treballar en el consens del **propòsit, producte i procés** (“tècnica de les 3 P”) del projecte (figura 7).

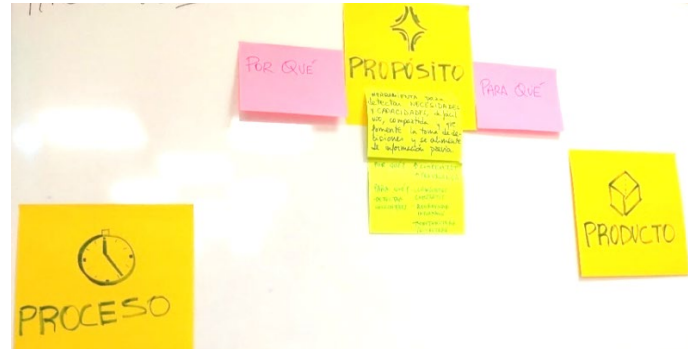


Figura 7. Tècnica de les **tres P**: propòsit, producte i procés.

▪ REUNIÓ 2

Els objectius d'aquesta reunió, que va tenir lloc el febrer de 2019, van ser dos:

1. Intentar arribar a un **consens** entre els professionals experts sobre alguns dels elements clau descrits anteriorment, amb l'objectiu de **respondre a les qüestions següents** (figura 8):

- **Target poblacional:** *a quin tipus de persones anirà destinada l'eina?*
- **Àmbits d'utilització:** *en quins llocs es podrà utilitzar l'eina?*
- **Professionals:** *quins professionals haurien de poder utilitzar l'eina?*
- **Dimensions:** *quines dimensions hauria d'incorporar l'eina?*
- **Característiques generals de l'eina:** *quines característiques hauria de tenir l'eina?*

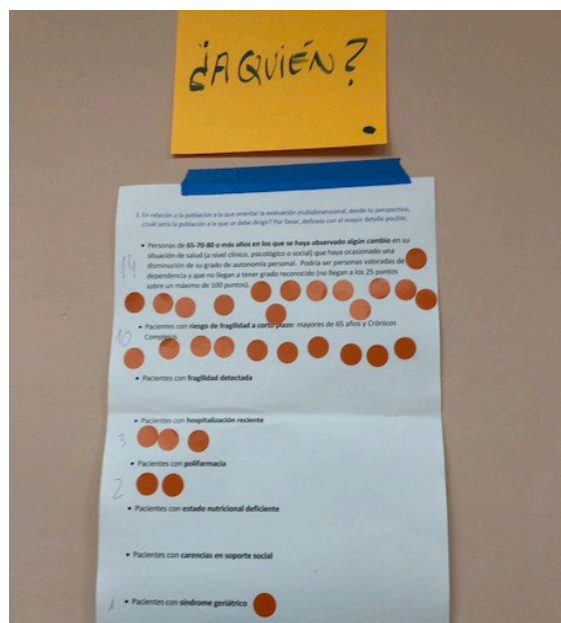


Figura 8. Exemple del sistema de votació utilitzat per al consens.

2. Partint d'una **revisió** de l'evidència sobre l'existència **d'eines de valoració multidimensional ràpida** ja publicades, identificar si alguna s'ajustava als requisits consensuats.

■ TREBALL EN LÍNIA

El treball en línia, desenvolupat mitjançant rondes consecutives de consulta estructurada, es va realitzar entre els mesos de febrer i abril de 2019, i tenia per objectiu consensuar les preguntes *trigger* per valorar cada dimensió. Amb la finalitat de facilitar el treball, es van realitzar algunes consideracions prèvies i instruccions de treball:

- La **pregunta trigger**:
 - Idealment, hauria de ser el màxim de **sensible i específica** per a la valoració de la dimensió, ja que, per exemple, existeixen evidències de qüestions simples amb bona capacitat per al cribratge de diferents dimensions.²⁵
 - Tant pot tractar-se d'una **pregunta** directa a realitzar a **la persona valorada** (per exemple: *us sentiu deprimat?*) com d'una pregunta **a**

realitzar-se per part del mateix professional (*per exemple: el pacient està deprimat?, o bé, necessita medicació antidepressiva?*).

- Pot basar-se en una **aproximació clínica qualitativa** (*per exemple: el pacient és dependent?*) o utilitzar una **escala quantificada de suport** (*per exemple: té un índex de Barthel < 20?*).
 - Pot tenir una perspectiva **estàtica** (*per exemple: té una demència tipus Alzheimer avançada GDS > 6?*) o **dinàmica** (*per exemple: ha perdut memòria al llarg dels últims mesos?*).
- Les **respostes** al qüestionari hipotèticament es poden plantejar com a:
- **Obertes** (*text lliure*).
 - **Dicotòmiques** (*per exemple: sí/no*).
 - **Elecció múltiple** (*per exemple: absència de demència, demència moderada, demència avançada*).
 - **Escala** (*Likert o numèrica*) (*per exemple: "de 0 a 10, com puntuaries..."*).
- **Instruccions generals:**
- Per a **cada domini**, el participant podrà realitzar un **màxim de 3 propostes de pregunta** (*excepte per a malalties i síndromes geriàtriques*).
 - En el cas que el participant consideri que no **és necessari incorporar la valoració d'una dimensió** en concret, pot anotar "**no procedeix**" en l'espai corresponent a la pregunta *trigger* de la dimensió en qüestió.
 - Existeix espai reservat perquè el participant pugui **afegir altres dimensions i les preguntes** corresponents si ho considera necessari.

▪ REUNIÓ 3

L'objectiu d'aquesta reunió (que va tenir lloc l'abril de 2019) va ser consensuar, basant-se en el treball en línia previ, la **primera versió de l'instrument**, i assegurar que la pregunta *trigger* fos comprensible per a aplicar-la a la pràctica real i que cada dimensió fos valorada de la forma més adequada.

Per a això es va construir l'eina com el '**mínim producte viable**', emmarcat dins del mètode **Lean Start-Up**, on el desenvolupament d'un prototip permet a un equip recollir amb el mínim esforç la màxima quantitat de coneixement validat sobre els usuaris finals.

FASE 3. TESTATGE

Després del consens sobre l'RGa, i previ al desenvolupament d'una fase de **validació**, es va procedir a testar-ne la viabilitat a la pràctica clínica real.

El prototip de l'eina es va fer circular entre els membres del grup de treball voluntaris a testar l's de l'eina durant la seva pràctica clínica real. Per recollir les dades requerides en aquesta fase de testatge es va dissenyar un qüestionari que havia de ser emplenat després d'aplicar l'eina a 5 persones. El qüestionari esmentat recollia el perfil de l'entrevistador i variables relacionades amb l'aplicabilitat de l'eina (temps d'administració, problemes de comprensió del pacient o cuidador, ordre de les dimensions o altres comentaris).

4. RESULTATS

Els resultats d'aquest projecte s'han orientat cap al fet que els implicats puguin identificar les variables clau necessàries per consensuar un sistema RGA inicial en la població definida d'interès. Els resultats obtinguts es presenten per les fases descrites del projecte:

FASE 1. PRETREBALL INDIVIDUAL

Les aportacions principals per part dels professionals experts (que es poden consultar de forma estructurades a l'**annex 1** d'aquest document) van servir de punt de partida per al debat posterior (fase 2).

FASE 2. TREBALL GRUPAL

▪ REUNIÓ 1

Els **resultats** obtinguts van ser els següents:

- **PROPÒSIT (Per què?, i per a què? del projecte):** malgrat que els objectius del projecte són explícits i concrets, aquests han de ser **consensuats pel grup** amb l'objectiu de reduir qualsevol variabilitat en la comprensió del mateix, així com en la seva interpretació. Després de dividir el grup de treball en dos equips, cadascú va escriure en una sola frase el propòsit del projecte (figura 9).

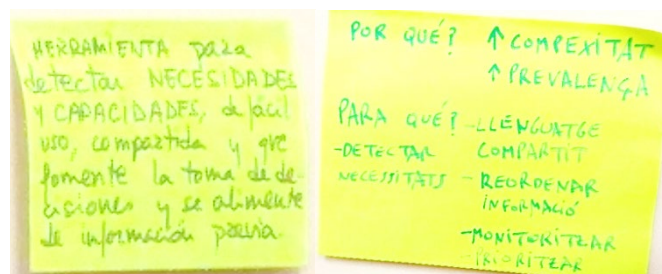


Figura 9. Frases-resum dels 2 grups sobre el propòsit del projecte.

Després d'un breu debat es va consensuar definir el propòsit: *“Construir una eina per detectar necessitats, capacitats o dèficits de la persona avaluada, de fàcil ús, que faciliti una visió compartida entre els professionals, així com la presa de decisions.”*

- **PRODUCTE:** es va realitzar una tasca de **consens** mitjançant **votació**, tant sobre la població-objectiu de l'eina d'RGa com de les característiques d'aquesta. Els resultats de les votacions es poden veure a l'**annex 2**.
- **PROCÉS:** l'última de les “P” va consistir a definir els passos següents per continuar avançant en la definició del *target* poblacional i una eina de consens.

▪ REUNIÓ 2

Sobre la base dels dos objectius de la reunió (consens sobre característiques i elements clau de l'instrument ideal i revisió de l'evidència sobre eines publicades alineades amb aquestes característiques), els resultats van ser:

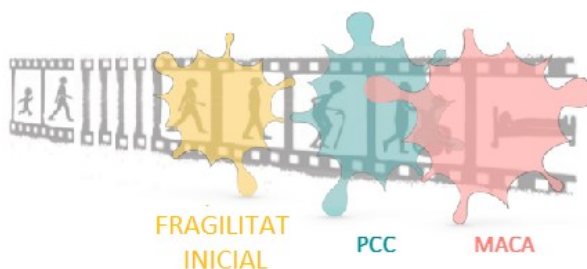
1. **Consens** sobre el *target* poblacional, àmbits d'utilització, professionals, dimensions i característiques generals de l'eina:

TARGET POBLACIONAL

(A quin tipus de persones anirà destinada l'eina?)

Qualsevol persona que es pugui beneficiar d'una valoració multidimensional, **a criteri dels professionals**; i, especialment, en:

- Persones identificades com a **PCC/MACA** o amb **fragilitat inicial**.



- Persones de **> 65 anys** amb **multimorbiditat**, presència de **síndromes geriàtriques**, **situació social de risc** o **ubicació residencial**.

ÀMBITS D'UTILITZACIÓ

(En quins llocs es podrà utilitzar l'eina?)

L'eina hauria de poder ser utilitzada:

- Potencialment en **tots els àmbits** on siguin les persones descrites en el punt anterior.
- Preferentment, en els **àmbits comunitaris** (atenció primària, residències, atenció domiciliària, etc.).

PROFESSIONALS

(Quins professionals haurien de poder utilitzar l'eina?)

Els professionals que haurien d'utilitzar l'eina són:

- Preferentment **personal mèdic, d'infermeria i de treball social**.
- També **altres professionals** que intervinguin en l'atenció a aquestes persones, com ara professionals de fisioteràpia, teràpia ocupacional, psicologia, etc.

DIMENSIONS

(Quines dimensions hauria d'incorporar l'eina?)

- Les **dimensions** a incorporar **prioritàriament** són: funcional, nutricional, cognitiva, emocional, social, síndromes geriàtriques, símptomes i malalties.
- **Altres** dimensions que ha de preveure: privació sensorial, ús de recursos, autopercepció de salut, qualitat de vida, valors i preferències de la persona,* etc.

**Hi va haver una discussió molt interessant sobre fins a quin punt els valors i les preferències de la persona es podien considerar com una dimensió a explorar de forma ja estructurada en el procés de valoració de la persona, o bé si aquest procés hauria de formar part de l'elaboració del pla d'atenció compartit i només seria consensuat amb la persona, a partir de situacions concretes”.*

CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE L'EINA

(Quines característiques hauria de tenir l'eina?)

Hi va haver un **gran consens** (> 90%) en el fet que l'instrument hauria de tenir les característiques següents:

- Permetre la **valoració ad hoc** de la persona, aprofitant també la possibilitat d'utilitzar altres dades disponibles en els sistemes d'informació (fet que permetria incorporar informació disponible a la història clínica electrònica, de forma *ad hoc*).*
- Ser una **eina ràpida/àgil** (< 10 minuts) per a la l'ús de la qual no sigui necessari gaire entrenament ni tenir un coneixement específic profund. Aquest és un fet molt rellevant, ja que hauria de ser molt factible d'utilitzar en entorns de gran pressió assistencial, com és el cas de l'atenció primària.
- Permetre valorar quines són les **dimensions afectades**, però també facilitar el **diagnòstic de situació** del grau de reserva de la persona (si pot ser, de forma **quantificada**).*

- Idealment, cada dimensió s'hauria de poder valorar mitjançant una **pregunta trigger**,* que actuï com a identificador de dimensió afectada i com a punt de partida cap a una valoració en més profunditat d'aquella dimensió (si convé).

En canvi, no **hi va haver consens inicial** (54% sí, respecte d'un 46% no) respecte de la necessitat que l'instrument sigui "adaptable" (**modular**) a diferents condicions o situacions de la persona.

2. Anàlisi de coherència entre premisses consensuades i instruments de valoració multidimensional ràpida existents, mitjançant una revisió de l'evidència publicada.

A partir dels instruments publicats anteriorment (vegeu la introducció, figura 3), es va valorar que l'instrument que millor s'ajusta a les característiques proposades pels professionals experts és **l'índex fràgil-VIG^{23,24}** (annex 3), ja que aquest índex de fragilitat elaborat a partir de la valoració geriàtrica:

- Facilita el diagnòstic de situació de forma quantificada, basant-se en una valoració *ad hoc*, i incorpora també dades que es poden obtenir dels sistemes d'informació, ja que:
 - Permet calcular el "gra de reserva" de les persones, presentant una excel·lent amb capacitat per pronosticar (AUC a 1 any: 0,9) i discriminar els diferents graus de fragilitat de les persones ($X^2 = 433,4$, $p < 0,001$).
 - Preveu la major part de les dimensions plantejades.
- Està desenvolupat basant-se en "preguntes trigger".
- És ràpid d'administrar amb un temps inferior a 10 minuts.

Tot i així, l'índex fràgil-VIG també presenta **algunes limitacions** en relació amb els objectius consensuats pels professionals experts, especialment que:

- No incorpora algunes de les dimensions proposades (per exemple: privació sensorial).
- L'evidència publicada està més focalitzada en persones en situació de complexitat (PCC) i avançada (MACA), però probablement no és tan discriminatòria en persones amb fragilitat inicial.

Basant-se en tot l'anterior, es van proposar tres opcions, que es van sotmetre a debat:

- **OPCIÓ 1:** elaborar una **nova eina**, a partir de preguntes; una pregunta *trigger* per dimensió.
- **OPCIÓ 2:** utilitzar l'**índex fràgil-VIG**.
- **OPCIÓ 3:** **partint de l'índex fràgil-VIG, elaborar una nova eina** basada en preguntes *trigger*, aprofitant les seves qualitats pronòstiques i discriminatòries, simplificant algun dels ítems i incorporant algunes noves dimensions d'interès en el procés de valoració.

El grup es va decantar per aquesta última possibilitat (**OPCIÓ 3**), moment a partir del qual es va iniciar un període de treball en línia.

▪ TREBALL EN LÍNIA

Partint, en alguns casos, del redactat dels ítems de l'índex fràgil-VIG (amb el permís explícit dels autors d'aquesta eina), o proposant un nou redactat, en altres, els professionals experts van realitzar diferents propostes, que es poden consultar a l'**annex 4**.

A partir d'aquestes propostes es va realitzar una tasca d'acotament de respostes, fins a arribar a una proposta predefinitiva, que va ser el punt de partida per al projecte a realitzar en la reunió 3.

▪ REUNIÓ 3

En aquesta reunió es va consensuar un primer prototip d'instrument de consens (*annex 2*).

FASE 3. TESTATGE

En aquesta fase **es va administrar l'instrument** prototip a 35 pacients, en un context de la pràctica clínica habitual i per part de **múltiples professionals** (4 professionals de medicina, 5 d'infermeria i un treballador social) de **diferents àmbits assistencials**. Basant-se en el procés d'administració, es va demanar als professionals que responguessin a una sèrie de preguntes amb l'objectiu d'acabar de perfilar l'instrument, i es van obtenir els resultats següents:

PREGUNTES	RESULTATS
Quant temps (minuts) us ha suposat emplenar l'eina completa?	10,42 minuts (mitjana) $\pm$ 3,41 minuts
Heu tingut problemes per comprendre les preguntes a realitzar?	Sí: 0 (0%) No: 35 (100%)
Ha tingut el pacient problemes per comprendre les preguntes a realitzar?	Sí: 17 (48,57%) No: 18 (51,42%)
Ha tingut el cuidador problemes per comprendre les preguntes a realitzar?	Sí: 0 (0%) No: 23 (100% de cuidadors)
Considereu que l'ordre de les dimensions valorades a l'eina és l'adequat?	Sí: 9 (25,71%) No: 5 (14,28%) NS/NC: 21 (60%)
En quin moment de la consulta heu emplenat l'eina?	A l'inici: 15 (42,85%) Al final: 19 (54,28%) A la tornada del domicili: 1 (2,85%)

A partir dels resultats obtinguts, es va acabar de delimitar (via en línia) la que seria l'eina definitiva (vegeu l'apartat següent "Eina de consens per a la valoració multidimensional/geriàtrica ràpida").

5. VIG-EXPRESS: EINA DE CONSENS PER A LA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL/GERIÀTRICA RÀPIDA

L'eina de valoració multidimensional ràpida consensuada té per objectiu facilitar el diagnòstic situacional (valoració del grau de reserva més detecció de dèficits en les diferents dimensions). Algunes consideracions sobre això:

- **Modularitat:** finalment es va acordar dissenyar un únic instrument per a tot el *target* poblacional proposat, i deixar a criteri dels professionals la realització de les dues últimes preguntes *trigger* (especialment recomanades per a aquells pacients PCC i MACA).
- Algunes dimensions contenen alguns **apartats “desplegables”**: segons la resposta a la pregunta *trigger*, en alguns casos el professional podrà escollir entre diferents opcions de resposta.
- **Valoració del grau de vulnerabilitat/fragilitat:** la valoració quantificada (valoració del grau de reserva) es realitzarà mitjançant la correlació de la major part de les variables amb l'ítem equivalent de l'índex fràgil-VIG.
- **Detecció de dimensions alterades:** quan es detectin dèficits en alguna de les dimensions, el professional valorarà la necessitat o no d'avaluar en profunditat aquella dimensió, mitjançant l'eina d'ús més habitual (quedarà pendent per consensuar més endavant una caixa d'eines per dimensions amb les diferents societats científiques).
- Aquest **no és un qüestionari autoreportat** per part dels pacients: encara que en alguns ítems les preguntes es poden realitzar a la persona i/o als seus familiars (especialment en les preguntes *trigger* número 3), aquest instrument està pensat perquè sigui el mateix professional qui pugui respondre a la majoria de les qüestions.

A continuació, es pot visualitzar l'eina de consens per a la valoració multidimensional/geriàtrica ràpida, que es va denominar **VIG-express**:

DOMINI	PREGUNTES TRIGGER	RESPOSTA	INTERPRETACIÓ	PUNTUACIÓ EQUIVALENT A L'IF-VIG (NP: No puntuat)		
CLÍNIC	1 Té alguna malaltia crònica? <i>* A partir de la revisió de la seva història clínica i/o anamnesi amb la persona/entorn cuidador</i>	NO			0	
		SÍ	DESPLEGABLE ↓			
			Càncer	Té algún tipus de malaltia oncològica activa ?	No	0
					Sí	1
					Sí ++	2
			Respiratori	Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (MPOC, pneumopatia restrictiva,...)?	No	0
					Sí	1
					Sí ++	2
			Cardíac	Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, arrítmia)?	No	0
					Sí	1
					Sí ++	2
			Neurològic	Té algun tipus de malaltia neurodegenerativa (Malaltia de Parkinson, ELA, ,... o antecedent d'accident vascular cerebral (isquèmic o hemorràgic)?	No	0
					Sí	1
					Sí ++	2
			Digestiu	Té algun tipus de malaltia digestiva crònica (hepatopatia crònica, cirrosi, pancreatitis crònica, malaltia inflamatòria intestinal,...)?	No	0
					Sí	1
					Sí ++	2
			Renal	Té insuficiència renal crònica (FG < 60)?	No	0
					Sí	1
Sí ++	2					
PRESCRIPCIÓ FARMACÈUTICA	2 Pren ≥ 5 fàrmacs? <i>*A partir de la revisió de la recepta electrònica i/o anamnesi amb la persona/entorn cuidador</i>	NO	Absència de polimedicació		0	
		SÍ	Presència de polimedicació		1	
	3 A vegades es descuida de prendre les medicines? <i>*A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO	Absència de problemes de compliment del tractament		NP	
		SÍ	Probable dificultats en el compliment del tractament			
NUTRICIO-NAL	4 Al llarg dels darrers mesos ha perdut pes de forma involuntària (per exemple: la roba ara li va gran) i/o ha perdut la gana? <i>* Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professionals)</i>	NO	Absència de malnutrició		0	
		SÍ	Probable malnutrició		1	
SÍMPTOMES	5 Habitualment el dolor o l'ofec interfereixen en la seva vida diària? <i>(i/o requereix d'almenys 2 analgèsics o opiacis per controlar-lo?)</i> <i>* A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO	Absència de polimedicació		0	
		SÍ	DESPLEGABLE ↓			
			Dolor	El dolor interfereix en les seves activitats i/o requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors?	No	0
					Sí	1
			Dispnea	La dispnea basal interfereix en les seves activitats i/o requereix habitualment d'opiacis?	No	0
Sí	1					

SD GERIÀTRIQUES	6 Al llarg dels darrers 6 mesos, ha presentat algun dels següents ítems: síndrome confusional, caigudes, úlceres, disfàgia, incontinència o restrenyiment? <i>* A partir de la revisió de la seva història clínica i/o anamnesi amb la persona/entorn cuidador</i>	NO	Absència de síndromes geriàtriques			0
		DESPLEGABLE ↓				
		SÍ	Sd. confusio-nària	Els <u>darrers 6 mesos</u> , ha presentat síndrome confusional i/o trastorn de comportament que hagi requerit de neuroleptics ?	No	0
					Sí	1
			Caigudes	Els <u>darrers 6 mesos</u> , ha presentat ≥2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit d' hospitalització ?	No	0
					Sí	1
			Úlceres	Presenta alguna úlcer a (relacionada amb la dependència i/o vascular, de qualsevol grau) i/o ferida crònica ?	No	0
					Sí	1
			Disfàgia	S'ennuega habitualment quan menja o beu? i/o els <u>darrers 6 mesos</u> , ha presentat alguna infecció respiratòria per aspiració?	No	0
					Sí	1
Inconti-nència	Presenta incontinència (urinària o fecal) que requereixi de mesures específiques ?	No	0			
		Sí	1			
Restre-nyiment	Fa < 3 deposicions a la setmana i/o li costa anar de ventre i/o necessita de mesures /tractament específics	No	0			
		Sí	1			
SENSORIAL	7 Té problemes de visió que li dificultin el dia a dia? (malgrat mesures correctores -ulleres...-) <i>* A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i> 8 Té problemes d'audició que li dificultin el dia a dia? (malgrat mesures correctores -audiòfons...-) <i>* A partir de l'anamnesi amb persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional</i>	NO	Absència de problemes visuals significatius			NP
		SÍ	Possible problema visual a valorar amb escala bàsica de suport			
NO		Absència de problemes auditius significatius			NP	
		SÍ	Possible problema auditiu a valorar amb escala bàsica de suport			
FUNCIONAL	9 Seria capaç de viure sol sense ajuda? <i>* Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professionals)</i>	SÍ	Autònom per AIBD i AIVD			0
		DESPLEGABLE ↓				
		AIVD	Maneig dels diners	Necessita ajuda per gestionar els temes econòmics (banc, botigues, restaurants)?	No	0
					Sí	1
			Ús del telèfon	Necessita ajuda per utilitzar autònomament el telèfon?	No	0
					Sí	1
		NO	Control de medicació	Necessita ajuda per preparar/administrar-se la medicació?	No	0
					Sí	1
		ABVD		No dependència per ABVD (per exemple IB ≥ 95)		0
				Dependència lleu-moderada (per exemple IB 90-65)		1
	Dependència moderada-greu (per exemple IB 60-25)			2		
	Dependència absoluta (per exemple IB ≤ 20)			3		
COGNITIU	10 Té problemes de memòria que interfereixin en el seu dia a dia i/o en la presa decisions? Corroborat per un observador extern (entorn cuidador i/o professionals)	NO	Absència de polimedicació			0
		DESPLEGABLE ↓				
SÍ	Deteriorament cognitiu lleu-moderat (equivalent a GDS ≤5)?				1	
	Deteriorament cognitiu greu-molt greu (equivalent GDS ≥ 6)?				2	

EMOCIONAL	11 Al llarg del darrer mes s'ha sentit freqüentment trist o ha perdut interès per fer activitats? i/o necessita habitualment de medicació antidepressiva? * A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional	NO	Absència de simptomatologia depressiva	0
		SÍ	Probable síndrome depressiva	1
	12 Al llarg del darrer mes se sent neguitós i/o li costa dormir? i/o necessita habitualment d'ansiolítics/hipnòtics? * A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional	NO	Absència d'ansietat/insomni	0
		SÍ	Probable ansietat/insomni	1
SOCIAL	13 Hi ha percepció de problemes de l'habitatge (no adaptat a les seves necessitats...) o de problemes econòmics (la persona té dificultats per arribar a finals de mes, passa fred a casa, hi ha possibilitat de pèrdua de l'habitatge...) ? * Percepció per part del/la professional	NO	Absència de problemes econòmics o d'habitatge	1 0 (si resposta positiva a qualsevol de les 3 qüestions)
		SÍ	Probable presència de problemes econòmics o d'habitatge	
	14 Passa la major part del dia sol i/o té dificultats per realitzar activitats d'oci (sortir a passejar, participar en activitats lúdiques, rebre visites o altres activitats relacionals -segons les circumstàncies de cada persona-) amb familiars o amics? * A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional	NO	Absència de problemes activitats relacionals, socials i de participació	
		SÍ	Presència de problemes activitats relacionals, socials i de participació	
	15 Té dificultats per saber a qui acudir quan necessita ajuda? * A partir de l'anamnesi amb la persona i/o percepció d'entorn cuidador/professional	NO	Absència de problemes econòmics o d'habitatge	
		SÍ	Probable presència de problemes econòmics o d'habitatge	



Especialment per a les persones identificades com a PCC/MACA, cal valorar demanar:

INFORMACIONS I PREFERÈNCIES	16 Sobre la seva situació de salut, pensa que es tenen prou en compte les seves opinions i preferències? * En relació amb la informació que desitja, el tractament a rebre i el lloc on ser tractat o les disposicions en cas de mala evolució	SÍ	
		NO	Risc de manca d'informació / de participació de la persona en la presa de decisions
ESPIRITUALITAT	17 Es veu amb forces d'afrontar el futur?	SÍ	
		NO	Risc de problemes en l'àmbit espiritual

6. CONCLUSIONS I PASSOS SEGÜENTS

Els canvis sociodemogràfics i l'aparició constant d'innovacions en el context sanitari i social ens obliguen a **adaptar-nos a un nou escenari**. Aquesta situació ha suposat l'adopció de diverses estratègies de planificació amb l'objectiu central d'oferir una atenció de màxima qualitat i en benefici de les persones. **En aquest canvi o transformació, el relat compartit i les eines comunes resulten elements clau entre els professionals dels diferents àmbits d'atenció, també entre els serveis socials i sanitaris.**

Davant d'aquesta necessitat es va proposar **codissenyar** una proposta de valoració ràpida multidimensional/geriàtrica **amb els mateixos professionals** protagonistes de la realitat assistencial del dia a dia i coneixedors privilegiats de les necessitats específiques derivades de l'atenció directa a les persones. En el desenvolupament d'aquest projecte hi ha hagut diferents **factors o punts clau** que han permès finalitzar la tasca realitzada de forma reeixida:

- La **metodologia** feta servir ha permès assolir els objectius de forma dinàmica i eficient. El grup d'experts, interdisciplinari, representatiu de tots els àmbits d'atenció i de perfil eminentment assistencial ha pogut avançar en el disseny i testatge de l'eina, en el fet de combinar la seva experiència i coneixement amb les metodologies col·laboratives i àgils aplicades al projecte.
- El lideratge dels coordinadors, així com el treball en equip per part de tots els professionals experts (amb una permanent **actitud constructiva i absolutament positiva i col·laborativa**), han estat un element d'èxit clau en el desenvolupament del projecte. És molt destacable que, per part de tot el grup, a tota hora es va deixar de banda qualsevol indicatiu de corporativisme o interès individual.

- **L'objectiu** ha estat assolit: s'ha consensuat i testat un **sistema de valoració multidimensional/geriàtrica ràpida**, que hauria de poder facilitar en un futur l'atenció a les persones identificades en el *target* poblacional esmentat.

PASSOS SEGÜENTS

Aquest és només el principi del camí. A partir d'aquest moment, s'inicia un camí que hauria d'incorporar els elements següents:

- **Publicació del treball** realitzat fins al moment.
- **Validació de l'eina**, en diferents configuracions i per part de diferents professionals.
- Elaboració d'un **“manual d'instruccions”** d'ús de l'eina, per facilitar la resposta als dubtes que de la seva utilització puguin sorgir.
- Més enllà de la validació paramètrica de l'instrument, serà necessari **certificar-ne la utilitat clínica/professional**, especialment en relació amb el desenvolupament del pla d'atenció individualitzada que se'n deriva.
- Restarà pendent consensuar, amb professionals i societats científiques, el conjunt d'escales per a la valoració en profunditat de les dimensions afectades.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: 2010.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). Population Prospects for the Twenty-First Century: The 2010 United Nations Projections. Popul Dev Rev. 2011; 37: 407-11.
3. United Nations D of E and SAPD, United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing 2013. New York: 2013.
4. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28(4): 302-11.
5. INE. Cifras de población.
6. Plan Director Sociosanitario de Cataluña 2017-2019.
7. Bodenheimer T, Berry-millett R, Francisco S. Care management of patients with complex health care needs. Synth Proj Res Synth Rep. 2009; 19: 1-39.
8. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. Natl Tax J. 2010; 63(2): 285-305.
9. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. BMJ

Open. 2018; 8(4): e021194.

10. Ham C. Lessons from experience Making integrated care happen at scale and pace. The King's Fund. 2013; (March). Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen-scale-and-pace>
11. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontechad, B, Inzitarie M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015; 6(2): 189-94.
12. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995; 333(18): 1184-9.
13. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*. 2002; 346(12): 905-12.
14. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011; 343: d6799.
15. Ellis G, Whitehead M, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 343: d6553.
16. Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the "Emergency Frailty Unit". *Age Ageing*. 2014; 43(1): 109-14.
17. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Pérez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era." *Eur J Intern Med*. 2016; 31: 11-4. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.005. Epub 2016 Mar 18.
18. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squires JE, Teare G, et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2. *Psychiatr Nurses Assoc*. 2012; 18:1 472-6963.
19. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 18(3): 195-9.

20. Morley JE, Adams E V. Rapid Geriatric Assessment. J Am Med Dir Assoc. 2015; 16(10): 808-12.
21. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.
22. Clegg A, Bates C, Young J, Teale E, Parry J. Development and validation of an electronic frailty index using existing primary care health record data. Age Ageing. 2016; 0: 1-8.
23. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: a concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. BMC Geriatr. 2018; 18(1): 29.
24. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2016; 52(3): 119-23.
25. Vahter L, Kreegipuu M, Talvik T, Gross-Paju K. One question as a screening instrument for depression in people with multiple sclerosis. Clin Rehabil. 2007; 21(5): 460-4.

8. ANNEXOS

ANNEX 1. OPINIÓ DELS PROFESSIONALS EXPERTS EN LA FASE 1 (pretreball individual).

Es van plantejar els tòpics següents, i es van obtenir les respostes que es poden llegir a continuació:

▪ **A quin grup de població s'hauria d'orientar la valoració multidimensional?**

- *Persones de 65-70-80 o més anys en les quals s'hagi observat algun canvi en la seva situació de salut (àmbit clínic, psicològic o social) que hagi ocasionat una disminució del seu grau d'autonomia personal. Podrien ser persones valorades de dependència i que no arriben a tenir grau reconegut (no arriben als 25 punts sobre un màxim de 100 punts).*
- *Pacients amb risc de fragilitat a curt termini: majors de 65 anys i crònics complexos.*
- *Pacients amb fragilitat detectada.*
- *Pacients amb hospitalització recent.*
- *Pacients amb polimedicació.*
- *Pacients amb estat nutricional deficient.*
- *Pacients amb mancances en suport social.*
- *Pacients amb síndrome geriàtrica.*
- *Població de més de 65 anys que faci una consulta als serveis socials.*
- *No directament associades a l'edat.*
- *Pacients amb multimorbiditat, malalties d'alt impacte en qualitat de vida i risc social.*
- *Pacients d'edat avançada i/o situació final de vida (crònics o aguts).*
- *Persones amb dèficits cognitiu + multimorbiditat.*
- *Pacients crònics sense complexitat.*
- *Que presentin més de 2 ítems:*
 - *a) Persones > 85 anys.*

- b) Persones amb patologia crònica complexa i/o amb necessitat d'atenció pal·liativa.
 - c) Persones amb síndromes geriàtriques com a motiu de consulta.
 - d) Persones amb dependència funcional i/o cognitiva.
 - e) Persones que viuen soles o a residències, o cuidador principal amb poca capacitat per cuidar.
- **Quines dimensions/variables hauria d'incorporar necessàriament una eina de valoració multidimensional ràpida per al grup descrit?**
- **Funcionals.**
 - **Cognitives.**
 - **Emocionals**
 - **Clíniques:** especialment síndromes geriàtriques (hipoacúsia, disminució de l'agudesa visual, caigudes, disfàgia, dolor, úlceres de decúbit, restrenyiment, dispnea, síndrome confusional, polimedicació, malnutrició, insomni).
 - **Socials:** recursos dels quals disposa la persona des del punt de vista relacional (familiars de suport, projecte de vida personal adequat, etc.), així com altres aspectes com habitatge, recursos econòmics, etc.); recursos que hi ha en la comunitat i les possibilitats d'acompanyament a la persona.
 - **GMA.**
 - **VGI.**
 - **Valoració amb diferents eines:** índex de fragilitat (fràgil-VIG) + Escala de valoració sociofamiliar de Gijón (TSO) + Catalogat de PCC/MACA.
 - **Ús de recursos sanitaris** (atenció domiciliària d'atenció primària, Programa de suport a l'atenció primària, urgències hospitalàries, ingrés hospital aguts, ingrés al centre sociosanitari, hospital de dia), i socials (SAD, centre de dia, teleassistència, nombre de visites amb els professionals de treball social, programa d'ajudes tècniques) l'últim any.

- *Valors i preferències de la persona*: informació que té la persona, opinió sobre la seva situació i els seus objectius personals, capacitat per prendre decisions o per delegar-les.
 - *Estat nutricional*.
 - *Identificació cuidador principal*: capacitat i validesa d'aquest.
 - *Privació sensorial*.
 - *Grau de dependència* reconegut o no.
- **Quina sistemàtica/metodologia proposaries per valorar cada una de les dimensions descrites?**
- *Preguntes trigger* per a la majoria de dimensions. Per a la fragilitat, alguna prova senzilla com la velocitat de la marxa o l'escala FRAIL.
 - *Preguntes trigger* simples que actuen com a identificador de dimensió afectada, que pugui dirigir al protocol de valoració complementària. Permetre valoracions més específiques; pla individualitzat.
 - Les *escales* permetrien posicionar/puntuar el nivell d'avaluació, i les *preguntes trigger* per orientar en les decisions.
 - *Escales* que permetin obtenir una *puntuació final* (per exemple: índexs de fragilitat; la Self Sufficiency Matrix, en què cada puntuació, en una escala de 5 a 1, s'associa a uns indicadors que són frases descriptives).
- **Quina hauria de ser la font de dades i quina seria la millor aproximació al diagnòstic situacional?**
- **Fonts de dades:**
- Mitjançant una *valoració individualitzada i presencial* per part de diferents professionals tant de salut com de serveis socials.
 - Un bon sistema de valoració hauria de *combinar* una part de la informació recollida en *sistemes d'informació* de forma estructurada i sistemàtica (resulta imprescindible que la informació sigui completada, i actualitzada i accessible per a tots els professionals implicats), i una altra

de *valoració individualitzada* resultat de la valoració dels diferents professionals.

- Incorporació d'un *índex fràgil-VIG* realitzat prèviament.

➤ **Aproximació al diagnòstic situacional:**

- Gran avantatge de l'aproximació *quantificable* (si fos possible).
- *Idealment mixta*: per tenir els avantatges de la qualitativa (oferir informació exhaustiva i matisada i deixar un espai al criteri del professional), i obtenir alhora resultats quantitatius.

ANNEX 2. CONSENS DELS PROFESSIONALS EXPERTS EN LA FASE 2 (REUNIÓ 1)

Inicialment es va fer una revisió de les propostes realitzades per part dels professionals experts en la fase 1. Després d'un procés inicial de treball individual, van ser prioritzades per tots els integrants del grup mitjançant quatre vots per persona, i es van obtenir els resultats següents (només s'inclouen els resultats més votats):

▪ A QUIN GRUP DE POBLACIÓ S'HAURIA D'ORIENTAR LA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL?

PROPOSTA	VOTS OBTINGUTS
Persones de 65-70-80 o més anys en les quals s'hagi observat algun canvi en la seva situació de salut (àmbit clínic, psicològic o social) que hagi ocasionat una disminució del seu grau d'autonomia personal. Podria ser persones valorades de dependència i que no arriben a tenir grau reconegut (no arriben als 25 punts sobre un màxim de 100 punts).	14
Que presentin més de 2 ítems : persones > 85 anys; persones amb patologia crònica complexa i/o amb necessitat d'atenció pal·liativa; persones amb síndromes geriàtriques com a motiu de consulta; persones amb dependència funcional i/o cognitiva; persones que viuen soles o a residències, o cuidador principal amb poca capacitat per cuidar.	13
Pacients amb multimorbiditat, malalties d'alt impacte en qualitat de vida i risc social.	12
Pacients amb risc de fragilitat a curt termini : majors de 65 anys i crònics complexos.	10

Es va debatre sobre si l'enfocament és preventiu o diagnòstic, i es va arribar a la conclusió que l'eina ha de ser capaç de fer ambdues coses. La detecció suggerida és oportunista, la qual cosa encaixa amb la resposta a) que va rebre 14 vots, tot i així, no es va assolir consens en un sol perfil i es va decidir deixar-lo sense definir per decidir-ho més endavant.

▪ **QUINES DIMENSIONS HA DE VALORAR?**

PROPOSTA	VOTS OBTINGUTS
Funcional	14
Social	14
Cognitiva	13
Emocional	5
Malalties i síndromes geriàtriques	5
Valors i preferències de la persona	5

▪ **QUINES FONTS DE DADES I APROXIMACIÓ AL DIAGNÒSTIC**

SITUACIONAL FARÍEU SERVIR?

En aquest cas, es va dividir al grup en quatre equips i van treballar ambdós aspectes des del debat:

- **Fons de dades:** tots els equips coincideixen que la font de dades ha de ser *ad hoc* i individualitzada per cada pacient. Tot i així, s'ha de combinar amb les fonts de dades informatitzades ja existents (mixta) assegurant que estan actualitzats.
- **Aproximació al diagnòstic situacional:** tots coincideixen que ha de ser quantitativa, encara que sorgeixen diversos matisos: hauria de procedir de fonts qualitatives on es valorin dimensions socials/emocionals, etc., ha de ser quantitativa, però a partir de preguntes de Sí/No que orientin al diagnòstic, l'escala quantitativa ha de procedir d'una valoració qualitativa que es tradueixi a valors numèrics.

ANNEX 3. ÍNDEX FRÀGIL-VIG

DOMINI		VARIABLE	DESCRIPCIÓ	PUNTS		
FUNCIONAL	AIVDs	Maneig dels diners	Necessita ajuda per gestionar els assumptes econòmics (bancs, botigues, restaurants)?	Sí	1	
			No	0		
		Utilització del telèfon	Necessita ajuda per utilitzar autònomament el telèfon?	Sí	1	
			No	0		
	ABVDs	Índex de Barthel (IB)	Necessita ajuda per a la preparació/administració de la medicació?	Sí	1	
			No	0		
			No dependència (IB ≥ 95)?		0	
			Dependència lleu-moderada (IB 90-65)?		1	
		Dependència moderada-greu (IB 60-25)?		2		
		Dependència absoluta (IB ≤ 20)?		3		
		NUTRICIONAL	Malnutrició	Ha perdut pes en els darrers 6 mesos?	Sí	1
				No	0	
COGNITIU	Grau de deteriorament cognitiu	Absència de deteriorament cognitiu?		0		
		Deteriorament cognitiu lleu-moderat (equivalent a GDS ≤5)		1		
		Deteriorament cognitiu greu-molt greu (equivalent a GDS ≥ 6)?		2		
EMOCIONAL	Síndrome depressiu	Necessita de medicació antidepressiva?	Sí	1		
			No	0		
	Insomni/ansietat	Necessita tractament habitual amb benzodicepinas o altres psicofàrmacs de perfil sedant per a l'insomni/ansietat?	Sí	1		
			No	0		
SOCIAL	Vulnerabilitat social	Existeix una percepció per part dels professionals de situació de vulnerabilitat social?	Sí	1		
		No	0			
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES	Delirium	En els darrers 6 mesos ha presentat delirium i/o trastorn de comportament, que hagi requerit de neurolèptics	Sí	1		
			No	0		
	Caigudes	En els darrers 6 mesos ha presentat ferides o alguna caiguda que hagi requerit d'hospitalització?	Sí	1		
			No	0		
	Úlceres	Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependència i/o vascular, de qualsevol grau) i/o ferida crònica?	Sí	1		
			No	0		
	Polifarmàcia	Habitualment, pren ≥ 5 fàrmacs? (no s'inclouen fàrmacs condicionals)	Sí	1		
			No	0		
	Disfàgia	S'ennuega freqüentment quan menja o beu? i/o en els darrers mesos ha presentat alguna infecció respiratòria per broncoaspiració?	Sí	1		
			No	0		
SÍMPTOMES GREUS	Dolor	Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors per al control del dolor?	Sí	1		
			No	0		
	Dispnea	La dispnea basa li impedeix sortir de casa i/o requereix d'opiacis habitualment?	Sí	1		
			No	0		
ENFERMETATS	Càncer	Té algun tipus d'enfermetat oncològica activa?	Sí	1	2*	
			No	0		
	Respiratòries	Té algun tipus d'enfermetat respiratòria crònica (EPOC, neumopatia restrictiva,...)?	Sí	1	2*	
			No	0		
	Cardíacques	Té algun tipus d'enfermetat cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, arrítmia)?	Sí	1	2*	
			No	0		
	Neurològiques	Té algun tipus d'enfermetat neurodegenerativa (Parkinson, ELA, ...) o antecedent d'accident vascular cerebral (isquèmic o hemorràgic)?	Sí	1	2*	
			No	0		
	Digestives	Té algun tipus d'enfermetat digestiva crònica (hepatopatia crònica, cirrosis, pancreatitis crònica, malaltia inflam tòria intestinal) ?	Sí	1	2*	
			No	0		
	Renals	Té insuficiència renal crònica (FG < 60)?	Sí	1	2*	
			No	0		
Índex Fràgil-VIG				X / 25 =		

*2 punts si criteris de severitat/progressió NECPAL d'enfermetat (veure darrere)

ANNEX 4. PROPOSTES DE PREGUNTES *TRIGGER* (treball en línia)

DOMINI (dimensió)	PREGUNTA <i>TRIGGER</i> proposada	RESPOSTES possibles (oberta, dicotòmica, elecció múltiple o escala)
FUNCIONAL AIVD	Per a les activitats a la comunitat, necessita actualment ajuda?	Sí / Parcialment / No
	Quin efecte et fa el pacient des del punt de vista funcional?	Múltiple: Autònom, Dependent lleu, Dependent moderat, Dependent greu
	Deambulació:	Múltiple: Autònoma sense dispositius, crossa, suport humà, caminador, cadira de rodes, enllitat
	Pot sortir de casa?	
	Igual que índex VIG	
	Necessita ajuda en les seves tasques o activitats habituals, tant dins com fora de casa? (Maneig de diners, medicació, telèfon)	Sí/No
	Té dificultats per realitzar aquestes activitats?: • Cuinar • Fer les feines de casa i la compra • Gestionar els seus diners • Utilitzar el telèfon o el correu • Desplaçar-se fora de casa • Administrar-se la medicació • Utilitzar els aparells domèstics que necessita	• Sí, per a més de 2 • Sí, però només per a 2 Només per a 1 o per a cap (encara que les faci amb ajuda d'una altra persona o ajuda tècnica)
	Necessita ajuda per gestionar els assumptes econòmics?	Dicotòmica
	S'ocupa de la gestió del seu pressupost quotidià (compres, ingressos bancaris, rebuts)?	Elecció múltiple: Sí Sí, amb dificultat en alguns àmbits. Necessito ajuda
	Habitualment compra el pa o fa petites compres? Pot fer la compra o encarregar-la a algú?	Sí/No
	Quan necessita ajuda, pot cridar per telèfon? Necessita ajuda per trucar per telèfon? Necessita ajuda per a l'ús del telèfon?	Sí/No
	Podria viure sol?	Dicotòmica
	Planeja, prepara i serveix el menjar amb independència?	Dicotòmica (Sí/No)
	Controla la medicació que es pren?	Sí/No
	Necessita ajuda per a la medicació?	Dicotòmica
	Recorda la medicació que pren i com l'ha d'administrar?	<i>Elecció múltiple:</i> La recordo i se administrar-me-la La recordo i necessito ajuda per administrar-me-la No la recordo, m'ajuden No la recordo i no tinc ajuda.
	Davant d'una situació d'emergència, sap com demanar ajuda?	Dicotòmica
	Pot viure només sense cap tipus d'ajuda?	Sí/no
	Podria viure sol al seu domicili?	Sí /amb alguna ajuda / NO

Funcional ABVD	És autònom en el maneig de la medicació?	Autònom / dependent parcial / dependent total
	És autònom per al maneig dels diners?	Autònom / dependent parcial / dependent total
	És autònom per a l'ús del telèfon?	Autònom / dependent parcial / dependent total
	Test de Barthel Barthel (no posaria pregunta <i>trigger</i>) Índex de Barthel (vegeu proposta índex VIG)	70-90 dependència lleu 40-70 dependència moderada <40 dependència greu
	Igual que índex VIG	
	En l'àmbit personal, necessita ajuda per dutxar-se, vestir-se, ús del WC?	Sí/No
	Té dificultats per realitzar una o més d'aquestes activitats?: alimentar-se, vestir-se, desplaçar-se, control de la higiene personal, inclòs el control de l'orina i excrements	Sí, per a més d'1 Sí, però només per a 1 No (encara que les faci amb ajuda d'una altra persona o ajuda tècnica)
	És autònom per a les activitats bàsiques?	Dicotòmica
	Va necessitant ajuda per a les activitats bàsiques?	
	És capaç d'arreglar-se amb independència?	Dicotòmica (Sí/No)
	Es pot vestir sol?	Dicotòmica
	Es pot preparar el menjar?	Dicotòmica
	Té dificultats de mobilitat, per vestir-se o arreglar-se?	En cap, en una, en dos, en les tres

NUTRICIONAL	Ha perdut $\geq 5\%$ de pes en els últims 6 mesos?	Sí/No
	Pèrdua 5% o més pes corporal últims 6 mesos? Ha perdut pes en els últims 6 mesos? Ha perdut pes?	Sí/No
	Ha perdut o guanyat pes de forma visible en l'últim trimestre?	Sí/No
	Pèrdua de pes recent (< 3 mesos)	Elecció múltiple: (3) Pèrdua de pes > 3kg. (2) No ho sap. (1) Pèrdua d'1-3 kg (0) No ha perdut pes
	Es deixa part dels menjars al plat?	Indicar freqüència
	Ha perdut la gana en els últims 6 mesos? Refereix pèrdua de gana o pèrdua?	
	Té anorèxia?	Sí/No
	Pot cuinar?	Sí/No
	Les vegades que menja al dia? Quants àpats fa al dia?	>3 correcta Oberta
	Té gana habitualment?	Sí/No
	Considera que menja de tot (fruita, verdura, carn o peix) en la quantitat adequada? Menja de tots els grups d'aliments?	Sí/no Oberta
	Habitualment, els àpats que fa diàriament?	Una, Dos, Tres, Més de tres
	Què sol esmorzar, menjar i sopar?	DICOTÒMICA Valorar si és una alimentació variada Resposta: Sí/No
	Té capacitat per autogestionar una alimentació adequada?	Sí/No
	S'ennuega amb facilitat?	Sí/No

COGNITIU	Té problemes importants de memòria? Si la resposta és sí, contesti les preguntes següents: Pot viure sol al seu domicili? DC = deteriorament cognitiu	Sí; DC lleu; amb supervisió, DC moderat No; DC greu
	Impressió clínica	No deteriorament cognitiu vs Deteriorament cognitiu (lleu, moderat, greu)
	Té diagnòstic de deteriorament cognitiu?	Sí/No
	Grau de deteriorament cognitiu	No/lleu/moderat/greu
	Test de Lobo	<25 deteriorament cognitiu

	Test Pfeiffer	>5 deteriorament cognitiu
	Li costa recordar fets recents, on deixa les coses o ha arribat a perdre's?	Sí/No
	Té problemes en algun d'aquests aspectes? de memòria, de comprensió, per expressar-se amb claredat de consciència temporal	Sí, en més d'un o en un, però freqüentment Sí, només en un d'ells o en alguns, però puntualment No
	Refereix pèrdues de memòria o altres dèficits cognitius no coneguts l'últim any?	Dicotòmica
	El pacient o el seu entorn refereixen empitjorament cognitiu per causa no explicable l'últim any?	Dicotòmica
	Té dificultats per fer activitats que abans realitzava perquè se li obliden?: cuinar, comprar	Sí/No
	Test cognitiu disponible	Valor
	Els oblitats que té li limiten algun aspecte de la seva vida? (per exemple: fer la compra, viatjar, prendre la medicació, vestir-se)	Oberta
	Ha deixat en els últims mesos de fer alguna activitat que feia anteriorment? (per exemple: trobar-se amb amics, comprar, preparar-se la medicació, etc.)	Oberta
	Digui el seu nom, adreça i número de telèfon.	Elecció múltiple: (1) 3 encerts (2) 2 encerts (3) 1 encert
	Ordenar seqüencialment quatre imatges	DICOTÒMICA
	Si es disposa de diagnòstic cognitiu, incorporar a la valoració.	
	Pensa que li falla la memòria?	Sí/No
	Té més dificultat per orientar-se al carrer?	Sí/No
	Té més dificultat per organitzar-se en el dia a dia?	Sí/No

EMOCIONAL	Se sent bé la majoria dels dies? Se sent inquiet o nerviós?	Sí, poques vegades, no
	Està desanimat o apàtic?	Sí/No
	Refereix trobar-se trist o deprimat?	
	En general, té ganes de viure? (amb o sense medicació antidepressiva)	
	Últimament se sent més trist?	
	Se sent amb baix estat d'ànim?	
	Té labilitat emocional o irritabilitat?	Sí/No
	Està preocupat per alguna cosa?	Sí/No
	Se sent trist o desesperançat?	Sí/No
	Si necessita demanar ajuda, té a qui demanar-la?	Sí/No
	Té persones amb qui compartir emocions i/o sentiments?	Sí/No
	Té ganes de viure?	Sí/no
	Pren antidepressius i/o ansiolítics? Necessita medicació antidepressiva, insomni o ansietat?	Sí/no
	ANSIETAT: 1) s'irrita amb facilitat 2) dorm malament Refereix problemes d'ansietat recentment?	Sí/No
	DEPRESSIÓ: 1) Ha perdut confiança en si mateix o interès per les coses? 2) Pensa que els altres estan millor? Refereix dificultat a l'hora d'agafar el son?	Sí/No
	Pot/vol parlar amb algú dels seus sentiments/emocions/ problemes?	Oberta
	Té projectes o interessos pendents de realitzar?	Oberta

	En els últims 3 mesos, s'ha produït algun canvi important en les seves relacions personals?	Pregunta oberta
	Viu sol? Si la resposta és afirmativa, preguntar: Té familiars o amics que el poden ajudar	DICOTÒMICA Sí/No
	En una escala de 0 a 10, com d'animat creu que està per fer activitats? 0 gens animat i 10 molt animat	Escala de 0 a 10
	Escala de Yesavage- 5 ÍTEMS	

SOCIAL	Hi ha percepció per part dels professionals/ <i>familiars</i> o <i>veïns</i> (comunitat) de situació de vulnerabilitat social?	Sí/No
	Puntuació TIRS ≥ 1 ? TIRS ≥ 1 (no posaria pregunta <i>trigger</i>)	Identificar factors
	Nivell educatiu	Baix, mitjà, alt
	Capacitat i disponibilitat de cuidador	Oberta
	Si viu acompanyat, disposa de cuidador?	Sí/No
	Li fa falta ajuda en les seves cures personals, situació familiar, economia, habitatge o accés a relacions socials i amistats?	No, una mica, bastant, molt, del tot Assenyalar àrea/es
	En general, se sent ben acompanyat?	Sí/No
	Manté alguna relació social o familiar satisfactòria?	Sí, amb freqüència Sí, esporàdicament No
	Refereix tenir problemes amb el seu estat social per portar la seva situació de salut?	Dicotòmica
	Refereix haver consultat amb TSS per dificultats socials en relació amb la seva situació clínica?	Dicotòmica
	Viu sol? Dorm sol? Passa sol la major part del dia? Si necessita suport d'algú, té cuidador?	Dicotòmica
	A qui avisa quan té un problema o una urgència?	Oberta
	Se sent acompanyat?	Dicotòmica
	Com ocupa el seu temps?	Resposta oberta
	Realitza activitats amb la parella o grup d'amics?	Elecció múltiple: habitualment, alguna vegada Mai
	Quins aspectes li agradaria modificar de casa seva? (Valorar disponibilitat econòmica per a les despeses habituals, necessitat de productes de suport, etc.)	Resposta oberta
	Ha acudit a serveis socials?	Sí/no

CLÍNICA (MALALTIES)	Càncer. Té algun tipus de malaltia oncològica activa? <i>Nota: seria important saber si està en tractament o no</i>	Sí/No
	Malaltia oncològica activa?	Sí/No
	Respiratòries: Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica?	Sí/No
	Malaltia respiratòria crònica (MPOC, ASMA...)	Sí/No
	Oxigenoteràpia crònica domiciliària?	Sí/No
	Cardíacques: Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica?	Sí/No
	Neurològiques: Té algun tipus de malaltia neurològica, neurodegenerativa?	Sí/No
	Hepàtiques: té algun tipus de malaltia hepàtica crònica? Patologia hepàtica o digestiva crònica (hepatopatia, cirrosi, pancreatitis, MII, Crohn...)	Sí/No
	Renals: té insuficiència renal crònica? (FG < 60)	Sí/No
	GMA GMA ≥ 5 GMA (no posaria pregunta <i>trigger</i>)	Indicar nivell Dicotòmica Sí/No
	PCC/MACA?	NO/PCC/MACA
	Nombre d'ingressos hospitalaris últim any	Nombre

Ha ingressat 2 o més vegades en els últims 12 mesos?	
Ha tingut algun ingrés hospitalari en els últims mesos?	
Gravetat de la patologia crònica	
Presència de patologia invalidant	
S'ofega en caminar per casa?	
Té dolor habitualment?	
En relació amb les seves malalties, presenta algun símptoma (agreujat o de nova aparició) que l'estigui limitant físicament o emocionalment?	No, una mica, bastant, molt, del tot
Té problemes de salut crònics que requereixin tractament?	Sí, i limiten la meua autonomia Sí, però no em limiten No
Ha tingut en l'últim trimestre alguna malaltia que encara no ha superat completament?	Sí No
Segueix el tractament que necessita per a les seves malalties?	Sí No
Una o diverses malalties han comportat situació d'empitjorament o dificultats en el maneig del pacient?	Dicotòmica
Va a Urgències sovint o hi ha anat recentment?	Sí/No

SÍNDROMES GERIÀTRIQUES i SÍMPTOMES	Ha patit deliris en els últims 6 mesos? Ha presentat trastorn del comportament/atenció que hagi requerit atenció mèdica? Ha presentat algun episodi de deliri l'últim any? Pren neurolèptics?	Sí/No
	Caigudes: en els últims 6 mesos ha presentat ≥ 2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit hospitalització? Ha tingut alguna caiguda accidental l'últim any? Nombre de caigudes	Sí/No >2 alterat
	Úlceres: presenta alguna úlcera (per decúbit o vascular) de qualsevol grau?	Sí/No
	Polimedicació: Habitualment, pren ≥ 5 fàrmacs?	Sí /No
	Disfàgia: S'ennuega freqüentment quan menja o beu?	Sí/No
	DOLOR: té dolor diàriament? Presenta dolor crònic Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors per a control del dolor?	Sí/No
	Té incontinència?	Sí/No
	Té úlceres per pressió o nafres vascular o història prèvia?	Sí/ No / Història prèvia
	S'ennuega amb líquids o aliments?	Sí/No
	BMRC/NYHA 3-4?	Sí/No
	Rep 5 o més fàrmacs?	4 o més
	Nombre de fàrmacs que pren?	2 o 3
	Quants medicaments diferents pren vostè diàriament?	1 o cap
	Presenta disfàgia?	Sí/No
	Úlceres per pressió?	Sí/No
	S'ha desorientat a l'hospital o a casa últims 6 mesos?	
	Ha presentat algun episodi o s'ha agreujat algun símptoma relacionat amb: desorientació/confusió, caigudes, necessitat de cures, problemes a l'hora d'empassar ? Quin/s? L'últim any, el pacient refereix haver presentat alguna caiguda o consta alguna caiguda?	Sí/No
	Ha estat ingressat o atès durant l'últim semestre per: deliris, úlceres, caigudes o disfàgia?	Sí, per més d'una d'aquestes circumstàncies Sí, per una de sola No
	L'últim any, el pacient ha presentat un episodi de deliri relacionat amb un procés agut o una hospitalització?	Dicotòmica

	Refereix algun símptoma que interfereix en la seva qualitat de vida?	Dicotòmica
	Deambulació	Dicotòmica (Sí/No)
	Problemes d'esfínters?	Dicotòmica (Sí/No)
	Problemes de visió o audició?	Dicotòmica (Sí/No)
	DISPNEA: la dispnea basal li impedeix sortir de casa i/o que requereix opiàcis habitualment?	Sí/No

ATENCIÓ CLÍNICA URGENT	Ha estat atès ≥ 2 ocasions pel servei d'urgències hospitalari en els últims 6-12 mesos?	Sí/No
FRAGILITAT	ESCALA FRAIL (aquesta, preferentment, si no fos perquè s'ha escollit el Gérontopôle per al cribratge en l'APTITUDE; ens sembla més senzilla i ràpida).	
	<i>Gérontopôle frailty screening tool</i>	
	Coneix la medicació que pren i la manera de fer-ho?	Sí/No
Compliment terapèutic	Té algú que la hi administri si no és capaç de fer-ho?	Sí/No
RISCOS/SEGURETAT	Creu que pot tenir risc per conduir vehicles?	Sí/No
	Creu que pot tenir risc per manipular gas en cuinar o per escalfar-se el menjar?	Sí/No
	Creu que pot tenir risc pel fet d'estar sol?	Sí/No