

## Índex de contingut

I- JUSTIFICACIÓ.....	7
I-1. Motivació general.....	8
I-2. Motivació personal.....	10
II- INTRODUCCIÓ.....	11
II-1. Atenció primària de salut: definició i concepte.....	12
II-2. Atenció primària orientada a la comunitat.....	13
II-2-1. Caracterització de la comunitat.....	14
Definició de comunitat.....	14
Característiques geogràfiques.....	15
Història de la formació dels nuclis de població.....	15
Dades medi-ambientals.....	16
Informació demogràfica.....	16
Informació socio-econòmica.....	17
Utilització dels serveis.....	18
II-2-2. Estat de salut de la comunitat.....	18
Mortalitat.....	18
Morbidity.....	19
Altres mesures de l'estat de salut.....	20
II-3. L'envelliment.....	21
II-3-1. Definició.....	21
II-3-2. Epidemiologia.....	22
A nivell mundial.....	22
A nivell europeu, espanyol i català.....	24
II-3-3. Característiques de l'envelliment.....	26
Canvis biològics.....	27
Sistema Múscul-esquelètic.....	27
Aparell Respiratori.....	28
Aparell Cardiovascular.....	28
Sistema Neurològic.....	29
Sistema immune.....	30
Sistema genito-urinari.....	31
Aparell digestiu.....	32
Canvis cutanis.....	32
Canvis en el patró de la son.....	33
Canvis en els paràmetres analítics.....	33
Canvis psicològics.....	33
Canvis de la personalitat.....	33
Canvis intel·lectuals.....	34
Canvis socials.....	35
II-3-4. Malaltia i envelliment.....	36
II-3-5. L'ancià fràgil.....	39
II-3-6. L'avi "oreneta".....	40
II-3-7. Síndromes geriàtriques.....	41
Immobilitat.....	41
Úlceres de pressió.....	43

## Valoració geriàtrica integral en atenció primària.

---

Caigudes .....	43
Síndrome confusional aguda.....	45
Incontinència urinària .....	48
Malnutrició .....	49
Restrenyiment .....	51
Depressió .....	52
Demència .....	53
Alteracions sensorials.....	54
Dèficit visual.....	55
Hipoacusia .....	56
Polifarmàcia.....	57
II-4. Valoració Geriàtrica Integral (VGI) .....	61
II-4-1. Definició.....	61
II-4-2. Antecedents.....	61
II-4-3. Objectius.....	63
II-4-4. Àrees a avaluar.....	63
Clínica/Biològica: .....	64
Funcional: .....	64
Mental.....	65
Social.....	65
II-4-5. A qui fer la VGI?.....	66
II-4-6. Instruments de VGI.....	67
Avaluació clínica:.....	68
Caigudes.....	69
Incontinència urinària.....	69
Malnutrició.....	70
Síndrome confusional .....	72
Agudeses visual.....	72
Dèficit auditiu.....	72
Avaluació funcional.....	73
Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).....	73
Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).....	74
Avaluació mental.....	74
Avaluació cognitiva.....	74
Avaluació afectiva.....	75
Avaluació social.....	76
Qualitat de vida.....	76
Instruments genèrics: .....	77
Instruments específics en ancians.....	78
Qualitat de vida del cuidador:.....	78
II-5. Abordatge de l'envelliment des de l'atenció primària.....	78
III-OBJECTIUS.....	81
III-1. Objectiu general.....	82
III-2. Objectius específics.....	82
IV-MATERIAL I MÈTODES.....	83
IV-1. Característiques de l'estudi.....	84
IV-1-1. Tipus d'estudi .....	84

## Valoració geriàtrica integral en atenció primària.

---

IV-1-2. Població d'estudi.....	84
IV-1-3. Període d'estudi.....	84
IV-2. Mostreig.....	84
IV-2-1. Unitat primària de mostreig.....	84
IV-2-2. Tipus de mostreig.....	84
IV-2-3. Criteris d'estratificació.....	84
IV-2-4. Amplitud de la mostra.....	84
IV-3. Descripció del lloc d'estudi .....	86
IV-3-1. Característiques geogràfiques.....	86
IV-3-2. Dades demogràfiques i socioeconòmiques.....	87
IV-3-3. Recursos sanitaris disponibles.....	87
IV-3-4. Mortalitat.....	87
IV- 4. Instruments de mesura.....	88
IV-4-1. Qüestionari general.....	88
IV-4-2. Instruments específics.....	89
IV-4-3. Examen físic.....	91
IV-5. Descripció de les variables d'estudi.....	92
IV-5-1. Variables demogràfiques i socioeconòmiques.....	92
IV-5-2. Variables de la utilització dels serveis sanitaris.....	94
IV-5-3. Variables de valoració geriàtrica.....	95
Variables clíniques:.....	95
Variables de l'avaluació funcional i mental.....	97
Avaluació social.....	98
Variables de morbiditat percebuda i qualitat de vida:.....	98
Classificació tipus d'ancià.....	98
IV-6. Procediment.....	99
IV-7. Anàlisi estadística.....	100
V- RESULTATS.....	102
V-1. Descripció de la mostra.....	103
V-1-1. Participació.....	103
V-1-2. Origen dels subjectes.....	103
V-1-3. Edat i sexe.....	104
V-2. Descripció de variables sociodemogràfiques .....	106
V-2-1. Estat civil.....	106
V-2-2. Tipus de convivència.....	107
V-2-3. Existència de fills.....	108
V-2-4. Origen laboral.....	108
V-2-5. “Avi oreneta”.....	109
V-2-6. Classe social.....	109
V-2-7. Nivell d'instrucció.....	110
V-2-8. Coneixement del català.....	110
V-2-9. Lloc d'origen.....	111
V-2-10. Nivell ingressos econòmics.....	113
V-2-11. Font d'ingressos econòmics.....	114
V-2-12. Subjectivitat dels ingressos.....	114
V-2-13. Tinença de l'habitatge.....	115
V-3. Utilització de recursos sanitaris.....	116

## Valoració geriàtrica integral en atenció primària.

---

V-3-1. Accessibilitat als serveis sanitaris .....	116
V-3-2. Programa ATDOM.....	117
V-3-3. Visites mèdiques a l'atenció primària .....	119
V-3-4. Visites d'infermeria des de l'atenció primària.....	121
V-3-5. Altres activitats des de l'atenció primària.....	122
V-3-6. Atenció Hospitalària.....	123
V-3-7. Serveis socio-sanitaris.....	125
V-4. Resultats de la Valoració Geriàtrica Integral.....	127
V-4-1. Avaluació Clínica.....	127
Prevalença de factors de risc.....	127
Prevalença de malalties cròniques .....	131
Hàbits relacionats amb la salut.....	134
Tabac.....	134
Alcohol.....	135
Activitat física.....	137
Salut dental.....	137
Activitats preventives.....	139
Vacunes.....	139
Cribratge obesitat.....	140
Cribratge HTA.....	140
Cribratge Hipercolesterolèmia.....	140
Cribratge hàbits tòxics.....	140
Cribratge càncer mama i coll uterí.....	141
Síndromes geriàtriques.....	142
Caigudes .....	142
Incontinència urinària.....	145
Restrenyiment .....	148
Malnutrició .....	150
Dèficit visual.....	152
Dèficit auditiu.....	155
Consum de fàrmacs.....	158
V-4-2. Avaluació mental.....	165
Deteriorament cognitiu .....	165
Depressió.....	166
V-4-3. Avaluació funcional.....	169
Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).....	169
Activitats bàsiques de la vida diària ( ABVD).....	171
Estat de l'equilibri.....	173
Estat de la marxa.....	174
V-4-4. Avaluació social.....	177
Recolzament social subjectiu.....	177
Avaluació dels risc socio-familiar.....	179
Condicions de l'habitatge.....	182
V-5. Autopercepció de salut i qualitat de vida.....	183
V-5-1. Patologia percebuda.....	183
V-5-2. Autopercepció de salut.....	187
V-5-3. Qualitat de vida .....	189

## Valoració geriàtrica integral en atenció primària.

---

V-6. Prevalença d'ancians fràgils.....	206
V-7. Classificació segons la VGI.....	207
VI-DISCUSSIÓ.....	209
VI-1. Metodologia de l'estudi .....	210
VI-2. Instruments de mesura.....	211
VI-2-1. Qüestionari.....	211
VI-2-2. Examen de salut.....	213
VI-3. Resultats.....	214
VI-3-1. Dades sociodemogràfiques.....	214
Edat i sexe.....	214
Estat civil.....	214
Tipus convivència.....	215
"Avi oreneta".....	216
Classe social.....	216
Nivell d'instrucció.....	216
Coneixement del català i lloc d'origen.....	217
Situació econòmica i tinença de l'habitatge.....	217
VI-4. Utilització recursos sanitaris.....	218
VI-5. Resultats de la VGI.....	221
Prevalença de FR.....	221
Hipertensió arterial.....	221
Diabetis Mellitus.....	221
Hipercolesterolemia.....	222
Obesitat.....	222
Patologia crònica.....	222
Hàbits relacionats amb la salut.....	223
Salut dental.....	224
Activitats preventives.....	224
Prevalença síndromes geriàtriques.....	227
Caigudes.....	227
Incontinència urinària.....	229
Restrenyiment .....	231
Malnutrició .....	232
Dèficit visual .....	233
Hipoacusia .....	235
Polifarmàcia .....	237
Deteriorament Cognitiu.....	239
Depressió.....	240
VI-5-7. Capacitat funcional.....	241
VI-5-8. Valoració social.....	244
VI-5-9. Percepció de salut .....	246
VI-5-10. Qualitat de vida.....	247
VI-5-11. Ancians fràgils.....	248
VII- CONCLUSIONS.....	251
VII-1. Dades sociodemogràfiques.....	252
VII-2. Accessibilitat i utilització de recursos.....	252
VII-3. Síndromes geriàtriques.....	253

## **Valoració geriàtrica integral en atenció primària.**

---

VII-4. Factors predictors d'incapacitat.....	255
VII-5. Percepció de salut i qualitat de vida.....	256
VII-6. Classificació dels ancians segons la valoració geriàtrica integral.....	257
VIII-BIBLIOGRAFIA.....	258
IX-ANNEXES.....	292
Annex 1. Qüestionari.....	293
Annex 2. Criteris de fragilitat.....	298
2-1. Criteris d'ancià fràgil de l'O.M.S.....	298
2-2. Criteris d'ancià fràgil de Barber.....	298
Annex 3. Mini Nutritional Assessment (MNA).....	299
Annex 4. Índex de Barthel.....	301
Annex 5. Índex de Lawton-Brody.....	303
Annex 6. Test de Pfeiffer.....	305
Annex 7. Test de Yesevage.....	306
Annex 8. Escala socio-familiar de Gijón.....	307
Annex 9. Test Nottingham Health Profile.....	308
X- COMUNICACIONS A JORNADES I CONGRESSOS .....	310

# **I- JUSTIFICACIÓ**

## **I-1. Motivació general**

L'envelliment de la població als països industrialitzats, és conseqüència del descens de la natalitat, l'augment de l'esperança de vida i disminució de la mortalitat. És un fet demogràfic sense precedents en la història de la humanitat: la població de gent gran mai havia estat tan nombrosa. L'O.M.S. afirma, que el sector de població que més creixerà a la majoria dels països desenvolupats, en els propers anys, serà el de "molt vells" (persones majors de 80 anys) (2<sup>a</sup> Assemblea Madrid-2002 OMS). A Espanya, es preveu que a l'any 2010 hi haurà més de 6 milions de persones majors de 65 anys, i 1.800.000 podrien superar els 80 anys. A Catalunya, les persones majors de 65 anys representen gairebé el 18% de la població, percentatge que duplica l'existent ara fa 50 anys. Les estimacions elaborades per l'Institut d'Estadística de Catalunya, preveuen que a l'any 2030, els majors de 65 anys seran un 24% de la població total. Existeixen algunes veus discrepants en aquest darrer fet, que consideren que no es té en compte la immigració de gent jove procedent de països de l'est d'Europa, Amèrica llatina i sobretot del nord d'Àfrica, que s'ha produït i es produirà presumiblement en els propers anys. Aquest fet podria modificar l'actual tendència d'envelliment de la població. Això, de ser cert, podria fer variar el percentatge de població major de 65 anys, però no el nombre absolut d'aquesta.

L'envelliment, s'associa a pluripatologia, augment en la incidència i prevalença de determinades malalties i processos degeneratius que poden conduir a incapacitat i dependència. El canvi demogràfic, ja exposat anteriorment, suposarà un gran impacte en tots els àmbits de la societat: família, habitatge, vida laboral i impostos. En l'àmbit sanitari, la repercussió es farà patent en tots els nivells assistencials que farà necessari aplicar nous recursos i estructures.

L'objectiu de la O.M.S i de les societats científiques, és el d'arribar a la vellesa amb un bon estat de salut, mantenint la capacitat funcional el millor possible, acceptada aquesta com el millor indicador de salut i com un factor predictiu respecte el consum socio-sanitari.

L'administració comença a ser conscient del canvi que en matèria sanitària i social suposa tota aquesta nova població consumidora de recursos. Se sap que la gent gran consumeix el 50 % del total del temps dels professionals i el 62 % del cost farmacèutic. També son conscients els propis ancians, de la seva problemàtica i es comencen a mobilitzar per tal de fer sentir la seva veu i exigir a l'administració i a la societat en general, el dret el ser tinguts en compte.



Així ho expressaren en el darrer *IV Congrés de la gent gran*, celebrat a Barcelona l'any 2001. Els gestors sanitaris, coneixedors de les necessitats de la gent gran i de la disponibilitat de l'Atenció primària, per proporcionar-les, està des de fa una anys, promovent l'atenció domiciliària, com instrument per atendre a aquesta població, sense extreure'ls del seu hàbitat i de la comunitat. L'atenció primària, amb els seus equips interdisciplinaris situats a la comunitat, té les condicions necessàries que requereix l'atenció a la gent gran en totes les seves vessants: bio-psico-social i funcional.

En l'actualitat, la majoria d'autors coincideixen, que l'avaluació de la gent gran ha d'estar orientada a la funcionalitat i englobar tant l'esfera clínica, com la mental i social. Aquesta valoració integral se la coneix com Valoració geriàtrica global o integral. Si bé hi ha estudis, que demostrin la seva efectivitat a nivell institucional, hi ha controvèrsia sobre l'efectivitat a nivell comunitari. A la nostra àrea geogràfica hi ha pocs estudis sobre la prevalença d'ancians fràgils i sobre la situació de salut dels ancians. Estan definits els factors de risc per catalogar un ancià com a fràgil, però no es coneixen en quin grau aquests afecten la futura capacitat funcional del vell. No existeixen estudis longitudinals que aportin evidència científica de si l'atenció domiciliària és realment més cost-efectiva. Desconeixem el percentatge d'ancians que no contacten amb els serveis sanitaris, perquè no ho fan i quin és el seu estat de salut. D'altre banda, són escassos els estudis sobre prevalença de determinades síndromes geriàtriques, en l'àmbit comunitari. No sabem quina percepció tenen de la seva salut, ni com és la qualitat de vida dels ancians.

Planificar els serveis orientats a la comunitat, precisa d'informació directa i real de les necessitats. Això és un pas essencial per determinar les prioritats en salut comunitària i també, per fer previsió dels recursos i serveis necessaris per aconseguir els objectius que ens fixem. Per posar en marxa programes de salut comunitària, cal una planificació que tingui com a punt de partida els problemes i les necessitats de la població.

Per tot això, creiem necessari fer un diagnòstic de salut de la nostra població geriàtrica, com a punt de partida per: identificar problemes i necessitats d'aquest subgrup tan específic de població, establir prioritats, programar intervencions per respondre als problemes prioritaris i avaluar posteriorment l'impacte d'aquests. També podria servir de base per un estudi longitudinal, que valorés quins factors tenen més impacte sobre la futura aparició de

dependència en la gent gran.

## **I-2. Motivació personal**

En la meua feina diària com a metge de família d'un A.B.S. urbana he pogut observar una sèrie de fets que em varen motivar a interessar-me per la investigació en el camp de la cura de la gent gran. Són la població que amb més freqüència atenem, que tenen més problemes de tot tipus, no tan sols biològic, i és la que més recursos consumeix.

En l'atenció primària, és important l'atenció comunitària, sovint descuidada, ja sigui per falta de temps, recursos, informació o formació adequada. A l'hora d'instaurar qualsevol programa comunitari sobre ancians, ens trobem amb un important desconeixement d'aquests i de la seva situació. Existeixen problemes a l'hora de definir els grups d'ancians sobre els que aplicar determinats programes d'intervenció. No coneixem quins ancians de les nostres consultes presenten criteris per considerar-los de risc o fràgils. Les malalties en els ancians tenen unes característiques específiques sovint amb forma de presentació atípiques i amb un pronòstic molt important sobre la seva capacitat funcional .

Per tot això vaig creure interessant i sobretot molt útil fer la meua tesis doctoral sobre l'estat de salut de la gent gran del nostre medi amb la finalitat de definir-lo. El coneixement d'aquest fet podria servir com a base per la realització posterior de programes d'intervenció sobre aquest col·lectiu.

# II- INTRODUCCIÓ

## **II-1. Atenció primària de salut: definició i concepte**

A partir dels primers anys de la dècada dels setanta i sobretot a partir de la declaració de l'O.M.S. en la conferència de Alma-Ata (1978), on es va definir el concepte d'Atenció Primària de Salut (APS), tot el conjunt de professionals sanitaris, la societat i la classe política, van assumir la necessitat de re-orientar els sistemes sanitaris. La salut és un dret fonamental de la persona i és necessària la col·laboració dels diferents sectors tècnics i socials pel seu manteniment.

L'O.M.S defineix l'A.P.S com: "l'assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctiques, científicament fundades i socialment acceptables, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar. L'atenció primària de salut és una part integrant del Sistema Nacional de Salut del qual constitueix l'eix central i el nucli principal i representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el Sistema Nacional de Salut, apropant l'atenció de salut al lloc on resideixen i treballen les persones, constituint el primer element d'un procés permanent d'assistència". (Martin Zurro i cols.1999).

La pròpia definició de l'OMS conté tots els elements conceptuals principals que caracteritzen l'APS :

- Integral (considera l'individu des de les esferes biològica, psicològica i social).
- Integrada (promoció de la salut, prevenció de malalties, tractament, rehabilitació i reinserció social).
- Continuada i permanent (al llarg de la vida i en diferents àmbits: domicili, escola... i en qualsevol situació: consulta al centre, atenció continuada, seguiment hospitalari).
- Activa (resolent necessitats de salut encara que no siguin expressades, amb especial referència a la promoció i prevenció).
- Accessible (ha de ser el primer contacte del ciutadà amb el sistema sanitari, ha de ser accessible a tota la població no sols en termes geogràfics, sinó també des del punt de vista d'equitat i justícia social).

- Treball en equip (equips multidisciplinaris).
- Comunitària i participativa (amb atenció a la salut col·lectiva i no només dels individus, basada en la participació activa de la comunitat en tot el procés de planificació, programació i posada en marxa dels programes comunitaris).
- Programada i avaluable (amb actuacions basades en programes de salut i mecanismes de control i avaluació clarament establerts).
- Docent i investigadora (desenvolupant activitats de docència pre i post-graduada, de formació continuada dels professionals i d'investigació bàsica i aplicada a matèries pròpies de l'àmbit de l'atenció primària).

De manera ideal l'APS hauria d'anar dirigida a la resolució de les necessitats i problemes de salut concrets de cada comunitat, que haurien de ser tractats partint d'activitats coordinades de promoció, prevenció, tractament i rehabilitació, potenciant al mateix temps l'autoresponsabilitat i la participació comunitària.

## **II-2. Atenció primària orientada a la comunitat**

L'atenció primària orientada a la comunitat (APOC), per Starfield (1992), és un dels elements claus de la definició feta per l'O.M.S. de l'atenció primària i està considerada com la millor estratègia per millorar la salut de les comunitats, essent alhora complementària de l'atenció individual i de la família. Es consideren activitats comunitàries, aquelles d'intervenció i participació, que es realitzen amb grups de població amb característiques, necessitats o interessos comuns i sempre dirigides a promoure la salut, incrementar la qualitat de vida i el benestar social, potenciant la capacitat de les persones i els grups, per l'abordatge dels seus propis problemes i necessitats.

La metodologia de l'APOC, sistematitzada per Kark i Abramson 1981, té el següent esquema (Fig.II-1) :

- Examen preliminar de la situació de salut. Primera fase del procés. Aquesta és la fase objecte d'aquest treball i la que definirem amb més precisió.
- Priorització dels problemes de salut comunitaris: porta a la identificació del problema o

problemes principals, que segons l'examen preliminar, mereix una intervenció comunitària.

- El problema comunitari s'analitza en profunditat (diagnòstic comunitari). A partir d'aquest diagnòstic es decideix la intervenció a realitzar, que serà planificada, implementada i avaluada per re-iniciar el cicle, d'acord amb els resultats obtinguts de l'avaluació i amb el manteniment de l'examen preliminar, que s'ha anomenat "monitorització de l'estat de salut". (Montaner 1994).

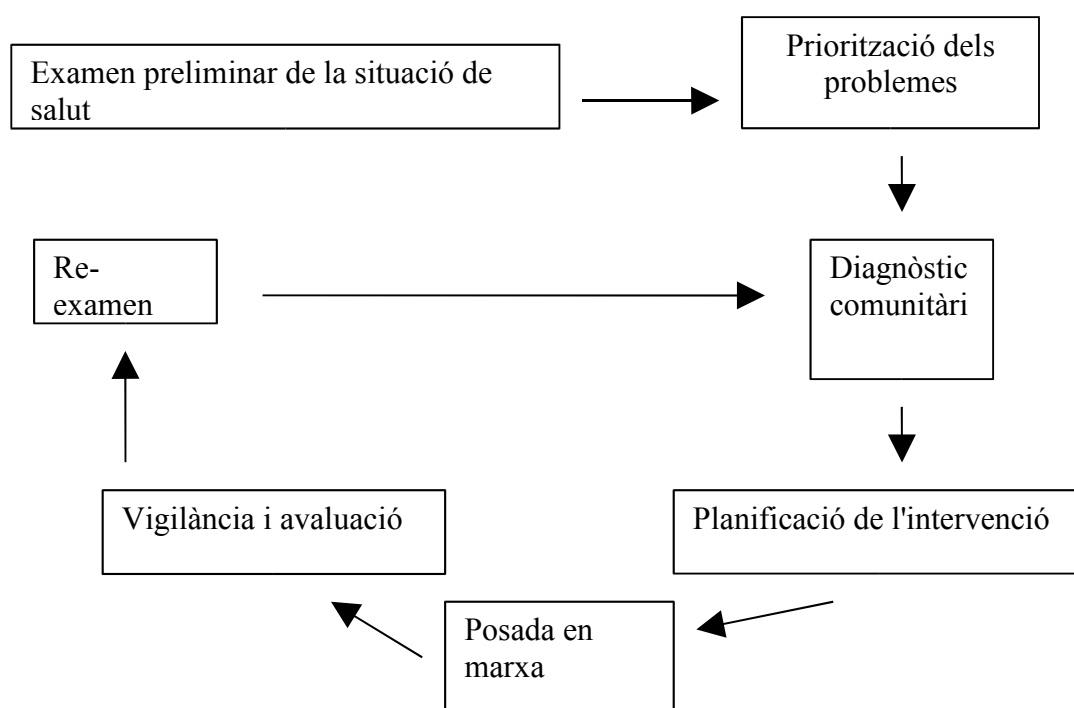


Figura II-1. Cercle metodològic de l'A.P.O.C

*Els elements bàsics de l'examen preliminar en APOC son:*

### II-2-1. Caracterització de la comunitat

#### *Definició de comunitat*

Al fer l'anàlisi de la situació de salut, s'ha de determinar el tipus de comunitat i les característiques dels subjectes que l'integren. La definició i descripció de la població

responsabilitat d'un EAP, és un dels requisits bàsics per l'APOC.

Les dificultats a l'hora de definir i delimitar la comunitat poden ser:

- Els límits establerts poden variar, per raons administratives, en un determinat moment.
- Els límits geogràfics, no s'adapten sempre a comunitats reals de del punt de vista sociològic.
- El sistema actual de lliure elecció del centre de salut, pot comportar una dispersió de la població que pot dificultar el càlcul d'indicadors en no disposar d'un denominador concret i mesurable.

### ***Característiques geogràfiques***

Ajuden a ubicar la comunitat i donen informació medi-ambiental. Els desnivells, barreres geogràfiques i les comunicacions són elements que poden determinar la freqüència i la utilització dels serveis sanitaris. S'han de destacar aquelles característiques que poden influir sobre la salut o l'ús dels serveis.

L'obtenció de les dades geogràfiques ens permetrà:

- Conèixer l'accessibilitat geogràfica de les diferents zones, la qual cosa pot explicar diferències en la demanda i els serveis.
- Conèixer problemes específics relacionats amb el medi físic (carreteres, desnivells....).
- Establir zones o barris dintre del perímetre geogràfic, amb diferents nivells de salut.
- Determinar connexions viàries amb altres serveis o recursos sanitaris.
- Determinar la densitat de la població.

### ***Història de la formació dels nuclis de població***

Actualment, té especial rellevància el fenomen migratori que s'està produint en el nostre país. Es creen nous nuclis de població, o es produeixen canvis importants en els existents, amb la possibilitat de creació de guetos. La transcendència d'aquest tipus d'informació sobre la salut dels individus és important, ja que aporta coneixements sobre la ubicació de la població segons creences religioses o culturals, diversitat de llengües i races, o els moviments migratoris que

poden condicionar diferències culturals, de comportaments i, per tant diferències en els seus problemes de salut i diferents maneres d'utilitzar els serveis.

### ***Dades medi-ambientals***

Hi ha molts factors medi-ambientals que poden influir sobre la salut de la comunitat:

- Relacionats amb l'aigua potable i el tractament d'aigües residuals
- Relacionats amb l'aire. Els contaminants atmosfèrics que ara es mesuren són diòxid de sofre, partícules en suspensió, òxids de nitrogen, monòxid de carboni, ozó, sulfur d'hidrogen i hidrocarburs. També té interès mesurar la contaminació acústica en ciutats, zones densament poblades i zones industrials.
- Relacionades amb el sòl: abocadors d'escombraries, distribució d'habitatges i espais verds.
- Relacionades amb la flora i fauna: control del bestiar, ús de plaguicides, etc. Això és de molt interès en zones rurals.
- Relacionades amb l'alimentació: control de manipuladors i comerços d'alimentació.

Aquest tipus d'informació sovint és difícil de trobar i no acostuma a estar detallada per zones geogràfiques tan petites com les que es treballa en atenció primària. De vegades es molt especialitzada i difícil d'interpretar. Per això es recomana no fer una recerca exhaustiva, sinó només d'aquelles dades que poden tenir importància per les característiques de la comunitat en estudi.

### ***Informació demogràfica***

Les característiques demogràfiques, bàsicament l'edat i el sexe de la població, constitueixen un dels principals determinants de la salut. Es per altra banda, una informació que complementa la definició de la comunitat i ens permet establir el denominador que conforma la base poblacional. La informació demogràfica permet fer previsions sobre les necessitats de salut i construir els denominadors per als programes d'intervenció comunitària.

Aquesta informació es pot recollir de diverses maneres:

- Distribució per grans grups d'edat i sexe.



- Distribució per grups d'edats agrupats en 5 anys i per sexe.
- Indicadors demogràfics: es destaquen aquells índexs i taxes que caracteritzen millor la població per a l'examen preliminar.
- És important construir la piràmide poblacional perquè permet una visió ràpida i la possibilitat de practicar comparacions gràfiques amb altres poblacions o amb la mateixa població al llarg del temps.

Els principals problemes a l'hora de recollir aquesta informació referida a un ABS són

- La informació demogràfica és global i no està separada per àrees bàsiques.
- Poblacions de menys de 50.000 habitants, tenen problemes de significació estadística. Això comporta que per calcular alguns indicadors calgui agrupar informació de diversos anys.
- La població, de vegades té característiques que no estan contemplades en el cens o padró: empadronats que no resideixen en la zona o ho fa temporalment, residents no empadronats, zones de gran flux estacional, població il·legal....etc. Es recomana utilitzar com a font d'informació el padró municipal actualitzat, i valorar les situacions esmentades, per determinar si afecten a un nombre elevat de persones o si representen un volum important de les consultes.

### ***Informació socio-econòmica***

Les característiques socials i econòmiques de l'individu i el seu entorn, són importants determinants de salut i d'ús dels serveis, a més de ser predictors de necessitats.

Les més estudiades pel seu impacte són:

- Grau d'instrucció: habitualment s'utilitza el percentatge de població amb un nivell d'estudis determinat.
- Situació laboral. És un indicador important el percentatge de persones en atur, que es calcula a partir de la taxa d'atur registrat (INEM) i la població activa de l'enquesta de població activa de l'últim trimestre de referència.

- Classe social. En atenció primària, la forma més habitual de determinar-la és a través de la codificació de l'ocupació de l'individu o del cap de família.
- Origen ètnic o grups amb un origen cultural diferent de l'entorn, ja que comporta diferents estils de vida, hàbits alimentaris, factors de risc i d'altres.
- Coneixement de l'idioma habitual de l'entorn, la qual cosa valora el grau d'integració en la comunitat on viuen.
- Condicions de l'habitatge. Segons l'entorn pot ser útil recollir informació sobre canalització d'aigües, residus, amuntegament, superfície de les llars...etc..
- Algunes condicions rellevants per determinats col·lectius, com el percentatge de persones grans que viuen soles, ja que és un grup de població que concentra un alta utilització de serveis socio-sanitaris.

### ***Utilització dels serveis***

La utilització dels serveis sanitaris es defineix com l'atenció proporcionada, en forma de contacte assistencial. Aquest concepte difereix del de "accessibilitat", ja que aquesta és l'oportunitat de rebre atenció sanitària sigui utilitzada o no. La utilització dels serveis es relaciona amb molts factors (individuals, familiars, professionals) però el seu principal determinant és la morbiditat sentida. També pot ser útil recollir informació sobre la cobertura de la població, la freqüentació, el grau de derivació i els motius de consulta.

### **II-2-2. Estat de salut de la comunitat**

La informació necessària per conèixer l'estat de salut d'una comunitat, ve donada pels indicadors negatius de salut (mortalitat, morbiditat, factors de risc, incapacitats ...etc.), els indicadors positius (vacunacions...etc) i es completa amb informació qualitativa proporcionada per la mateixa comunitat i pels professionals que hi treballen.

#### ***Mortalitat***

És la dada sanitària més disponible i fàcil d'obtenir. Es mesura amb taxes brutes, específiques i estandarditzades. Si treballem amb poblacions petites, les taxes específiques tindran una fluctuació que farà difícil la interpretació. Per això es treballa amb nombres

absoluts i percentatges (mortalitat proporcional), que ens permetrà valorar la importància relativa de cada causa de mort. Per comparar les dades, haurem d'utilitzar de manera obligatòria taxes estandarditzades pel mètode directe o indirecte. Altres dades també molt útils de recollir, si és possible, són les dades d'anys potencials de vida perduts (APVP) i la mortalitat evitable, anomenada també causes de mort sanitàriament evitables (MSE), que posa de manifest aquelles causes per les quals hi ha mesures preventives o curatives.

Com a norma general es recomana recollir:

- Les 10 primeres causes de mort de la població total i la distribució per edat i sexe.
- Les 10 primeres causes de mort prematura, que és aquella que te lloc abans del 70 anys o abans de l'edat corresponent a l'esperança de vida de la població. Cal fer-ho per a la població total i per sexe
- Llista de la causes de mortalitat evitable.

### ***Morbiditat***

És la dada més difícil d'aconseguir. Té problemes de fiabilitat i validesa, per la inexactitud de la seva definició. El professional la defineix amb criteris sanitaris, encara que no sigui percebuda i per tant no expressada. Per l'usuari, pot existir una morbiditat sentida, que pot correspondre o no a un criteri sanitari establert, quan encara no ha generat una demanda, i una morbiditat expressada quan ja l'ha generada. La morbiditat expressada pel pacient i/ o investigada pel sanitaris és la considerada morbiditat diagnosticada.

Les fonts de dades de morbiditat en el nostre medi són:

- Altes hospitalàries. Informen sobre morbiditat diagnosticada en els ingressos hospitalaris. Es registra un diagnòstic principal i tres més i fins a quatre dels procediments utilitzats. Utilitzarem nombres absoluts per grups d'edat i població total i taxes per mil habitants.
- Malalties de declaració obligatòria. L'objectiu és recollir aquelles malalties susceptibles de prevenció en l'àmbit de l'atenció primària. Malgrat la validesa discutible d'aquestes dades (per la baixa complementació per part dels professionals), el fet de recollir el nombre de casos/any durant diversos anys consecutius, permetrà una visió de l'evolució i

la tendència d'aquestes malalties

- Sistemes de registre propis. Si existeixen es poden utilitzar com informació complementària, malgrat ser discutible la seva validesa i fiabilitat a causa del infraregistre i dels diferents criteris diagnòstics. Es habitual l'ús dels registres de factors de risc.
- Altres registres de morbiditat. Si es disposa d'altres registres específics o d'altres estudis de morbiditat poden ser útils: registre de tumors d'algunes províncies, enquestes de salut prèvies (a Catalunya es fan cada 4 anys), o informació de registres com drogo-dependències..etc.

### ***Altres mesures de l'estat de salut***

- Indicadors de salut materno-infantil
- Mesures positives de l'estat de salut: cobertura vacunal, hàbits dietètics, estat nutricional, salut bucodental, activitat física....etc.
- Informació qualitativa: s'han de recollir les impressions de l'equip, comunitat i altres professionals de l'àmbit sociosanitari, sobre els problemes de salut més freqüents, recursos comunitaris, determinants i factors de risc, i en general de tots aquells aspectes que poden afectar la salut.

## II-3. L'envelliment

### II-3-1. Definició

L'envelliment es pot definir: “com un procés biològic, heterogeni i variable, sobre un organisme madur, que produeix un deteriorament progressiu, convertint un adult sa en un subjecte fràgil, amb disminució de la reserva fisiològica a tots els òrgans i sistemes de l'organisme i amb un increment exponencial de malaltia, incapacitat i mort”. Els individus envelleixen de manera diferent i dins d'un mateix individu la forma d'envellir dels diferents òrgans i sistemes també varia (Selva O'Callaghan1999).

El procés d'envelliment humà (Rodríguez Mañas 2000), és el resultat de la suma de dos subtipus: primari o intrínsec (també anomenat "normal") i secundari ("patològic").

**L'envelliment primari**, seria el procés responsable del conjunt de canvis soferts amb el pas dels anys en els individus d'una espècie, no relacionats amb la presència de malaltia. Les seves característiques són: universalitat, independència de factors externs, progressivitat i irreversibilitat. La seva investigació, està basada en mecanismes genètics, moleculars i cel·lulars.

**L'envelliment secundari**, fa referència al que es produeix en els éssers vius, quan estan sotmesos a l'acció de fenòmens aleatoris i selectius. Es produeix al llarg de la vida del subjecte i interacciona amb els mecanismes i canvis propis de l'envelliment primari produint "l'envelliment habitual". Els principals representants d'aquest envelliment són els trastorns crònics i els canvis adaptatius per a mantenir la homeostasi del mitja intern. La seva investigació inclou: causa, prevenció, desenvolupament, manifestació, pronòstic i tractament de la malaltia i les seves conseqüències (predisposició a la discapacitat i dependència).

Independentment del tipus d'envelliment considerat, la característica fonamental comú, és la pèrdua de la reserva funcional, que condiciona major susceptibilitat a l'agressió externa, per disminució dels mecanismes de resposta i la seva eficàcia per a mantenir el medi intern. S'ha de tenir en compte que l'envelliment no és un estat que aparegui en un moment determinat, sinó un procés dinàmic amb continus canvis, sempre en evolució.

### II-3-2. Epidemiologia

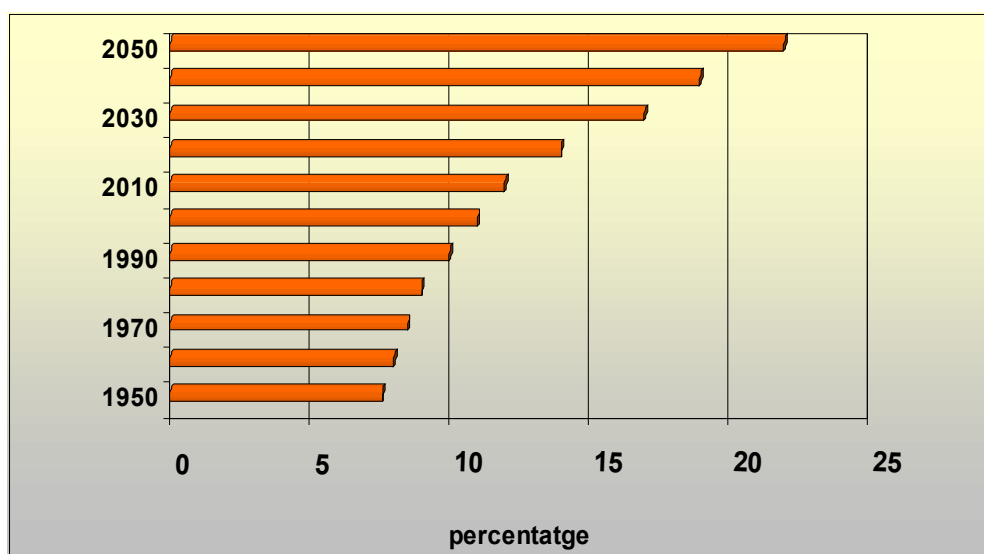
Definir la vellesa en funció del moment cronològic de la seva aparició no és fàcil. Habitualment es pren com a referència, l'edat de 65 anys, moment de la jubilació. Al nostre país la imatge social de l'envelliment està associada a aquesta edat, però són les persones majors de 80 anys, les que presenten una prevalença més alta d'incapacitat funcional (Benitez del Rosario 2004); per això alguns autors aproximen a aquesta edat el punt de tall de la vellesa, considerant ancians a les persones d'edat igual o majors de 75 anys.

Les diferents característiques de les persones grans, ha fet que l'O.M.S. estableixi tres grups etaris: ancians joves (65-74 anys), ancians (75-85 anys) i molt vells (majors de 85 anys).

#### *A nivell mundial*

En els darrers 50 anys, la població mundial ha sofert una revolució demogràfica amb un envelliment global. Dels 200 milions de persones majors de 65 anys al 1950, hem passat als 550 milions actuals (www.forumaging.org). Les previsions pel 2020 assenyalen la xifra de 1.000 milions de persones majors de 60 anys. El 22% dels habitants del planeta tindran més de 60 anys al 2050.

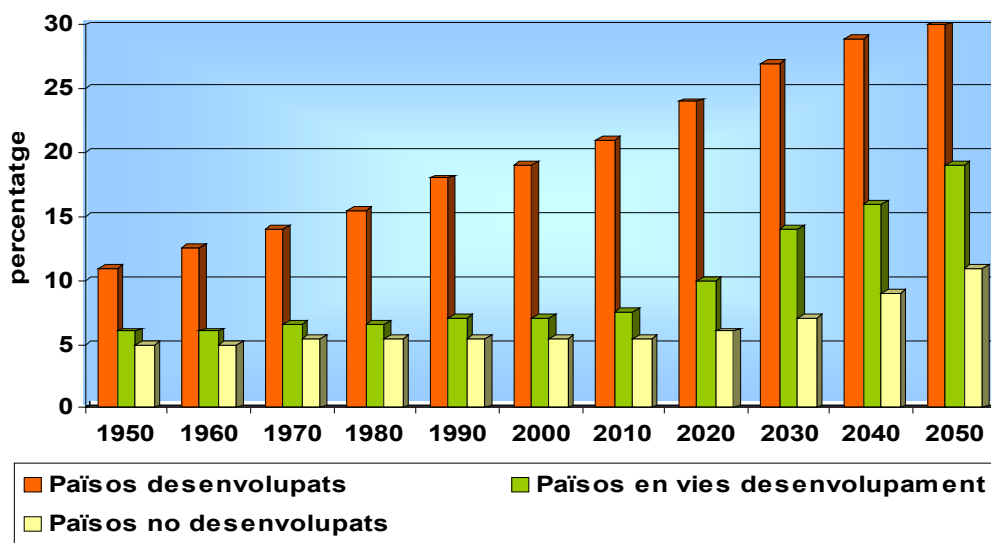
**Gràfic II- 1 : Població mundial major de 60 anys, 1950-2050**



Font: United Nations Population Division, World Population Prospect (The 1994 Revision)

S'espera, que l'increment de població en els propers anys es produeixi majoriament, en els països menys desenvolupats, on actualment viuen la majoria (61%) de les persones grans. Per l'any 2025, més del 75% de les persones grans habitaran l'anomenat "mon en desenvolupament".

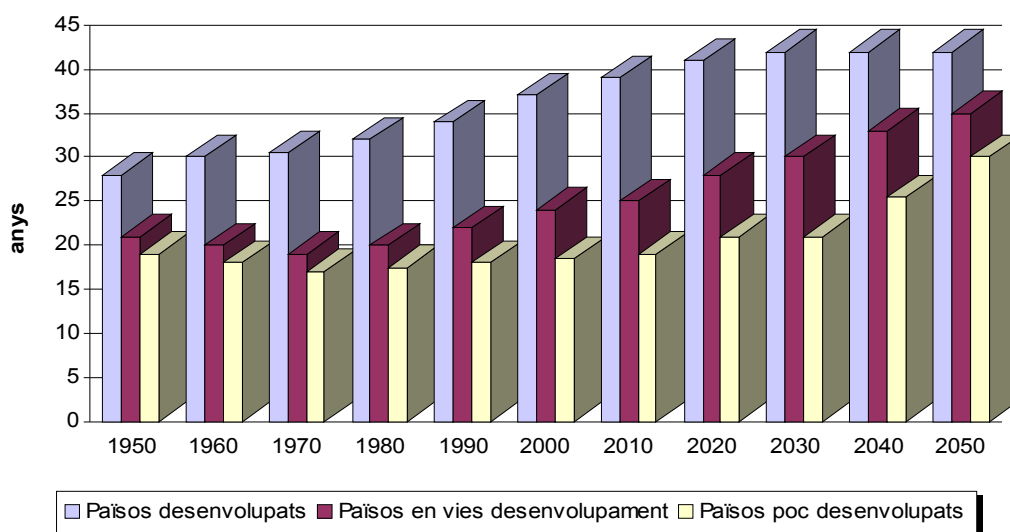
**Gràfic II- 2: Percentatge de majors 60 anys a nivell mundial, 1950-2050**



Font: United Nations Population Division, World Population Prospect (The 1994 Revision)

L'envelliment mundial es bàsicament femení. La majoria de les persones grans al mon són dones (55%) ([www.madrid2002-envejecimiento.org](http://www.madrid2002-envejecimiento.org)) i en alguns països, aquestes doblen en nombre als homes. Actualment hi ha 81 homes per cada 200 dones majors de 60 anys i de 53 homes per cada 100 dones en majors de 80 anys .

Gràfic II-3. Mitjana d'edat de la població mundial, 1950-2050



Font: United Nations Population Division, World Population Prospect (The 1994 Revision)

### *A nivell europeu, espanyol i català*

El fenomen descrit també s'observa en països desenvolupats del nostre entorn. Les projeccions demogràfiques a Europa preveuen que a l'any 2025, el 27 % (escenari jove) o un percentatge més alt, segons les projeccions, dels europeus tindrà més de 60 anys .

A Catalunya, les previsions indiquen que a finals de la primera dècada del segle XXI, al voltant de 1.200.000 persones sobrepassaran els 65 anys. En l'horitzó de l'any 2030, l'escenari baix (o vell) preveu que el percentatge de majors de 65 anys d'edat sigui del 25 % de la població, mentre que en l'altra extrem, l'escenari alt (o jove) suposa uns valors entorn de 20%. En qualsevol dels escenaris considerats, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels resultats més consistents.



**Estructura per edats**

<i><b>Població per grups d'edat. Unió Europea 2000</b></i>						
Edat (anys)	0- 20	20-39	40-59	60-79	> 80	TOTAL
Milers	86449	111365	97775	67951	13968	377508
Percentatge	22,9	29,5	25,9	18,0	3,7	100

*Font: Eurostat*

<i><b>Població per grups d'edat. Espanya 2002</b></i>						
Edat (anys)	0- 20	20-39	40-59	60-79	> 80	TOTAL
Milers	8429	13550	10628	7272	1672	41551
Percentatge	20,3	32,6	25,6	17,5	4,0	100

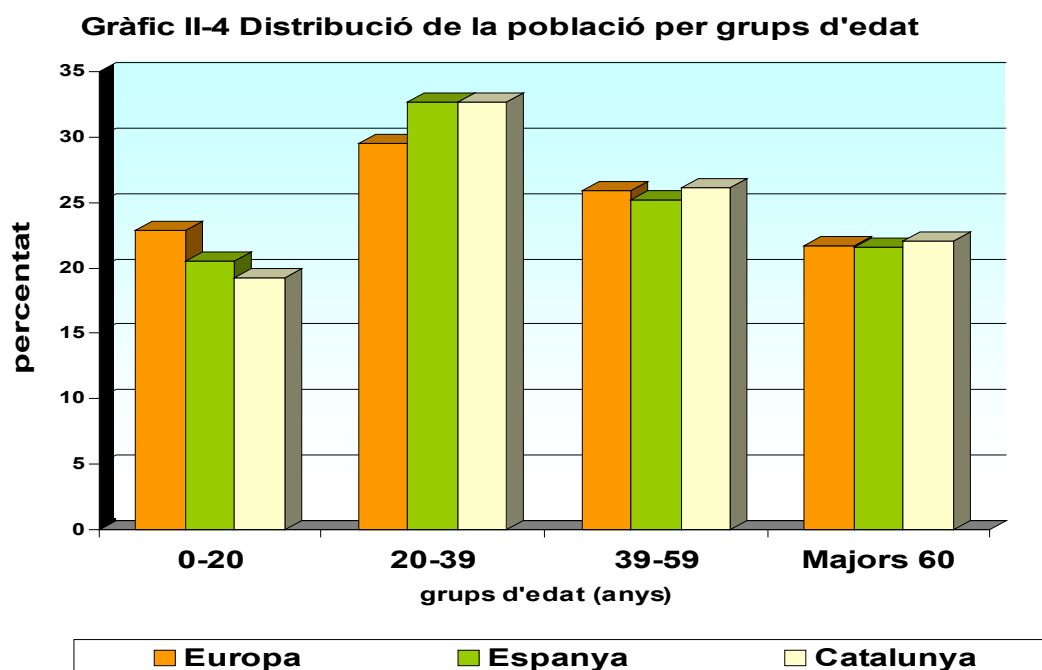
*Font: Instituto Nacional de Estadística*

<i><b>Població per grups d'edat. Catalunya 2002</b></i>						
Edat (anys)	0-14	15-64	40-59	60-69	>80	TOTAL
Milers	1241	2125	1712	1141	271	6490
Percentatge	19,1	32,7	26,4	17,6	4,2	100

*Font: Instituto Nacional de Estadística*

<i><b>Població per grups d'edat. Valls 2002</b></i>				
Edat (anys)	0-14	40-59	> 65 anys	TOTAL
Número	2.999	13.604	3.269	20.232
Percentatge	14,8	67,2	16,5	100

*Font: Institut d'Estadística de Catalunya*



### II-3-3. Característiques de l'envelliment

L'envelliment no és un procés patològic, és un procés dinàmic, una etapa del cicle vital. La presència de símptomes correspon a l'existència de malaltia i no, als canvis fisiològics de l'envelliment (Kaw KT 1997, Peto R 1997)

Encara que no hi ha una definició única d'envelliment, si disposem d'alguns elements que el caracteritzen:

1. Hipofuncionalitat progressiva de la majoria d'òrgans i sistemes de l'organisme. Els índexs varien entre un 15% en l'alentiment de la conducció nerviosa, fins a un 70% en la disminució de la captació màxima d'oxigen ( Shock 1972).
2. Pèrdua d'adaptabilitat de l'organisme. És la dificultat d'ajustar-se als canvis produïts, ja siguin d'origen intern o extern ( Fried 1994)
3. Augment de la vulnerabilitat davant de les malalties.

Amb l'envelliment es produeixen canvis en l'individu: a nivell biològic, psicològic i també

de manera molt important a nivell social.

### ***Canvis biològics***

#### ***Sistema Múscul-esquelètic***

A **nivell muscular** el canvi més important es la sarcopènia: disminució de la massa muscular, amb disminució en el nombre i mida de les fibres musculars (Fiatarone 1993).

Disminució de la **massa òssia** en minvar l'activitat metabòlica. Conseqüència principal: osteoporosi senil, amb major risc de fractures vertebrals i de coll femoral. Les modificacions ossies, depenen en part, de la massa òssia total aconseguida durant l'edat adulta, que en condicions normals es manté fins als 35-40 anys i comença a disminuir aleshores. Es produeix un balanç ossi negatiu, agreujat per diferents factors considerats de risc (Sosa Henriquez 1996):

- Edat i sexe. En dones premenopausiques i homes a partir dels 40 anys, disminueix el 0,5% anual, la massa òssia.
- Raça. La raça blanca presenta una menor edat òssia que la negra i major que l'asiàtica.
- Factors genètics. Hi ha més freqüentment, pèrdua de massa òssia accelerada si hi han antecedents familiars. També la talla baixa i la constitució prima constitueixen factors de risc.
- Menopausa. Entre els 5-10 anys posteriors a la menopausa, es pot arribar a perdre entre un 2,5-3% anual del capital ossi. Això es important en dones amb menopausa precoç.
- Inactivitat física. El sedentarisme pot provocar una disminució significativa de la massa òssia.
- Estat nutricional. L'alimentació té un paper fonamental, assegura un aportació de calci i vitamina D, suficients per contrarestar les pèrdues. Una dieta molt rica en proteïnes o estrictament vegetariana i una escassa insolació són factors osteopenitzants.
- Hàbits tòxics: els fumadors i el consum d'alcohol de risc presenten una major resorció òssia
- Determinada fàrmacs com anticonvulsivants, heparina, tractaments amb hormona tiroidea,

indometacina i sobretot el glucocorticoids afavoreixen la pèrdua òssia.

A **nivell articular**, es produeixen canvis degeneratius a nivell del cartílag, que es fa més fi i friable. amb menor capacitat per suportar el sobrepès, disminució de la viscositat del líquid sinovial, tendons més rígids i amb més facilitat pel trencament (Gardner 1992).

### ***Aparell Respiratori***

Els canvis soferts a nivell respiratori es poden dividir en dos grups: estructurals i funcionals (Ribera Casado 1986)

- Estructurals. Tant a les vies aèries com al parènquima pulmonar, es produeixen canvis. Disminueix l'elasticitat pulmonar, es calcifiquen els cartílags traqueals, augmenten les glàndules bronquials, s'alteren els cilis i la seva activitat. Això, associat a una disminució de la capacitat dels múscles respiratoris i de les calcificacions articulars condro-costals, fa de la caixa toràctica, una estructura rígida amb poca capacitat d'adaptació. La conseqüència: davant de patologies poc importants en un adult jove, per exemple, una grip, es pot desencadenar una insuficiència respiratòria aguda que pot comportar un curs clínic fatal.
- Funcionals: Hi ha canvis en els volums pulmonars, amb un augment progressiu del volum residual i de la capacitat residual funcional. Disminueix el volum de reserva espiratori, la capacitat vital, el VEMS i la relació VEMS/CVF. Disminueix la pressió parcial de O<sub>2</sub> arterial i el consum màxim d'O<sub>2</sub>, així com la difusió. El pH i la pressió parcial de CO<sub>2</sub> no es modifiquen (Enright 1993).

Totes les modificacions descrites donen com a conseqüència una escala tolerància a l'exercici agreujat pel sedentarisme.

### ***Aparell Cardiovascular***

La patologia cardiovascular és la primera causa de mortalitat en la gent gran (Selva1996). El principal responsable dels canvis soferts, és l'aparició d'arteriosclerosi: engruiximent de la capa íntima arterial, invasió per plaques d'ateroma i posterior calcificació. Es aquest un procés evolutiu que afecta a totes les artèries de l'organisme. També hi ha una pèrdua d'elasticitat del miocardi per augment del gruix de la paret: fibrosi, dipòsit d'amiloide i substitució del teixit

elàstic per greix. El resultat de tot això, és una pèrdua d'elasticitat vascular i rigidesa miocàrdica, que provoca l'aparició de patologies pròpies de la vellesa com la hipertensió arterial sistòlica aïllada o la insuficiència cardíaca per disfunció diastòlica del ventricle esquerre (Selva 1996, Grossman1991). També hi ha una pèrdua progressiva de miòcits, però es sobretot en el teixit específic de conducció, on s'observa més pèrdua cel·lular. Als 75 anys, només un 10% de les cèl·lules autònomes de conducció es mantenen actives, això explica l'alta prevalença en trastorns del ritme cardíac (Selva O'Callaghan 1999). L'aparell valvular pateix una important fibrosi i calcificació, que sovint donen semiologia però no sempre simptomatologia. Hi ha una disminució dels baroreceptors, que predisposa a situacions d'hipotensió ortostàtica i a un augment de la sensibilitat als fàrmacs antihipertensius, antiarrítmics, i cardiotònics entre d'altres.

### ***Sistema Neurològic***

Els canvis observats en l'envelliment, en el sistema neurològic i concretament a nivell cerebral, encara són controvertits. És difícil fer la distinció entre els canvis "fisiològics" i els produïts per agents externs (degeneratius, vasculars ..etc.). Ribera Casado 1989, fa una aproximació als canvis més comuns a nivell cerebral tant a nivell macroscòpic com microscòpic.

**A nivell macroscòpic:** hi ha una pèrdua de pes progressiva del 10% ,més acusada partir dels 60 anys i en barons. Disminueix el volum cerebral amb augment dels solcs a nivell dels hemisferis cerebrals i del cerebel. Augmenta la mida dels ventricles i les meninges tenen processos de fibrosi i calcificació.

**A nivell microscòpic:** progressiva disminució del nombre de neurones, que alguns autors xifren entre el 30-40% del total (Katzman 1997), més intensa a nivell de les àrees motores i sensorials i no tant en les àrees corticals i d'associació, la qual cosa es relaciona amb trastorns extrapiramidals i alteracions de la memòria associades a l'edat. A nivell intercel·lular els canvis trobats, de vegades, estan en la frontera de la malaltia i del procés normal d'envelliment: cabdells neurofibril·lars, cossos de Lewy, vaquolització, augment de la lipofucsina, no exclusius de la malaltia d'Alzheimer (Kaye 1997). La glia com element de suport estructural i funcional de les neurones, presenta un sèrie de canvis: disminució dels oligodendrocits, augment de la mida dels astròcits sobretot a nivell de l'hipocamp. L'esclerosi vascular, de

manera independent, també produeix l'anomenada angiopatia amiloidea o malaltia de Scholz, en un percentatge alt de subjectes i afecta predominantment a la paret arterial de les meninges i el còrtex cerebral. Són lesions que produeixen angionecrosi i microaneurismes, amb la possibilitat d'hemorràgies. La localització més freqüent d'aquest fenomen és el lòbul frontal i és més prevalent en el sexe femení. També hi ha canvis a nivell dopaminèrgic afectant la transmissió neuronal (Cohen 1995).

Especial importància tenen els canvis soferts a **nivell sensorial**. Declinen amb els anys, amb una menor percepció olfactiva i un dintell del gust augmentat, conseqüència de l'atrofia i la disminució del nombre de papil·les gustatives. A nivell visual, les modificacions produïdes són: presbícia, disminució de la elasticitat i opacitat del cristal·lí a partir dels 40 anys, amb una alteració de l'acomodació visual, reducció del camp visual, sobretot a nivell perifèric, mala visió nocturna per rigidesa i lleu atrofia de la musculatura de l'iris que provoca una disminució en la dilatació pupil·lar i una menor entrada de llum. A nivell auditiu, les modificacions que es produeixen porten a la presbiacusia: disminució de la sensibilitat tonal (començant pels aguts), es distorsionen les senyals rebudes, es dificulta la localització dels sons i la comprensió de les paraules en situacions acústiques poc favorables : soroll ambiental, converses ràpides..etc.

La disminució en la sensibilitat dolorosa comporta una presbiàlgia. Basada en una disminució de la sensibilitat superficial per alteració dels tractes espinotalàmics. Hi ha altres factors que influeixen en la resposta al dolor de l'ancià, condicionants de tipus psicològic (dol, depressió, ansietat...) i/o social, que afavoreixen l'aparició del anomenat " dolor crònic". El control postural i els canvis en la marxa també es modifiquen amb l'envelliment, de fet són els elements que marquen millor l'edat biològica i l'estat de salut de l'ancià. Una bona marxa i bon control de la posició, requereix un adequada funció i coordinació del sistema aferent o sensorial, del sistema eferent o motor i del funcionalisme central que integra els dos sistemes.

### ***Sistema immune***

Durant el procés d'envelliment, es produeix una modulació del sistema immune que afecta bàsicament a la immunitat cel·lular. Aquest fet es relaciona amb la involució tímica, disfunció dels T4 i una disregulació de les interleucines (augment de la IL-6 i disminució de l'IL-2) (Miller RA 1996). Fins a quin punt influeix la malnutrició en aquests canvis són motiu de discussió (Chandra 1997). La presència de autoanticossos i de gammapaties monoclonals de

significat incert, pot arribar a afectar al 30% de subjectes majors de 90 anys. Tots aquests fenòmens provoquen una major susceptibilitat a les infeccions i que aquestes siguin més greus.

Els factors de risc d'infecció en el vell ( Terpenning 1994, Herdan 1987) són:

- Exposició ambiental: La colonització bacteriana de les mucoses per gramnegatius està present en un 20% dels ancians de la comunitat, un 40% en els que viuen en residències i un 60% en els ingressats en centres de crònics. La colonització bacteriana està inversament relacionada amb l'estat de salut de l'ancià.
- Les alteracions fisiològiques i patològiques que acompanyen el procés d'envelliment de vegades alteren els mecanismes de defensa de l'hoste.
- Determinades malalties d'alta prevalença en la vellesa, poden provocar un augment en la incidència d'infeccions: diabetis, adenoma pròstata, neoplàsies...
- Canvis soferts en els mecanismes de defensa: mecàniques (alteracions de la pell i mucoses, secrecions glandulars, moviments ciliars) i de la immunitat (sobretot la cel·lular). No semblen alterats els mecanismes de fagocitosi ni de l'activitat del complement que sembla que es mantenen.

### ***Sistema genito-urinari***

Els canvis estructurals són bàsicament disminució de la mida i volum renal (25-40%), de forma predominant a nivell de escorça renal i amb afectació vascular dintre del procés generalitzat d'arteriosclerosi.

Els canvis funcionals consisteixen en una disminució del flux renal del 10% cada dècada, i disminució de la vascularització renal. Disminueix el filtrat glomerular i l'aclariment de creatinina a partir de la quarta dècada, també ho fa la funció tubular, la concentració i dilució urinària. Augmenta l'umbral de reabsorció de la glucosa i s'altera l'equilibri acid-base i hidrosali (de Toro Casado 1995). Però els canvis més importants que es presenten amb l'envelliment són a les vies excretors. La bufeta urinària té dificultat pel buidament per diferents causes: elasticitat disminuïda, menor to muscular, contracció esfinter urinari extern, debilitament del terra de la pelvis, sobretot en les dones. Totes aquestes alteracions, provoquen un cert grau d'obstrucció, que pot donar major nombre d'infeccions i incontinència urinària. La hiperplàsia

benigna de pròstata, que afecta al 100% dels homes majors de 70 anys, té importants implicacions clíniques tant obstructives com irritatives i conseqüències com la retenció d'orina i incontinència d'urgència.

### ***Aparell digestiu.***

El sistema gastrointestinal, està afectat des de la masticació fins a l'absorció (Kenney 1995, Ribera Casado 1987). A nivell oral, alteracions freqüents a nivell dentari (pèrdues dentàries) i de mucosa bucal (atrofia amb pèrdua de glàndules salivals), comporten disminució de la salivació i dificultat per la masticació, disminució de la percepció del gust i menor aportació d'enzims (alfa-amilasa). La funció digestiva es veu afectada en diversos estadis: a nivell esofàgic, amb disminució del peristaltisme, incompetència de l'esfínter esofàgic inferior i reflux, augment de la prevalença d'hèrnia hiatus i freqüent presència de presbiesòfag. A nivell gàstric, disminució en la secreció d'àcid, alentiment en el buidament dels aliments i un cert grau d'atròfia de la mucosa, que tenen com a principal conseqüència disminució en l'absorció de ferro i vitamines. També cal tenir en compte, intervencions quirúrgiques realitzades i la ingesta de fàrmacs o tòxics, que poden influir en la ja disminuïda funció digestiva dels ancians. El fetge i pàncrees també presenten reducció del pes i volum. El pàncrees endocrí pateix una intolerància progressiva a la glucosa. Les vies biliars no presenten canvis significatius amb el temps, però si augmenta la incidència de litiasi biliar en aquest grup d'edat.

### ***Canvis cutanis.***

La pell posseeix un conjunt de funcions, de les quals cal destacar, el manteniment de la temperatura corporal, la protecció i la reparació de les ferides. Amb l'edat el gruix cutani i el plexe vascular s'aprimen alterant funcions com la regulació de la temperatura, la protecció davant traumatismes i el manteniment de la integritat cutània (Feuske 1990). La immunosenescència, és un fet produït per la disminució dels melanòcits (protecció davant UVA) i de les cèl·lules de Langerhans, destruïdes per la radiació ultraviolada solar. Totes aquestes transformacions predisposen la pell de l'ancià al càncer cutani i a les infeccions ja siguin víriques o micòtiques. L'alteració de la fisiologia cutània fa que els temps de curació de les ferides es faci més llarg per un alentiment en l'intercanvi epidèrmic, la disminució del aclariment químic fa que l'efecte irritant o al·lèrgic es perllongui més en el temps.



***Canvis en el patró de la son***

El patró de la son va presentant canvis durant tota la vida, però en el grup de gent gran es presenten les següents característiques (Bannerman 1989, Guilleminault 1984):

- Menor durada global del temps
- Fragmentació de la son
- Augment del nombre i durada dels despertars nocturns, alternant amb períodes de vigília més o menys perllongats
- Disminució total de percentatge del son de la fase REM
- Major període de latència en dormir, augmenta el temps necessari per iniciar la son.

***Canvis en els paràmetres analítics***

Existeixen canvis dels paràmetres analítics sense significació patològica, que formen part del procés fisiològic. Els més significatius són :

- Hematòcrit: disminució en l'home del 5% i augment en la dona del 1%.
- Velocitat de sedimentació : augment del 100% en l'home i del 170% en la dona.
- Creatinina sèrica: augment del 2%.
- Aclariment de Creatinina: disminució del 30%.
- T3: descens del 20% amb TSH sense canvis.

***Canvis psicològics******Canvis de la personalitat***

Els ancians es diferencien segons els models d'adaptació que utilitzen i no per l'edat cronològica. S'accepta que no hi ha un sol prototip de personalitat en la vellesa i que aquesta ve determinada per la personalitat prèvia (Birren i Woods 1988, Eisdorfer i Mintzer, 1988). La satisfacció amb l'envelliment és alta en la majoria dels ancians i depèn de moltes circumstàncies, no tan sols de l'edat (Buendia i Riquelme 1997, Vega 1991).

Les característiques psicològiques de l'envelliment són diferents d'una generació a l'altra segons les condicions ambientals viscudes, i dintre de cada generació és diferent depenent dels individus. Aquest fenomen es coneix com "efecte cohort", segon el qual, un envelleix segons les condicions del seu desenvolupament.(Martin Zurro i col. 1999).

La personalitat es un fenomen multidimensional amb molt factors interrelacionats entre si, que donen lloc a un aspecte intrapsíquic (vida interior) i a un món de relació interpersonal (vida externa). Amb l'envelliment, la persona va orientant la seva energia vital cap el món intern per un procés d'internalització. Destaca el fet, que els homes es tornen més sentimentals, conservadors i reflexius i les dones evolucionen a posicions més tolerants i obertes. També es transforma la consideració del temps de vida, que es percep com finit i apareixen les reflexions sobre la mort. La interiorització a edats superiors als 75 anys, fa que apareguin diferents característiques de la personalitat, que evidencien el procés d'adaptació a les pèrdues i l'intent constant de cada subjecte per mantenir-se estable.

### ***Canvis intel·lectuals***

S'han de diferenciar dues situacions: el declivi i el deteriorament intel·lectual.

El primer, és un procés lligat a l'envelliment i no pot ser explicat tan sols per l'edat. Intervenien altres variables evolutives, com el procés de socialització, l'educació i el nivell d'exercitació intel·lectual. El declivi intel·lectual, no afecta totes les funcions al mateix ritme ni sincrònicament. La seva principal manifestació és la disminució, en l'exactitud i rapidesa d'execució de tasques simultànies, sobretot si es realitzen en un període breu de temps i de manera contrària a l'habitual. El rendiment intel·lectual, augmenta quan augmenta el temps sol·licitat per donar respostes. Un aspecte important del declivi, són els canvis en la memòria. Hi ha evidències, que l'envelliment no afecta a cap de les modalitats de la memòria, ni la primària (magatzem transitori d'informació), ni la secundària (magatzem permanent d'informació transferida des de la primària), ni a la remota. El què l'envelliment origina, és una alteració en el procés de transferència des de la primària fins a la secundària, per un ús deficitari de les tècniques de memorització, que es tradueix en una dificultat per recordar aquella informació, la recuperació de la qual, exigeix un procés complex de records i interpretació. La plasticitat de la intel·ligència permet que el rendiment intel·lectual pugui ser modificat per la pràctica. En contra del que es pensa, l'ancià pot aprendre si es donen les

condicions adequades per l'aprenentatge ( Vega 1991, MacInnes 1997).

El deteriorament és la pèrdua de nivell intel·lectual patològic secundari a una malaltia com en el cas de la demència.

### ***Canvis socials***

El procés personal a l'envelliment, està marcat per a la majoria de les persones per la pròpia jubilació o la de la parella. Aquest pas constitueix sens dubte un canvi tan rellevant en la biografia vital, com el pas de la infància a l'adolescència o de la joventut a la maduresa (Llibre blanc de la gent gran activa. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya 2002)

Per a un ampli volum de persones grans, els canvis en la vida diària que es produeixen en aquesta etapa tenen tres components fonamentals:

- Increment de la disponibilitat de temps
- Pèrdua de poder adquisitiu
- Canvi de rol en el conjunt de les relacions socials, conseqüència de les anteriors

El grup d'estudi Duke 1985, afirmen que "habitualment el fet de la jubilació no té efectes sobre la salut física i mental". Les xifres mostren que la gent afectada negativament per deixar de treballar, està compensada pels individus en els quals el fet de la jubilació reforça la seva salut i l'estat d'ànim, encara que aquest mateix equip va comprovar que la jubilació anticipada sí que tenia efectes negatius.

La posició del vell dintre de l'estructura social és, i ha estat, variable. En els últims 100 anys, hem passat d'una integració pràcticament absoluta del vell al seu entorn familiar, a unes xifres d'un 20% d'ancians en el nostre àmbit, que viuen sols, la qual cosa ens atansa al 40% de l'Unió Europea. En el medi residencial inexistent fa 100 anys, ara viuen un 3% dels ancians.

La vivència de l'envelliment estarà clarament determinada per les circumstàncies en las que es realitzi, és a dir, segons l'estat biològic i psicològic de la persona, el seu estat econòmic i social, la seva biografia i el seu sistema de valors.

Les actituds cap a la vellesa estan socialment condicionades. En la cultura occidental,

aquesta posició ha passat de ser d'un gran prestigi fins no fa gaires anys, fins anar perdent posicions per deixar pas a la joventut. En l'actualitat els vells són en gran mesura. un grup marginat per la mateixa societat i de vegades pel propi col·lectiu sanitari.

Actualment, en la valoració social de l'envelliment, s'ha de tenir en compte aspectes com l'increment progressiu de l'esperança de vida i sobretot de l'esperança de vida lliure d'incapacitat, i l'adopció del concepte d'envelliment actiu com a idea que reflecteix la capacitat per assolir el màxim desenvolupament personal i social de les persones grans. El concepte d'envelliment actiu ha estat definit per l'O.M.S. com "el procés d'optimitzar oportunitats per al benestar físic, psíquic i mental a tot el decurs de la vida, per tal d'estendre l'expectativa de vida, la productivitat i la qualitat de vida en l'edat avançada." (O.M.S. Ginebra 2001).

### **II-3-4. Malaltia i envelliment**

L'envelliment és un procés dinàmic de naturalesa multifactorial, que té com a denominador comú més important, la pèrdua dels mecanismes de reserva de l'organisme, la qual cosa provoca un augment de la vulnerabilitat i una major morbiditat i mortalitat.

La malaltia en l'ancià té una sèrie de característiques (Ribera Casado JM 2003):

- Malalties gairebé exclusives d'aquesta etapa de la vida: arteritis de Horton, polimiàlgia reumàtica, hiperplàsia benigna pròstata, angiodisplasia de colon, HTA sistòlica aïllada, degeneració macular senil, tremolor essencial benigne...etc.
- Malalties comuns amb evolució diferent de l'adult jove, encara que la seva incidència no estigui augmentada: Càncer de mama amb evolució més lenta, ulcus gàstric sense simptomatologia, hipertiroidisme amb apatia....
- Presència de **síndromes geriàtriques**, ben definides i específiques, entre les quals cal destacar per la seva alta prevalença: caigudes, immobilitat, incontinència urinària, restrenyiment, depressió, deteriorament cognitiu, i dèficits sensorials.
- Patologia no exclusiva però sí amb una incidència molt superior: osteoporosi, osteoartrosi, hernia hiatus, restrenyiment, cataractes, glaucoma.

Per alguns autors (Selva O'Callghan i col. 1999) els principals trets diferencials de la patologia de l'envelliment són:

- No existeix el principi de "causalitat". Això vol dir que de vegades no existeix relació entre òrgan malalt i clínica.
- Els símptomes poden ser atípics i poc específics.
- L'incapacitat funcional (física, cognitiva o social) pot ser la primera manifestació d'una malaltia.
- Claudicació de l'òrgan més fràgil.
- Quan més es tardi en el diagnòstic més tardarà la restitució "ad integrum".
- S'ha de buscar l'equilibri entre el tractament "suboptim" i la "supermedicalització".
- No sempre es compleix l'aforisme que diferents símptomes i signes són deguts a una mateixa malaltia (Figura II-2.)

<i><b>PATOLOGIA</b></i>	<i><b>SIMPTOMATOLOGIA FREQUENT</b></i>
Abdomen agut	Augment de la sensibilitat abdominal, absència de signes d'irritació peritoneal, anorèxia, afebril, delirium
Infart agut miocardi	Sense dolor toràcic
Pneumònia	Afebril, sense tos ni expectoració
Tumors	Febre d'origen desconegut
Bacterièmia	Afebril, síndrome confusional
Hipertiroïdisme	Fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca, angor, apatia
Hipotiroïdisme	Demència, hipotèrmia
Depressió	Deteriorament cognitiu, queixes somàtiques
Síntomes inespecífics de presentació de malalties en ancians	Caigudes, astènia, dificultat deambulació, incontinència, alteració cognitiva, delirium, mareig, anorèxia, apatia, pèrdua de pes

*Figura II-2. Resum de les característiques diferencials d'algunes patologies en l'ancià*

### II-3-5. L'ancià fràgil

La fragilitat, és el determinant fisiopatològic bàsic que caracteritza les manifestacions de la malaltia en la població gran i les seves necessitats d'atenció. Es defineix “com la disminució progressiva de la capacitat de reserva i d'adaptació de l'homeostasi de l'organisme, que es produeix amb l'envelliment i que està influïda per factors genètics i accelerada per malalties cròniques i agudes, hàbits tòxics, ús-desús, i condicionats socials i assistencials” (Baztan Cortés 1997, Alvarez 2000). La fragilitat comporta, a partir d'un nivell determinat, una major vulnerabilitat de l'ancià envers la malaltia i un augment dels risc d'incapacitat funcional amb la posterior dependència en el desenvolupament de les activitats de la vida diària i mort.

El reconeixement clínic de la fragilitat, tan sols es pot establir mitjançant la valoració sistemàtica d'aquest pacients.

El concepte de fragilitat (Fried 1994), és molt útil per entendre les malalties i les seves manifestacions en la gent gran i també per definir aquell grup de pacients tributaris de una major vigilància sanitària.

Entre un 10 i un 20% dels individus majors de 65 anys es poden considerar "fràgils" i aquest percentatge arriba al 50 % en el grup de població major de 85 anys ("oldest old" en la literatura anglosaxona). Són els principals consumidors de recursos sanitaris, utilitzen gairebé el 50% del temps del professional mèdic i fins un 62% del cost farmacològic (Selva 1999).

Per alguns autors (Sarkisian 1996), la fragilitat constituiria una autèntica síndrome clínicometabòlica, que conduiria a una situació de deteriorament progressiu ("failure to thrive") i a la mort. La patogènia d'aquesta síndrome (Figura II-3), estaria modulada per factor genètics (apolipoproteïna Eε4, dèficit de GH, màxima edat genètica) i ambientals (malnutrició, dèficit d'activitat física, dèficit d'ingesta, comorbiditat), que es constituïrien a més com marcadors diagnòstics de la síndrome. Les intervencions sobre aquests factors patogènics, com l'exercici físic podrien retardar o revertir la situació de fragilitat.

En definitiva, el concepte de fragilitat és un concepte útil per al clínic i també per al epidemiòleg. La identificació precoç dels ancians fràgils permetrà seleccionar un subgrup d'ancians que es podrien beneficiar d'una avaluació funcional adequada i d'unes mesures de suport per intentar evitar el deteriorament progressiu de l'individu y com a conseqüència la

seva mort.

La aparició d'una malaltia en un ancià fràgil i el seu ingrés hospitalari pot ocasionar una cascada d'esdeveniments amb aparició de múltiples síndromes geriàtrics, que poden portar al pacient a un deteriorament funcional irreversible i a la mort: és l'anomenada: “cascada de la dependència”

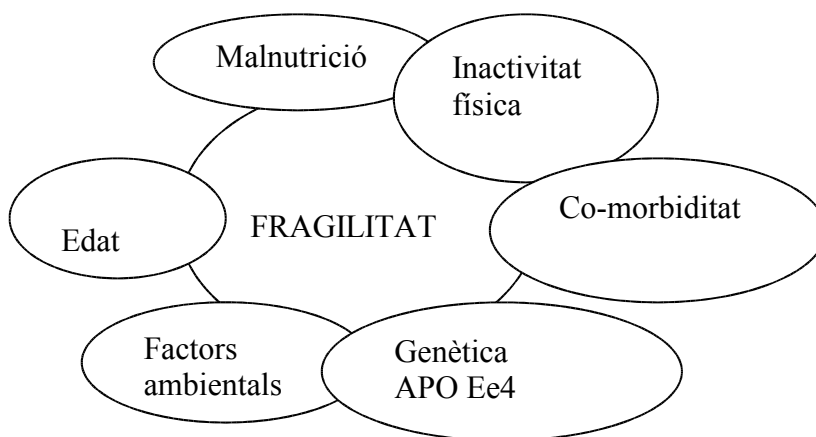


Figura II-3. Etiopatogènia de la fragilitat en l'ancià

### II-3-6. L'avi “oreneta”

Un concepte lligat a diferents aspectes dels ja comentats es el de “l'avi oreneta”. Són aquells ancians, que per diverses motivacions o actituds familiars es veuen en la necessitat de canviar de llar sovint, per convida amb fills de forma rotatòria. Generalment es produeix com a conseqüència de la incapacitat per viure de manera autònoma. És moltes vegades una manera de retardar la institucionalització d'ancians dependents.



### **II-3-7. Síndromes geriàtriques**

Tot i que és difícil parlar de malalties exclusives de les persones grans, existeixen una sèrie de síndromes clíniques molt característiques, que representen l'element diferencial entre la manera d'emmalaltir de l'ancià fràgil, del que encara no ho es. Les síndromes geriàtriques són l'expressió clínica de la fragilitat ( San Jose 1999). En els ancians fràgils, moltes vegades les malalties debuten de manera més o menys sobtada amb una determinada síndrome geriàtrica, en lloc de fer-ho de la manera clàssica. La prevenció, valoració i tractament d'aquestes, constitueix actualment el nucli principal de l'atenció geriàtrica.

**Les principals síndromes geriàtriques són:**

#### ***Immobilitat***

La mobilitat, o capacitat de desplaçament dins de l'entorn habitual de l'individu, és imprescindible per la seva autonomia alhora des ser un component essencial de la vida de la persona. Indica la situació funcional, l'estat de salut i la qualitat de vida, ja que determina el grau de dependència (Alvarez M., Benitez MA 2000).

La síndrome d'immobilitat és un problema geriàtric caracteritzat per una marcada intolerància a l'exercici, progressiva debilitat muscular i en casos extrems, pèrdua dels automatismes i dels reflexes que permeten la deambulació.

La immobilitat, pot ser relativa o absoluta. En la relativa, la persona porta un vida sedentària, però es pot moure amb més o menys independència. El risc de la immobilitat relativa, és la immobilitat absoluta, factor de risc d'institucionalització i de morbiditat important. (Martin i Vazquez 1997; Muñoz 1996). En l'immobilitat absoluta, existeix una impossibilitat per al desplaçament autònom amb una situació d'allitament crònic.

*Les causes d'aquesta síndrome són múltiples:*

- Canvis fisiològics de l'envelliment i malalties freqüents, que provoquen deteriorament funcional dels sistemes osteomuscular, neurosensorial, circulatori i respiratori amb disminució de l'activitat física. L'absència d'exercici físic habitual i la anomenada "patologia per falta d'us" associat als problemes de salut són els causants directes d'immobilitat (Fried 1997).

- Causes ambientals: barreres arquitectòniques (domicili i exterior) i absència d'elements d'ajuda ( bastons, baranes...)
- Factors socials: Soledat, falta de suport social.

*Hi ha diferents graus en la situació d'immobilitat:*

- Relativa: Pot ser reversible. Es pot donar en situacions de patologia aguda o de manera perllongada derivada de la situació de sedentarisme.
- Parcial: Limitació funcional parcial o incompleta dels moviments. Situació típica en el cas de patologia osteoarticular, malalties neurològiques o patologia invalidant.
- Total: situació d'allitament crònic. De manera majoritària, és conseqüència d'una immobilitat parcial o evolució de malalties invalidants o terminals

Tot i que és difícil conèixer la prevalença real d'aquesta síndrome, s'estima que el 18% dels majors de 65 anys, tenen algun problema per moure's sense ajut, que el 50% dels majors de 75 anys tenen problemes per sortir de casa, i d'aquests el 20% han de romandre al domicili per incapacitat per sortir sols al carrer (Alvarez 2004)

El 35% de les situacions d'immobilitat, són provocades per processos osteoarticulars, el 50%, per conseqüències directes d'accidents vasculars cerebrals, deteriorament cognitiu o visual i cardiopatia i l'altre 15 % per patologia com insuficiència venosa, depressió, malalties respiratòries, diabetis, obesitat, deteriorament auditiu i HTA (Benitez MA, Asensio A 2004)

Les conseqüències de l'allitament apareixen des de les 48-72 hores i si no es corregeixen de manera adequada, acaben produint una sèrie de fenòmens que es retro-alimenten continuadament fins a produir una situació irreversible que porta a la mort.

El tractament d'aquesta important síndrome geriàtrica passa per la prevenció, primer de la immobilitat relativa i parcial, lluitant contra el sedentarisme mitjançant la recomanació d'exercici físic (nivell C ). Quan ja ha arribat a ser total, la prevenció consisteix en evitar les complicacions de l'allitament.

### ***Úlceres de pressió***

Es aquella lesió tissular que es produeix com a conseqüència d'una sèrie de circumstàncies (Ardanaz 1999, Lyder 2003):

- Immobilitat, secundària a incapacitat aguda o crònica.
- Pressió mantinguda sobre una zona del cos, la qual cosa comporta una isquèmia
- Circumstàncies clíniques que compliquen les dues situacions anteriors: desnutrició, quadre febril, shok, deshidratació, arteriopatia perifèrica....
- Altres: humitat ( bolquers), errors en el tractament postural.

El 95 % de les úlceres per pressió són evitables i per això es prioritària la prevenció. (Grupo Español para el Estudio y asesoramiento en Ulceras de Presion) .

Es calcula que la seva incidència en la població general és del 1,7% entre 55-69 anys i del 3,3 % entre els 70-75 anys. No hi ha dades fiables sobre la seva incidència en atenció primària. Més del 70% de les úlceres per pressió es presenten en majors de 70 anys.

L'abordatge ha de ser multidimensional. La mesura que ha demostrat la seva efectivitat, és la utilització sistemàtica d'escalas de detecció de risc. La introducció d'aquestes en la practica diària permet un diagnòstic precoç i una valoració del risc amb finalitats preventives (Ardanaz 1999, Findlay 1997)

### ***Caigudes***

L'O.M.S. defineix la caiguda com "la conseqüència de qualsevol esdeveniment que precipita a l'individu contra el terra, en contra de la seva voluntat".

Les caigudes i traumatismes són freqüents en ancians. Estan associades a deteriorament de l'estat de salut, augment del consum de serveis hospitalaris, institucionalització i mort. Es consideren un important problema de salut pública. Són el principal factor de risc de la fractura de maluc, la qual genera un risc de mort quatre vegades superior, independentment del sexe, edat i estat de salut previ ( Fuller 2000).

La inestabilitat és una patologia molt freqüent en la gent gran, que sovint s'associa amb

caigudes. L'estabilitat o equilibri, és una funció complexa integrada per tres sistemes correlacionats: visual, vestibular i el propioceptiu i tàctil. Tots aquests sistemes pateixen alteracions pròpies de l'envelliment, la qual cosa comporta una pèrdua d'informació en el sistema aferent del cervell, que desencadena una resposta adaptativa per aconseguir l'equilibri a través del sistema muscul-esqueletic i els reflexes vestibuloocular i vestibuloespinal (Whaite LM 1996, Cuesta F 1997). Una alteració a qualsevol d'aquests sistemes augmenta la possibilitat de caure.

*En la caiguda es poden diferenciar tres fases:*

- L'inici, amb un desplaçament del centre de gravetat més enllà de la base de sustentació. Això generalment es produeix de manera casual.
- En la segona fase, fallen els mecanismes reguladors de l'equilibri i l'autoprotecció. Principal responsable de les caigudes en ancians.
- L'última fase, quan impacta el cos contra el terra, on la fragilitat òssia i les condicions prèvies de l'ancià juguen un paper molt important.

Entre els factors de risc de caigudes s'han de distingir (Tinetti 1997, Làzaro del Nogal 1995):

*Factors de risc intrínsecs: propis de l'individu*

- Patologia neurològica: AVC, alteracions equilibri i marxa, malaltia Parkinson, demència, epilèpsia, hidrocefàlia normotensiva, neuropaties perifèriques, depressió....
- Patologia aparell locomotor: osteoartrosi, poliartritis, alteracions del peu.....
- Patologia cardiovascular: arítmies, cardiopatia isquèmica, hipotensió ortostàtica, insuficiència cardíaca, valvulopaties....
- Patologia sensorial múltiple.
- Patologia sistèmica : infeccions, trastorns metabòlics...
- Fàrmacs: hipnòtics, neuroleptics, sedants, antihipertensius, antiaritmics.....

*Factors de risc extrínsecs:*

- De l' habitatge: terres lliscants, irregulars, il·luminació insuficient, escales altes, banyeres altes sense baranes.....
- De l'exterior: desnivells carrers, paviment irregular, mitjans de transport inadequats...
- Activitats de risc: pujar a llocs alts amb escales.....etc

S'estima que cau com a mínim un cop a l'any, un 30 % dels majors de 65 anys, i més en els més grans. (Tinetti 1988, 1994, 1997). Les dones cauen més que els homes, però la diferència disminueix amb l'edat (Lazaro del Nogal 1995). Els institucionalitzats tenen una prevalença del 50%. La taxa d'incidència anual és de 25/1000 persones majors de 80 anys i d'aquestes entre el 2-5% s'associen a lesions importants (Salvà 2004, Seculi 2004). El 50 % dels casos que es produeixen en la comunitat són episodis múltiples.

Les principals conseqüències de les caigudes són la fractura de maluc i de canell. També problemes psicològics (por a noves caigudes), socials (30-40 % dels que cauen acaben institucionalitzats) i funcionals (risc d'incapacitat i dependència) (Làzaro del Nogal 2001).

La valoració de l'ancià amb risc de caigudes hauria de ser una activitat clínica habitual en atenció primària, detectant factors de risc tant intrínsecs com extrínsecs i intentar prevenir-les mitjançant un pla de cures personalitzat.

***Síndrome confusional aguda***

El cervell és un dels òrgans més vulnerables de l'ancià. Molts problemes de salut s'expressen, en el vell, com deteriorament de la funció cognitiva i de la situació d'alerta. Dintre dels trastorns neurològics de l'ancià, el quadre confusional agut (també anomenat delirium) és el més freqüent. És una expressió inespecífica d'una alteració orgànica cerebral difusa, conseqüència d'un dèficit generalitzat del metabolisme cerebral, ja sigui per patologia aguda sistèmica, per interaccions i sobredosificacions farmacològiques o secundària a una malaltia específica cerebral. S'ha de considerar una urgència mèdica, per la seva reversibilitat i perquè la no correcció de les seves causes, dona lloc a deteriorament cognitiu establert, incapacitat i mort (Byron 2001).

Per a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, el delirium és un canvi en l'estat mental, d'inici sobtat, curs fluctuant i sovint reversible, que es caracteritza per l'alteració del nivell de consciència i de les funcions cognitives i que no està justificat per la existència prèvia d'una demència.

Hi ha pocs estudis sobre la seva prevalença en la comunitat, la majoria estan fets sobre pacients hospitalitzats o que viuen en institucions. Un estudi recent, a nivell comunitari, en individus majors de 55 anys, mostra una incidència del 1,1% (Byron 2001). En pacients hospitalitzats, la prevalença és del 14-24%, del 5-30% si és per patologia mèdica, del 10-15% en cirurgia general i fins al 50 % en cirurgia de maluc (O'Keefe 1997).

L'etiologia és multifactorial, per interacció entre diferents factors predisponents i desencadenants, més una sèrie de factors de risc independents que poden provocar per si sols una síndrome confusional aguda per l'alteració que provoquen (Barrero i Parras 2001)

*Factors predisponents de síndrome confusional en l'ancià:*

- Envel·liment cerebral amb una disminució de la reserva cognitiva
- Dèficits sensorials
- Alta prevalença de malalties cròniques
- Fragilitat
- Canvis farmacocinètics i farmacodinàmics que els fan més susceptibles a desenvolupar efectes secundaris i interaccions farmacològiques

*Factors de risc:*

- Edat avançada (>80 anys)
- Alteracions cardiopulmonars, sobretot : infart agut de miocardi, insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, tromboembolisme pulmonar.
- Malalties neurològiques: accident vascular cerebral, demència, neoplàsies, Parkinson.
- Trastrons hidro-electrolítics i metabòlics

- Alteracions gastrointestinals: diarrea, restrenyiment, impactació fecal
- Infeccions: urinàries, pulmonars
- Polifàrmacia: anticolinèrgics, benzodiazepines, opiacis...
- Privació o estimulació sensorial o de la son
- Traumatismes, caigudes, fractures
- Dolor, febre

*Factors desencadenats:*

- Ingress hospitalari : mèdic o quirúrgic
- Estada a UCI
- Estada a Urgències
- Canvis d'entorn, estrès, situacions de por, immobilització.

En diferents estudis realitzats, s'associa amb un mal pronòstic a l'alta hospitalària i a mig termini, amb una elevada mortalitat, augment de la institucionalització i deteriorament cognitiu i funcional residual. El que no està clar, és si la síndrome confusional contribueix de manera independent al mal pronòstic o si és tan sols un marcador per identificar pacients amb malaltia greu, comorbiditat, deteriorament cognitiu, funcional o edat avançada. En un estudi fet per O'Keefe, ajustant tots aquests factors, va demostrar que estava associada de manera independent a un augment de la durada de l'estada hospitalària, deteriorament funcional, augment d'institucionalització i complicacions intrahospitalàries., cosa també demostrada per Levkoff en 1992 .

El quadre confusional pot persistir dies després de solucionat l'agent causal. La resolució de la simptomatologia a l'alta hospitalària tan sols es dona en un 4% dels casos i el 18% mantenen els símptomes passats 18 mesos de l'inici. Alguns d'aquest pacients no podran tornar a recuperar la situació basal prèvia (Butch 1999)

La millor estratègia de tractament és la prevenció, evitant els factors de risc i els

desencadenants ( Barrero 2001, Inouye 1999).

### ***Incontinència urinària***

Parlem d'incontinència urinària quan es produeix una pèrdua involuntària d'orina, en quantitat i freqüència suficient perquè suposi un problema higiènic i social i que és demostrable objectivament (Verdejo 1997).

Encara que no és més que un símptoma, en la gent gran de vegades pren una dimensió sindròmica, per la seva transcendència individual, social i econòmica, precisant un gran consum de recursos i un important cost sanitari.

No està clarament definida la seva prevalença. Hi ha diferències molt importants segons l'àmbit d'estudi, la població estudiada o el concepte d'incontinència urinària. Afecta al voltant del 20% dels ancians i en centres socio-sanitaris la prevalença augmenta fins al 50%. La prevalença és del 10-15% en majors de 65 anys, 30-40% en majors de 70 anys, 50-60% en població institucionalitzada, 70% en persones amb deteriorament cognitiu sever (Ribera Casado). És més freqüent en el sexe femení i la incidència augmenta en l'edat i el deteriorament de l'estat de salut.

*Hi ha diferents tipus (Verdejo 1997):*

1. **IU aguda o transitòria.** Produïda per un trastorn agut. Cedeix en fer-ho la causa. Causes més freqüents: quadre confusional, infecció urinària, uretritis i /o vaginitis atròfica., trastorns endocrins, alteracions de la deambulació, impactació fecal i determinats fàrmacs: ansiolítics, diuretics, anticolinèrgics, agonistes-antagonistes adrenergics, blocadors canals calci.
2. **IU o persistent:**
  - *IU d'esforç.* Es produeix en augmentar la pressió intravesical. per augment en la pressió intrabdominal, superant la pressió de l'esfínter. És la forma més freqüent en la dona. Afecta a més del 30 % a partir dels 40 anys. Té relació amb la història obstètrica, el dèficit estrogènic i la laxitud dels teixits de terra pelvià.
  - *IU d'urgència.* Desig urgent i irresistible d'orinar, sense possibilitat de retenir l'orina com



a conseqüència de la contracció del detrusor. La micció és escassa. Es la forma més habitual en el vell. Com a causes més freqüents: cistitis, litiasi i/o neoplàsia vesical, accident vascular cerebral, traumatisme crani-encefàlic, lesions medul·lars i malalties neurològiques.

- *IU funcional*: hi ha pèrdua d'orina per limitació a l'accés al lloc adequat per orinar. Les causes més habituals: alteracions múscul-esquelètiques, depressió, inhibició, falta motivació, alteració cognitiva severa, barreres físiques que dificultin l'accés
- *IU mixta*: coexisteixen 2 o més tipus
- *IU per desbordament*: la bufeta sempre està plena per un residu postmiccional constant i patològic. Es perden petites quantitats d'orina quan la pressió intravesical supera a la de l'esfínter, encara que no hagi activitat del detrusor. Més freqüent en homes i associat a hipertròfia de pròstata, fecalomes, fàrmacs.

Cal fer un diagnòstic acurat i derivar a l'atenció especialitzada quan sigui necessari per completar l'estudi, així com fer el tractament adient segons el tipus d'incontinència urinària, la repercussió sobre la qualitat de vida i les característiques del pacient

### ***Malnutrició***

No hi ha en el moment actual, una definició única consensuada de malnutrició. Es pot dir que és una alteració, per defecte, de l'estat nutricional (Rubio 2002). Es pot concretar dient, que és una disminució del pes respecte al pes habitual en un temps determinat, alteració dels valors antropomètrics i analítics (Garcia-Lorda, Salas-Salvadó i col. 2002).

Un estat nutricional deficitari contribueix de manera significativa a la morbiditat associada a nombroses malalties cròniques i deteriora considerablement el pronòstic dels ancians que pateixen patologies agudes (Sullivan 1995). Per altra banda una nutrició adequada ajuda positivament al manteniment de la funció cardiovascular i múscul-esquelètica, i com a conseqüència la independència funcional i allarga el temps de vida lliure de malaltia (Frisoni 1995). En l'estat nutricional intervenen diferents factors com el grau de salut, l'activitat física, les característiques socio-econòmiques i la pròpia edat de l'individu (Garcia-Lorda 2002)

S'ha de diferenciar entre els diferents tipus de MN ( Garcia-Lorda 2002, Espinosa 2000,

Chamorro 1999):

- **Dejú o marasme:** caracteritzada per la pèrdua de pes, massa muscular i teixit adipós que comporta, mantenint la proteïna visceral. L'albumina sèrica no s'altera. La causa és un dèficit calòric, per reducció perllongada de nutrients, desapropietament d'aquests o totes dues coses. En el nostre medi la causa més habituals és: la dificultat per accedir als nutrients (falta recursos econòmics, incapacitat física per alimentar-se, alteracions dentals), però també pot ser per polimediació, patologia crònica greu (renal, cardio-respiratoria, digestiva, infeccions...). Suposa una gran vulnerabilitat davant qualsevol malaltia que complica de manera important l'estat nutricional amb afectació del compartiment visceral.
- **Proteico-calòrica o Kwashiorkor:** patró de la desnutrició aguda. El greix subcutani està conservat a expenses de la pèrdua proteica, sobretot visceral. No suposa necessàriament pèrdua de pes ja que aquest es pot mantenir per retenció hídrica. L'albumina sèrica disminueix. Les causes més freqüents en ancians son: infeccions agudes, intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions, insuficiència cardiorespiratoria aguda, fractura de maluc i les úlceres per pressió
- **Formes mixtes, caquèxia:** combina la carència energètica amb el consum de massa muscular i proteica per factors aguts que sovint es presenten en l'ancià pluripatològic. Característica dels ancians amb càncer.

En els països desenvolupats el grup de població amb major prevalença de malnutrició són els ancians. La prevalença en població no institucionalitzada s'estima entre el 3-7% (Loewestwin 1982) i en alguns països europeus es superior al 10% (De Groot 1991). En la població institucionalitzada oscil·la entre el 30-60% (Rudman 1989). Diferents estudis fets al nostre entorn (Universitat Rovira i Virgili), demostren que en la població anciana, hi ha un consum energètic relatiu inferior al dels adults, amb un augment del consum de hidrats de carboni i disminució dels greixos (Serra-Majem 1996, Fernandez-Ballart 1989), i que entre la població institucionalitzada la prevalença global de malnutrició és del 26,7% (9,1% en residències geriàtriques i 50,5% dels hospitalitzats) ( Esteban 2000)

L'estudi SÉNECA fet a nivell poblacional, multicentric, d'abast europeu amb representació

espanyola, demostra una ingesta inadequada en el 12% dels ancians i un IMC baix en el 3% (Moreiras i Beltran 2001).

*Entre els factor de risc de malnutrició cal destacar* (Fernandez 2001):

- Pluripatologia
- Alteracions sensorials i mentals
- Malalties gastrointestinals
- Polifarmàcia
- Alcoholisme
- Ingress hospitalari i intervencions quirúrgiques
- Factors socials (soledat, viduïtat, econòmics) i funcionals (discapacitat).

### ***Restrenyiment***

Definir el restrenyiment és una tasca complicada. Una de les definicions clàssiques es : emissió inferior a 3 cops a la setmana de femta anormalment dura.

És molt freqüent. Un elevat nombre d'ancians, refereixen patir-lo. S'associa amb un elevat consum de laxants. Tot i això, en preguntar per les característiques d'un restrenyiment simptomàtic, menys del 30 % presenten criteris diagnòstics adequats (Navarro 1997). També s'ha evidenciat una escassa concordança ( $kappa= 0,12 - 0,38$ ) , quan aquest es referit pel propi individu o pels cuidadors.

Considerant tot l'anterior, s'estima la prevalença del restrenyiment al voltant del 25 % dels majors de 65 anys, augmentant en els més grans, en les dones. Entre els hospitalitzats o ingressats en residències el 75-80 % consumeixen laxants.

*Les causes més freqüents son:*

- Idiopàtica (factors dietètics, percepció anal anòmala..etc.)
- Sedentarisme

- Alteracions estructurals en colon o estructures ano-rectals
- Trastorns psicològics, metabòlics i/o neurològics
- Fàrmacs: analgèsics (narcòtics, aines), antiàcids, anticolinèrgics

Es necessari tenir en compte aquesta síndrome, investigar la seva relació amb determinades patologies i fàrmacs i tractar-la de manera acurada.

### ***Depressió***

La freqüència dels trastorns afectius en la gent gran és alta. Es calcula que entre el 10-45 % de les persones grans, tindran en algun moment algun símptoma depressiu. Entre el 3-5 % patiran un trastorn depressiu major i entre el 10-12 % presentaran símptomes afectius sense complir criteris de depressió (Ribera Casado 1997, San Jose 1999).

Aquests pacients sovint no arriben al psiquiatra i o bé no es diagnostiquen o queden a l'atenció primària.

El motiu de la consulta pot no ser aparent i no estar directament relacionada amb el trastorn afectiu i presentar-se com queixes somàtiques o com conflictes familiars o de relacions interpersonals.

La depressió s'associa a un increment en la mortalitat, no tan sols pels suïcidis, sinó també per anorèxia, trastorns electrolítics, predisposició a altres malalties i alteració del sistema immunitari (Ribera Casado 1997).

Encara que la depressió en l'ancià pot tenir una clínica típica, sovint es pot presentar amb característiques diferenciades:

- Major presència de símptomes cognitius
- Dificultat en l'expressió dels sentiments de tristesa
- Predomini de l'agitació sobre la inhibició,
- Major freqüència de deliris
- Menor pèrdua de la gana i del pes

- Major alteració en els test neuro-psicològics.
- Absència de relació clara entre l'aparent severitat del quadre i major risc de suïcidi.

### ***Demència***

Les demències són un problema de gran impacte sobre la població anciana i llurs famílies.

La Societat Espanyola de Neurologia 2000, la defineix com: "una síndrome clínica caracteritzada per un deteriorament global de les funcions cognitives, de caràcter orgànic, sense alteració del nivell de consciència, de curs crònic i que afecta les capacitats funcionals del subjecte de manera suficient per interferir en les seves activitats socials i laborals habituals"

S'estima que els problemes de memòria afecten a un 50 % dels majors de 65 anys i que la incidència de demència a partir d'aquesta edat és del 1% anual. La prevalença en majors de 65 anys és del 5-10 % i en majors de 80 anys del 20-40 % ( Alberca 2002, Martin 2002).

La causa més freqüent de deteriorament cognitiu en l'ancià és la demència degenerativa primària tipus Alzheimer (50-80 %), seguida de les vasculars (20-30 %) i la de cossos de Lewy (15-20%) (Sociedad Española Neurologia 2000, Martinez 2001, Martin 2002)

Actualment la investigació sobre el tema és molt activa. El factors de risc clarament establerts en la bibliografia són :

- l'edat (Cummings 2002, Black 2001)
- la presència de l'al·lel epsilon 4 de la apolipoproteïna E ( Martin 2002)
- la síndrome de Down (Black 2001)
- deteriorament cognitiu lleu (Alberca 2002, Martinez 2001)

Altres factor, estudiats però sense consens en quant a considerar-los factors de risc son: ( Cummings 2002, Martinez 2001, Hebert 2001, Sandberg 2001, Launer 1999):

- Sexe femení
- Història familiar

- Traumatisme cranial previ
- Dèficit B12 o folats
- Augment de homocisteïna
- Malaltia cerebrovascular
- Toxicitat per elements o substàncies químiques
- Nivell escolarització baix
- Hipertensió arterial
- Tabaquisme

Factors de risc que semblen disminuir la incidència de demència (Martinez 2001, Ruitenberg 2002, Laurin 2001, Cummings 2002, In't Veld 2001, Wozolin 2000, Rockwood 2002, Forette 2002), serien:

- Consum moderat de alcohol
- Pràctica d'exercici físic
- Dieta rica en peix o vitamines E i C
- Consum perllongat d'antiinflamatoris no esteroïdals, estatines o antihipertensius. Actualment s'estan fent diferents assaigs clínics per tal d'aclarir el paper d'aquests fàrmacs en la prevenció de les demències (Black 2001)

### ***Alteracions sensorials***

Les alteracions sensorials són un problema habitual de la gent gran.

La integritat de facultats, com la visió i l'audició són necessàries perquè l'individu esdevingui independent. Entenem com a tal, la capacitat de relacionar-se autònomament amb l'entorn físic i mantenir una vida socialment activa. Quan aquestes facultats es veuen disminuïdes, ens trobem davant d'una minusvalia o dependència d'altra persona, amb la problemàtica personal i social que això comporta.

***Dèficit visual***

Es molt freqüent, però de vegades no és percebut com una patologia, ni pel propi ancià, ni de vegades, pels professionals sanitaris, per considerar-lo un procés normal de l'envelliment.

Suposa un factor de risc que dificulta la mobilitat, augmenta el risc d'accidents i caigudes, dificulta l'autocura i afecta l'esfera afectiva amb tendència a l'aïllament social. També es considera predictor de mortalitat (McCarty 2001)

No existeix una definició acceptada de dèficit visual, però hi ha consens general, de que és aquella situació que interfereix en les activitats de la vida diària. L'agudesia visual és la capacitat de visió d'un individu per cadascun dels dos ulls. Es valora la visió propera i la llunyana. Es consideren valors deficitaris per la visió llunyana quan és menor a 0,5 per a cada ull i la propera quan és inferior a 0,3.

Amb l'envelliment es produeixen una sèrie de canvis a nivell ocular tant anatòmics com funcionals (Brabyn 2001), que afecten a tot l'aparell ocular i que dona una disminució d'un 40% d'agudesia visual respecte al jove, a la qual cosa s'ha de afegir l'aparició de diferents malalties, que comporten encara un deteriorament més gran.

Les principals causes de dèficit visual son (Klaver 1998):

***Degeneració macular associada a l'edat (DMAE)***

Procés degeneratiu que afecta l'epiteli pigmentari de la retina, conseqüència d'un dèficit en el seu metabolisme, que es tradueix en alteració per dipòsits entre l'epiteli pigmentari i la membrana de Bruch. Hi ha dos tipus: DMAE seca o atròfica, la més freqüent (90%) en la que els dipòsits es fan a nivell macular amb lesions conegudes com a "druses", i l'exsudativa (10%), amb formació neovascular a nivell de coroides, amb tendència al sagnat i destrucció de l'epiteli pigmentari i greu deteriorament de la visió. La DMAE és la primera causa de ceguesa irreversible en els països desenvolupats, la pateixen entre un 2-15 % dels majors de 65 anys, un 37 % entre els majors de 75 anys i arriba al 50 % en majors de 85 anys ( Rosenthal 2001).

***Glaucoma***

Síndrome clínica caracteritzada per la triada: hipertensió intraocular (PIO), pèrdua de visió

perifèrica i atrofia del nervi òptic. Es dona com a conseqüència de l'augment en la PIO ocasionada pels canvis estructurals de la malla trabecular o de les vies postrabeculars que dificulten el drenatge de l'humor acuós. La prevalença del glaucoma es de 3-4 % en majors de 70 anys

#### *Cataractes*

És l'opacitat del cristal·lí, que en el cas de la senil és de predomini nuclear, d'evolució lenta amb pèrdua de visió llunyana i manteniment de la visió propera fins a estadis evolucionats. La cataracta és causa de dèficit visual en el 50 % dels subjectes entre 65-74 anys i del 70 % entre els majors de 75 anys. És la primera causa de ceguesa legal reversible.

#### *Retinopatia diabètica:*

Manifestació de la microangiopatia diabètica. La seva prevalença augmenta amb els anys d'evolució de la malaltia i l'edat del pacient.

Al nostre país hi ha pocs estudis sobre la salut oftalmològica en gent gran. La prevalença de dèficit visual varia segons el diferents estudis des de el 26 al 77 % en funció de la metodologia emprada (Rosenthal 2001). La ceguesa està present en 1-2,5% augmentant fins al 5 % quan tan sols es considera als majors de 85 anys.

#### ***Hipoacusia***

És molt important, no tan sols per la seva alta prevalença, sinó per les conseqüències que comporta. Les persones grans amb hipoacusia, es tornen desconfiades, amb tendència a la depressió, deteriorament de l'estat cognitiu, major incapacitat per l'atutocura i aïllament social (Walhagen 2001). En conjunt es tradueix en una disminució global de la seva qualitat de vida i s'associa a un increment de la mortalitat en homes (Appollonio 1996).

S'anomena hipoacusia quan la pèrdua auditiva afecta la comunicació ( $> 25\text{dB}$ ), encara que les dificultats comencen a partir del 40dB (Sanz 1999). Es considera discapacitat quan la limitació auditiva afecta la capacitat de comprensió en ambient sorollós i sordesa quan el trastorn és tan important que no es pot processar la informació lingüística mitjançant l'audició amb o sense audiòfon.



Amb el pas dels anys hi ha un deteriorament cel·lular que afecta l'oïda interna, nervi auditiu, vies d'associació i còrtex cerebral que ocasiona un dèficit en la recepció i integració dels sons, sobretot i de manera més acusada, en les freqüències més altes.

Acostuma a ser un problema infradiagnosticat, tant pels pacients com per part dels professionals que ho consideren un canvi fisiològic ( Weinstein 1994).

Les causes que més sovint són responsables de la pèrdua auditiva:

- Presbiacusia: és la causa més habitual. És una pèrdua progressiva per les freqüències altes. Produïda pels canvis degeneratius soferts durant l'envelliment, encara que sembla que també pot haver-hi un component genètic (Christensen 2001)
- Taps cerumen
- Traumes acústics
- Altres: otoesclerosi, fàrmacs ototòxics, processos cicatricials, vasculars....

La prevalença varia segons la població d'estudi i la metodologia utilitzada. En general es del 25-30% dels majors de 65 anys, augmentat fins a un 50% en els majors de 80 anys ( Miller 2000, US Task Force 1996). Disposen de pròtesis auditives entre el 10-30 %

### ***Polifarmàcia***

La polifarmàcia, definida com el consum de quatre o més fàrmacs, és un fet molt habitual entre la població de gent gran, en part per l'augment de la prevalença de malalties i en part pel fet de ser el grup de població que més sovint utilitza els serveis sanitaris. L'acte mèdic sovint s'associa a la prescripció (Aguilera 1999).

A Espanya al 1995, els pensionistes representaven un 25 % de la població adscrita al SNS i van rebre el 65 % de totes les prescripcions realitzades; la mitja de receptes per persona durant aquest any va ser de 6 pels treballadors actius i 33 pels pensionistes. Un estudi realitzat a Catalunya (Lopez-Torres 1997) va revelar un alt consum de fàrmacs en aquesta població, un 76 % utilitzava medicació de manera crònica (3,2 medicaments / persona). Com a factors associats al major consum hi havia: tenir tres o més malalties, pobre percepció de la seva salut, algun tipus d'incapacitat generadora de dependència física, major de 74 anys, trastorn depressiu,

haver utilitzat més de quatre vegades els serveis sanitaris en els últims tres mesos i hospitalització en el darrer any.

*Les principals conseqüències de la polimediació són:*

- Efectes secundaris i reaccions adverses als medicaments (RAM) per interaccions. Les RAM són molt freqüents i afecten gairebé al 100% dels ancians quan prenen més de 10 fàrmacs (Col 1990). Fins el 20 % dels ingressos hospitalaris dels ancians són conseqüència de la polifaràcia.
- Inadequat compliment terapèutic (Baena 1997, Col 1990), que pot ser per: omissió de dosis, errors de dosificació, confusió d'horari i automedicació

Ens trobem a més, davant del fet, que la major part de les prescripcions de fàrmacs es fa en aquest grup de població en la qual no s'ha estudiat en general les característiques farmacològiques ni farmacodinàmiques. Els ancians són una població extremadament sensible a les reaccions adverses, en tenir disminuïda la capacitat funcional de resposta. Diferents estudis mostren que els assaigs clínics que valoren l'eficàcia dels nous medicaments, tenen una representació escassa o nul·la de població anciana i que d'aquests moltes vegades són individus al voltant de 65 anys amb un bon estat de salut (Rochon 1995, Avorn 1997)

Hi ha diferents factors que modifiquen la resposta farmacològica en la població anciana (Garcia M.1991) :

- Canvis biològics: Modificacions farmacocinètiques i farmacodinàmiques, associades a l'envelliment. Entre les farmacocinètiques, sobretot la disminució de l'aclariment renal i les modificacions dels volums de distribució, amb augment de la vida mitja i de la concentració sanguínia dels fàrmacs. Entre els canvis farmacodinàmics, canvis en el nombre i sensibilitat dels receptors, sobretot a nivell de sistema nerviós central amb augment de la sensibilitat d'aquests a l'acció dels fàrmacs
- Pluripatologia: Al voltant del 80% dels ancians estan afectats d'alguna patologia crònica i d'aquests el 36% pateixen més de tres (Baena 1997). Això comporta un major nombre de fàrmacs consumits, major nombre d'interaccions i reaccions adverses.
- Canvis socio-culturals: es manifesten bàsicament com automedicació i incompliment,

que comporta disminució en l'eficàcia. L'incompliment es un problema tan important que ha originat la creació de grups específics de treball (Grup de Treball sobre incompliment), que estimen que entre el 30-50% dels pacients no compleixen el tractament prescrit. Aquest fenomen és més prevalent encara en ancians. L'automedicació origina un major consum de fàrmacs amb risc de reaccions adverses. Fins al 80% dels pacients geriàtrics s'automediquen (Garcia M 1991).

Les reaccions adverses als medicaments, són definides per l'O.M.S (1997) com "qualsevol resposta nociva o indesitjable a un fàrmac que es produeix a les dosis utilitzades habitualment en l'home per la profilaxi, diagnòstic o tractament".

Existeixen una sèrie de símptomes i signes suggestius de reaccions adverses a medicaments:

- Caigudes de repetició
- Depressió
- Quadre confusional
- Incontinència Urinària
- Extrapiramidalismes
- Lesions cutànies
- Restrenyiment o diarrees
- Pèrdua memòria

Els principis generals de la prescripció de fàrmacs en l'ancià són: (Sloan 1992, OMS 1997, Carlson 1996):

- Considerar els tractament no farmacològics com elements fonamentals dels esquemes terapèutics.
- Revisió periòdica del tractament
- Suspensió dels medicaments que ja no siguin necessaris

- Abans d'introduir un nou fàrmac veure si es poden retirar d'altres.
- Iniciar tractaments amb dosis baixes i incrementar fins aconseguir la dosi mínima eficaç.
- Ajustar la dosi en funció de l'aclariment renal.
- Evitar la utilització de fàrmacs de vida llarga o que s'acumulin
- Davant l'aparició de símptomes inespecífics considerar que es pugui tracta d'efectes secundaris
- L'edat no és per si mateixa un factor que contraindiqui la utilització d'un fàrmac potencialment beneficiós

## II-4. Valoració Geriàtrica Integral (VGI)

### II-4-1. Definició

L'American Geriatrics Society defineix la VGI com "l'avaluació multidisciplinària en la qual es detecten, descriuen i aclareixen els múltiples problemes de l'ancià, es registren els recursos i possibilitats de l'individu, s'assessora sobre la necessitat de serveis i es desenvolupa un pla de cures". Per a Rubenstein (1998) és "un procés diagnòstic habitualment interdisciplinari, dirigit a quantificar els problemes mèdics, funcionals, psíquics i socials de l'ancià, amb l'objectiu de planificar un tractament i seguiment a llarg termini.

Les diferències principals respecte l'avaluació mèdica habitual són (Baztan 2000):

- L'èmfasi sobre la valoració de l'estat funcional i la qualitat de vida
- La seva aplicació dirigida a ancians fràgils, habitualment amb problemes complexos.
- La necessitat freqüent d'un equip interdisciplinari i de la utilització d'escales de mesura objectives.

El procés de la VGI podria considerar-se com un "continuum," des de la valoració simple realitzada per l'equip d'atenció primària, dirigida a identificar a l'ancià amb problemes funcionals i discapacitat (cribratge), fins a una avaluació de tots aquests problemes detectats per part d'un geriatra o equip multidisciplinari, que sovint s'acompanya d'un pla de cures.

### II-4-2. Antecedents

Les primeres publicacions sobre la VGI s'inicien als anys quaranta (Warren 1946), per la doctora Marjory Warren, al Regne Unit, on descrivia la millora dels pacients d'una unitat de llarga estada, després de la realització d'una valoració sistemàtica i la indicació de rehabilitació adequada. Des de llavors una àmplia bibliografia dona suport a l'efectivitat dels programes de valoració geriàtrica.

Dels estudis descriptius inicials, destaca la millora en la precisió diagnòstica mitjançant la cerca activa de malalties no detectades, especialment síndromes geriàtriques, i sempre dintre de l'àmbit hospitalari (Williamson 1964). A principis dels anys vuitanta començaren a aparèixer

estudis controlats, que confirmaven els beneficis ja descrits i d'altres addicionals, com la millora de la supervivència, disminució d'estades hospitalàries i en alguns casos disminució del cost sanitari (Rubinstein 1987). Aquests beneficis es mantenen als dos anys . Altres estudis realitzats en la comunitat i en l'atenció domiciliària, també van demostrar disminuir la mortalitat, institucionalització i aconseguir una millora funcional, a canvi d'un augment en el nombre de visites sanitàries, sense reduir els ingressos hospitalaris (Vetter 1984, Hansen 1992). Es va publicar un metanàlisi (Stuck 1993), incloent dades de 28 estudis controlats amb un total de 10.000 pacients i realitzats en diferents ubicacions: unitats de VGI hospitalària, equips d'interconsulta hospitalària, serveis de VGI domiciliària, consulta externa hospitalària. Els resultats mostraven: reducció del risc de mortalitat a l'any (14-22%), reducció d'institucionalització (26-47%), disminució d'ingressos a l'hospital (12%), possibilitat de millora cognitiva (47%), millora en la funció física (72%). Els millors beneficis es van obtenir en unitats d'hospital i valoració domiciliària i els pitjors en consultes externes hospitalàries. D'aquí es dedueix la importància de la selecció de pacients. Els beneficis més destacats s'obtenen en l'ancià fràgil

L'evidència actual, sobre l'efectivitat de la VGI en el medi comunitari és controvertida i els seus resultats de vegades difícils d'interpretar, generalment per les diferències metodològiques existents entre els diferents estudis. Les dificultats més importants en la aplicació de la VGI a nivell comunitari són:

- Criteris de selecció : estratègia universal o oportunista
- Professionals implicats en la valoració i seguiment
- Intensitat de les intervencions
- Lloc de realització : domicili o consulta
- Seguiment: exhaustiu de vegades
- Variables de resultats analitzades

Els resultats dels metanàlisi més recents en l'àmbit comunitari són també contradictoris. En una revisió sobre 15 assaigs clínics, alguns aleatoritzats i d'altres no, no troben evidència consistent d'un efecte significatiu sobre les visites domiciliàries en cap dels resultats estudiats

(van Haastregt 2000). Stuck al 2002 en un metanàlisi sobre 18 assaigs clínics, treu les següents conclusions:

- Augment de la capacitat funcional en ancians amb baix risc de mortalitat.
- Reducció dels ingressos en residències si es fan més de 9 visites de seguiment
- Reducció de la mortalitat tan sols en el grup d'edat de 72 a 77 anys.

### **II-4-3. Objectius**

Els principals objectius de la VGI són (Rubenstein 1998):

- Determinar la població anciana de risc, o fràgils.
- Identificar possibles àrees de deficiència, problemes de salut desconeguts i tipus de cures a realitzar.
- Identificar de manera precoç el possible deteriorament funcional prevenint les incapacitats i fomentant la independència.
- Monitoritzar el curs clínic de patologies agudes o cròniques amb seguiment periòdic quantificant els efectes de cada intervenció
- Predicció de mortalitat i esperança de vida activa, així com predicció de l'ús de serveis, possibilitat d'institucionalització, nivell de suport necessari i cost dels serveis.
- Seguiment de l'evolució en el temps.
- Descripció de la situació basal de pacients i /o poblacions: recollida d'informació sobre població anciana atesa amb finalitat demogràfica, de planificació i d'investigació.

### **II-4-4. Àrees a avaluar**

Les àrees a avaluar són totes aquelles que poden afectar la independència funcional. Els ancians són molt vulnerables a la pèrdua de capacitat funcional, conseqüència de la interacció de problemes clínics, psicològics i socioeconòmics. La VGI recull informació de totes aquestes àrees.

***Clínica/Biològica:***

- Diagnòstics mèdics actuals i del passat
- Història farmacològica,
- Hàbits de vida
- Història nutricional
- Presència de síndromes geriàtriques
- Funció perceptiva (auditiva i visual)
- Autopercepció de salut
- Activitats preventives recomanades

Tot i que és necessari un diagnòstic clínic complet i precís, cal que aquests vagi enfocats a avaluar la funcionalitat. De vegades els diagnòstics específics tenen poca relació amb l'estat funcional, una llarga llista de problemes pot fer pensar al clínic en un ancià molt deteriorat i fràgil, cosa que sovint no és el cas.

***Funcional:***

L'O.M.S. (WHO 1959), recomana mesurar la salut de l'ancià en termes de funcionalitat. Aquest és el millor indicador de salut, més que la prevalença de malalties. El terme "capacitat funcional" significa la capacitat per relacionar-se i adaptar-se als elements de l'entorn i per desenvolupar les activitats de la vida diària. Aquest concepte s'inclou en el de bon estat de salut el qual està inclòs dintre de l'anomenada "qualitat de vida" (Alvarez 2004).

Aquesta valoració té com objectiu qualificar i quantificar la capacitat per l'autocura, des de una jerarquia:

- Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD): Són aquelles necessàries per l'autocura més bàsica (menjar, rentar-se, moure's, caminar..). Són les darreres que es perden i les primeres en recuperar-se. La incapacitat per realitzar-les és incompatible amb la vida si no les substitueix alguna altra persona..



- Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD): Són activitats més complexes, que tenen a veure amb la capacitat per realitzar determinades tasques: comprar, ús del telèfon, de mitjans de transport ...etc. Són les que primer s'afecten. La incapacitat per realitzar-les suposa un risc d'institucionalització, sobretot en aquelles persones que viuen soles.

### ***Mental***

La valoració del funcionament cognitiu i de l'estat afectiu en un ancià és una part fonamental de la VGI. El seu objectiu és detectar, ajudar al diagnòstic i quantificar la seva influència en l'estat funcional.

S'utilitzen instruments de mesura validats per aquesta funció que han de ser útils i breus, fàcilment utilitzables a l'atenció primària. Serveixen com a mitjans de cribratge ja que el diagnòstic definitiu es farà a través del sistema diagnòstic establert, normalment el CIE-10.

Les valoracions que es fan són: valoració cognitiva i valoració afectiva.

### ***Social***

La valoració social podria definir-se, com el procés que estableix la relació entre l'ancià i el seu entorn social. L'aïllament social, es pot definir com l'absència d'interaccions socials, contactes i relació amb la família, amics i veïns. Està considerat com un factor de risc tant per desenvolupar patologia com per produir incapacitat davant de patologies ja existents (Alvarez 2004, de la Revilla 2003 ). Els ancians amb bona integració social, tenen a llarg termini una major supervivència i es recuperen millor de les patologies (Gonzalez Montalvo 2001).

El deteriorament social és més freqüent en: dones, solters/es, baix nivell cultural, ingressos econòmics escassos, els que viuen sols, presència de deteriorament cognitiu moderat-sever, malaltia crònica o símptomes psiquiàtrics ( Espejo 1998).

És molt important, en fer la valoració social de l'ancià, identificar al cuidador principal, conèixer el temps de dedicació i la sobrecàrrega que això li suposa, per tal de poder identificar factors de riscos de claudicació, principal causa d'institucionalització.

En fer la valoració social s'ha de considerar els següents aspectes (Isach 1993):

- Activitats socials i relacions socials

- Suport social
- Recursos econòmics
- Condicions habitatge

L'objectiu de la valoració social és:

- Valorar els factors de risc d'aïllament social
- Analitzar les font de suport que rep
- Determinar si l'ancià pot seguir vivint en el seu entorn i analitzar els serveis socials que precisa

La valoració social comporta importants dificultats per la subjectivitat en la percepció i el caràcter abstracte d'algunes variables (suport social, ingressos econòmics insuficients...). És per això que les escales que valoren la funció social en la seva totalitat, són complexes i extenses, d' escassa utilitat en la pràctica quotidiana i el seu ús no està tan generalitzat com en les altres àrees.

#### **II-4-5. A qui fer la VGI?**

La població anciana constitueix grup de població molt heterogeni, que augmenta la seva variabilitat amb els anys. No tots els individus majors de 65 anys són iguals.

En funció de les seves característiques podem classificar els ancians com:

- Ancià sa: aquell que no pateix cap malaltia ni presenta cap problemàtica, funcional, mental o social.
- Ancià malalt: major de 65 amb alguna afectació aguda o crònica en diferent nivell de gravetat, habitualment no invalidant i que no compleix criteris de pacient geriàtric.
- Ancià fràgil o de risc: tot aquell que presenta criteris de fragilitat. Aquests no han estan clarament establerts i no hi ha consens sobre quin són els que millor marquen les característiques clíniques de fragilitat. Hi ha diferents autors proposat criteris de fragilitat, els més coneguts i utilitzats són: Barber 1980, O.M.S. i els de Herbert.

- Ancià geriàtric. Aquell que presenta 3 o més dels següents criteris:
  - ✓ Major de 75 anys.
  - ✓ Pluripatologia rellevant.
  - ✓ Malaltia amb característiques incapacitants.
  - ✓ Patologia mental acompanyant o predominant.
  - ✓ Existència de problemàtica social en relació amb el seu estat de salut.

Hi ha diferents tipus d'estratègies per aplicar la VGI:

- Abordatge universal: Alguns estudis inicials proposaven la valoració de tota la població major de 65 anys mitjançant visita domiciliària, la qual cosa és pràcticament impossible amb l'estructura sanitària actual i poc efectiva tenint en compte que la majoria dels ancians joves estan raonablement sans (Stuck 1995).
- Abordatge selectiu. Amb aquesta modalitat es tracta de fer factibles els programes de VGI dirigint selectivament les actuacions cap a grups definits de risc: ancians fràgils.

Amb l'evidència disponible fins ara, tot i que sembla haver-hi efectes beneficiosos, no n'hi ha prou per recomanar l'aplicació sistemàtica de VGI a tota la població de gent gran, la seva aplicació serà individualitzada per pacients seleccionats. Semblen beneficiar-se més les persones amb criteris de deteriorament: majors 80 anys, hospitalització recent, suport social insuficient, viduïtat recent i les persones amb pèrdua funcional lleu i moderada i per tant amb possibilitats de reversibilitat (Martin Lesende 2003).

#### **II-4-6. Instruments de VGI**

L'avaluació clínica tradicional: anamnesi, exploració física i exploracions complementaries, podria deixar molt problemes per detectar, si no es complementa amb altres tècniques més específiques, les escales de valoració. Aquestes permeten mitjançant instruments senzills, ràpids, objectius i estandarditzats, mesurar totes les àrees avaluades amb la VGI.

*Característiques de l'escala de valoració*

- Són instruments objectius i sistemàtics.
- Monitoritzen fàcilment els canvis i facilita la informació entre diferents professionals.
- Han de ser fiables i vàlides.
- Adequades al nivell assistencial on s'apliquen.
- Són útils com instruments de detecció precoç, seguiment i avaluació del tractament i permet el fer comparacions fiables i objectives.

*Les escales específiques més utilitzades en VGI són:*

***Avaluació clínica:***

Consta de l'avaluació clínica tradicional i l'avaluació clínica específica que ha d'anar orientada a detectar i avaluar les síndromes geriàtriques.

Alguns autors proposen un qüestionari (Selva O'Callaghan 1999) de cribratge inicial i a partir de les dades recollides, aplicar instruments específic pels problemes detectats.

Un exemple d'aquest podria ser:

- Té dificultat per llegir, veure TV, reconèixer les persones o realitzar les activitats habituals, tot i que porti ulleres?
- Té dificultat per seguir una conversa?
- Ha tingut pèrdues orina alguna vegada durant el darrer any?. Se li escapa més d'un cop a la setmana?
- Ha caigut alguna vegada en els darrers mesos?
- Anomenar tres objectes, i repetir-los al cap d'uns minuts
- Es troba sovint trist o deprimat?
- Quants fàrmacs pren habitualment?

- N'ha pres algun altre en els darrers mesos?
- Pren alguna cosa pel restrenyiment, dolor o per dormir? Quins?

### ***Caigudes***

Els instruments de mesura més utilitzats per detectar el risc de caigudes i avaluar-les són:

- Test de Romberg (Alvarez 2004): valora l'equilibri quan a l'ancià se li fa tancar els ulls amb els peus junts en bipedestació durant 30". Es considera patològic si hi ha desviació severa o no conserva la postura .
- Test Unipodal (Fuller 2000, American Geriatric Society 2001): es valora la duració màxima d'equilibri amb un sol peu durant 30", sense agafar-se en lloc ni separar els braços. Es permet un màxim de 5 intents i han d'aguantar com a mínim 5". Valora l'equilibri.
- Test de Tinetti o "Performance-Oriented Assessment of Mobility". (Tinetti 1994). Valora l'equilibri estàtic, dinàmic la marxa. Es un dels més complets. Dóna una valoració global i avalua cada exercici qualificant-lo com normal, normal adaptat i anormal
- Test de Get up and Go (American Geriatric Society): Des de la posició d'assegut en una cadira, ha d'aixecar-se sense agafar-se en lloc, mantenir-se en peu, caminar fins una paret aproximadament a 3 m, girar-se sense tocar la paret, tornar a la cadira, girar al voltant d'aquesta i seure de nou. Tot cronometrat en menys de 20". Es considera "1" com la prova normal i "5" com molt alterada. A partir de 3 ja es considera risc de caigudes
- FRT (Functional Reach Test) (Alvarez 2004). Explora l'equilibri. L'ancià recolza una espatlla contra la paret amb el braç i la mà tancada estesa, després se li demana que es desplaci cap endavant tant com pugui, sense moure's ni perdre l'equilibri. Es considera patològic si no és capaç de, com a mínim, fer un desplaçament de 15 cms
- Test de marxa en tàndem (Alvarez 2004): caminar uns metres amb un peu davant l'altre. Valora l'equilibri.

### ***Incontinència urinària***

- IU-4. Qüestionari per la classificació clínica de la incontinència urinària (Badia X 1999). 3 tipus: d'esforç, d'urgència i mixta. És auto-administrat

- Qüestionari I-QOL (Wagner 1996) : Valora la repercussió de la incontinència sobre la qualitat de vida en la dona.
- PAD test (Espinosa 2004): útil per quantificar pèrdues lleus. Després d'orinar i posar-s'hi un bolquer prèviament pesat, el pacient comença a fer exercici (pujar i baixar escales, passejar, ajupir-se....) durant mitja hora. Després es retira el bolquer i es pesa de nou, la diferència de pes és la quantitat d'incontinència.

### ***Malnutrició***

- Enquesta alimentària de les darreres 24 hores (Espinosa 2000)
- The Nutrition Screening Initiative (Posner 1993): pensat per millorar el coneixement de la gent gran sobre la qualitat nutricional, alhora de valorar el risc de malnutrició
- Mini Nutritional Assessment (MNA) (Salvà 1996, Guigoz 1996): Actualment és un dels més utilitzades per ser dels més complets. Permet una avaluació ràpida i sistematitzada de l'estat nutricional. Integra tots els elements d'una correcta valoració nutricional: dades antropomètriques, situacions de risc, enquesta dietètica i autopercepció de salut. Dóna una puntuació màxima de 30 punts, la normalitat està per sobre de 24 punts, per sota de 17 es considera desnutrició establerta i entre 17-23, situació de risc. Es l'únic actualment validat al castellà
- Paràmetres antropomètrics:
  1. Pes: la pèrdua de pes per unitat de temps expressada en percentatge és el millor indicador d'un estat nutricional alterat
  2. Talla: en l'ancià disminueix amb l'edat. És necessari el seu càlcul per obtenir l'IMC, per això hi ha fórmules per calcular-la de manera indirecta en cas de un pacient allitat o que no pugui mantenir la bipedestació. Es mesura amb el pacient amb decúbit i el genoll esquerra en un angle de 90°, la distància en centímetres entre el taló i la punta dels còndils femorals (Fernandez 2001, Chumlea 2002)
  3. IMC: tot i està influenciat per la talla, índexs inferiors a 20, indiquen risc de malnutrició.
  4. Plecs cutanis: El 50% del greix corporal és subcutani. Mesurant-lo podem estimar de

manera bastant aproximada el greix corporal. La mesura del plec cutani tricipital a nivell posterior del braç, es fa en el punt mig de la línia imaginària que uneix l'acròmion amb l'olècranon i a un centímetre per dintre de la mateixa. És es el que te un major valor predictiu. Es fa amb el pacient dret, amb el braç flexionat a 90ª i amb els palmell de les mans mirant cap al cel. S'han de fer tres mesures i obtenir la mitjana El resultat obtingut es compara amb les taules de percentils estandaritzades per edat (Chamorro 1991)

5. Perímetres: el del braç és el paràmetre més utilitzat per valorar la reserva de proteïna muscular. Es mesura la circumferència del braç en centímetres, en el punt mig entre l'olècranon i acròmion, amb el colze flexionat a 90º i es compara amb els percentils estandaritzats. L'alteració d'aquest paràmetre suposa malnutrició amb pèrdua de proteïna muscular (Espinosa 2000)
- Paràmetres biològics: Valoren l'estat de la proteïna visceral. Són els primers en alterar-se, abans que els valors antropomètrics i de l'aparició de signes de malnutrició (Chamorro 1999)

<b>GRAU DE MALNUTRICIÓ</b>			
<i>Valors normals</i>	<i>Lleu</i>	<i>Moderada</i>	<i>Greu</i>
Albúmina g/dl (3,5-4,5)	2,8-3,5	2,1-2,8	<2,1
Prealbúmina mg/dl (20-40)	15-20	10-15	<10
Transferrina mg/dl (200-400)	150-200	100-150	<100
Linfòcits totals /1.500-3.000)	1200-1500	800-1200	<800
Colesterol total mg/dl	>160	110-160	<110

**L'albúmina:** és el paràmetre més utilitzat encara que té com a inconvenients: vida mitjana llarga (14-21 dies), afectació en múltiples circumstàncies (insuficiència cardíaca i renal, hipòxia.), la seva normalització després del correcte tractament és lenta.

**Prealbúmina:** ús hospitalari. Vida mitja 2-3 dies. Sensible per valorar desnutricions inicials

**Transferrina:** vida de 8-9 dies. Varia en funció de l'estat de siderèmia

**Linfòcits totals:** Valora l'estat immunitari i nutricional

**Colesterol total:** es relaciona amb la malnutrició protèico-energètica i un pitjor estat de salut

***Síndrome confusional***

En la majoria dels casos es pot arribar al diagnòstic amb l'història clínica, l'exploració física i aplicant els criteris diagnòstic del DSM-IV.

Com a instruments específics hi ha quatre tests dissenyats per diagnosticar-lo, però el més utilitzat per la seva aplicabilitat és el Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye 1999, 1990), que valora quatre aspectes: inici sobtat amb curs fluctuant, falta d'atenció, pensament desorganitzat i nivell de consciència alterat. Es precisa la presència dels 2 primers i un dels 2 següents per al diagnòstic. Té una sensibilitat del 94-100 % i una especificitat entre el 90-99%

***Agudesa visual***

- Interrogatori. Un exemple podria ser l'utilitzat en la "Encuesta Nacional de Salud 1997":
  - Veu prou bé com per reconèixer un amic a quatre metres?, i a un metre?
  - Te dificultats per llegir el diari encara que sigui amb les ulleres?.

Pot ser útil aquest tipus de preguntes com a cribratge, tot i que tenen una baixa especificitat i sensibilitat comparant-les amb la valoració de l'agudesa visual per un optometrista (Smeeth 1998, 2003)

- Optotips d'Snellen (Morera i col. 2001): s'explora cada ull per separat y després tots dos amb lents correctores. Es desconeix la seva fiabilitat en A.P, però s'aconsella com a prova de cribratge en ser capaç de detectar disminució agudesa visual
- Oftalmoscòpia: dubtosa la seva utilitat en mans no especialitzades (Morera i col. 2001) .

***Dèficit auditiu***

- Interrogatori. Investigar dificultats d'audició en determinades situacions: veient la televisió, en un grup de gent o parlant per telèfon. Sembla que aquest mètode pot tenir una sensibilitat del 90% per detectar 40dB de pèrdua i una sensibilitat del 83% (Clark 1991)
- Test del xiuxiueig: Consisteix en pronunciar 6 paraules fora del camp visual del pacient a uns 15 cm i demanar-li que les repeteixi. Es pot tapar l'oïda que no s'explora. S'ha de canviar les paraules en la segona oïda. El test és patològic si el pacient no pot repetir 3 paraules. Té



una sensibilitat del 80-100% i una especificitat del 82-89%, amb una alta variabilitat intra i interobservador, però es considera útil com cribratge en atenció primària. (Pirozzo 2003, Mulrow 1991)

- Test de fregament dels dits ( finger-rub): Es fricciona els dit a prop de l'oïda i es van allunyant progressivament fins que el pacient ho deixa de sentir. Es normal a partir de 20 cm ( Mulrow 1991, Canadian Task Force 1994)
- Test del cronòmetre: posar-lo a diferents distàncies de 10 en 10 cm i registrar la distància màxima a la que se sent . Es considera punt de tall els 50 cm (Mendez 1994)
- HHIE ( Hearing Handicap Inventory for the Elderly) (Ventry 1982). És un qüestionari amb 25 preguntes. Hi ha una versió reduïda de 10 ( HISEE-S). Ha demostrat ser vàlid i efectiu en el cribratge de hipoacúsies amb un punt de tall de 8. S'ha fet una adaptació transcultural al nostre medi (Liechtenstein 1998). S'utilitza fonamentalment com a mètode de valoració de l'efectivitat dels audiòfons.
- Otoscòpia: imprescindible la seva realització

### ***Avaluació funcional.***

#### ***Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).***

Hi ha diferents instruments validats per avaluar-les. Els més utilitzats són:

- Índex de Katz: Elaborat per un equip multidisciplinari (Katz 1963), avalua 6 ABVD i els classifica en categories: A, per aquell que és independent per totes i G el dependent total. És fàcil, breu i no requereix entrenament previ. Validat, alta fiabilitat i concordança interobservador, té valor pronòstic i relació directa amb la mortalitat. Per la manera de classificar els individus, presenta limitacions en quant a la seva utilització estadística ( Alvarez 1992, Cruz-Jentof 1991).
- Índex de Barthel (Mahoney 1965). És el recomanat per la Societat Britànica de Geriatria (Baztan 2001). Pensat en un principi per avaluar la capacitat funcional de pacients amb AVC i demència vascular. Avalua 10 activitats. El resultat és una puntuació entre 0-100. És fàcil i ràpida. Permet més fàcilment la comparació estadística i té una major sensibilitat als canvis que l'anterior. Els seus resultats s'han agrupat en 4 categories: > 60 dependència lleu,

40-55 dependència moderada, 20-35 dependència severa i <20 dependència total. Una variació en l'índex de Barthel té un gran valor predictiu sobre mortalitat, ingrés hospitalari i institucionalització (Baztan 1993)

- Escala d'incapacitat física de la Cruz Roja (CRF) (Guillen-Llera 1972), àmpliament utilitzada al nostre país, però fins fa poc no validada en un servei de Geriatria (Regalado 1997). Classifica el pacient des de independent (CRF=0), fins a dependent total (CRF=5), avaluant de forma especial la mobilitat, control esfínters i la capacitat d'autocura.

#### ***Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD)***

- Escala de Lawton-Brody. Elaborada en el Centre Geriàtric de Filadèlfia (Lawton 1969). Recull informació sobre 8 activitats assignant-se el valor 0 -1 a cadascuna d'elles en funció de si l'individu la fa o no. És una escala, breu, senzilla i no precisa entrenament previ. És la més recomanada per valorar AIVD, tot i que encara no hi ha dades sobre la fiabilitat i validesa al nostre medi. Alguns autors espanyols (Hernandez 1992) l'han utilitzada per descriure al situació funcional de la població anciana en estudis poblacionals. Pot presentar biaixos segons els hàbits de vida i trets culturals sobretot en el sexe masculí, per això en aquests està limitada a l'avaluació de tan sols 5 de les 8 activitats i la puntuació total varia de 5 a 8 (Gutierrez 1998)

#### ***Avaluació mental***

##### ***Avaluació cognitiva***

- Qüestionari de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire) (Pfeiffer 1975). Elaborat per la detecció de deteriorament cognitiu en ancians. Administrat per l'entrevistador. És un dels més utilitzats com cribratge i recomanat en ancians. S'usa en atenció primària per ser breu i fàcil d'administrar (3-5'). Valora un petit nombre de funcions bàsiques: memòria a curt i llarg termini, atenció, orientació, capacitat matemàtica, fets quotidians. Es pot usar en analfabets i en aquells que tenen dèficit sensorial greu. Limitació: no detecta deterioraments lleus ni els petits canvis evolutius. Consta de 10 preguntes. Té una sensibilitat del 100% i una especificitat del 90% per un punt de tall de 5 errors (Gonzalez-Montalvo 1992). S'ha de fer una correcció segons el nivell d'estudis. Permet un error més si és analfabet i un error menys si ha cursat estudis superiors.

- Mini- Mental State Examination de Folstein (MMSE) (Folstein 1975). Administrat pel entrevistador. És un dels més utilitzats internacionalment. Es ràpid (5-10'). Explora diferents àrees: orientació temporal i espacial, memòria propera i de fixació, atenció, càlcul, llenguatge, lectura i habilitats visuals i espacials. La puntuació màxima és de 30. Estudis en població espanyola han determinat un punt de tall òptim per detecció de deteriorament por sota de 21 (Bermejo 1993). Per analfabetisme o incapacitat física pot ser necessari excloure algunes preguntes, obtenint una puntuació corregida. El analfabetisme, la depressió i els dèficits sensorials poden originar falsos positius.
- Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo 1999), és una adaptació espanyola del MMSE amb la inclusió de 5 ítems addicionals. Puntuació total de 35 punts, en un punt de tall òptim segons els autors, per sota de 24 en pacients geriàtrics. Valora les àrees cognitives més importants: memòria, orientació, llenguatge, càlcul, construcció i atenció. Darrerament l'autor ha publicat una versió del MEC amb una puntuació de 30 (suprimint els ítems 5 i 9), per poder comparar les puntuacions amb el MMSE en estudis internacionals i ha demostrat una major validesa que el MMSE en població espanyola.
- Escala d'incapacitat psíquica de la Cruz Roja (Regalado 1997). Molt utilitzat entre geriatres. Senzill i ràpid. Puntua des de 0 (normalitat) fins a 5 (deteriorament cognitiu sever) . Amb un punt de tall de 2, té una bona sensibilitat i especificitat.
- Test de l'informador, versió breu (Morales 1992). Consta de 17 ítems. Adaptada i validada al castellà. Es un qüestionari autoadministrat per part dels familiars o ciudadors. Se'ls demana que recordin com era el seu familiar 5-10 anys abans i que el comparin amb el moment actual. El punt de tall 57 es indicatiu d'un deteriorament cognitiu. Molt útil per detectar deteriorament lleu i pel control evolutiu

Altres: menys utilitzats són : Test de Isaacs (1972), bona opció en analfabets. Test del rellotge (Shulman 2000)

### ***Avaluació afectiva***

- Escala geriàtrica de depressió (Yesavage 1983): És la més utilitzada en atenció primària. La versió reduïda consta de 15 ítems. Està pensada per avaluar l'estat afectiu dels ancians. El seu ús pot millorar el diagnòstic de la depressió en aquests pacients, de vegades difícil de

detectar en l'entrevista clínica clàssica. El punt de tall observat com de millor relació sensibilitat/especificitat es el de  $> 5$  punts ( $S= 81,1$  i  $E= 76,7$ ). Els valors entre 6-9 són suggestius de probable depressió i  $\geq 10$  indiquen depressió establerta (Aguado 2000).

### ***Avaluació social***

Es l'àrea de l'avaluació geriàtrica on menys s'ha generalitzat l'ús d'escales de valoració.

- Qüestionari OARS- MFAQ. (Grau 1996, Eiroa 1996): consta de 397 variables que exploren 5 àrees funcionals ( social, econòmica, salut física, salut mental i activitats de la vida diària). Informació que es pot sintetitzar en una puntuació de deteriorament funcional. S'avaluen els recursos socials segons una escala de 6 punts que van des d'excel·lents fins a totalment deteriorades. És llarg, precisa de molt temps per la seva execució i la valoració té el perill de ser subjectiva. No valora condicions de l'habitatge
- Qüestionari de suport social de DUKE-UNC (de la Revilla 1991): Consta de 11 ítems. Les respostes es valoren en una escala de 1 a 5. És un instrument vàlid i fiable, és breu i senzill, característiques que el fan pràctic per la seva utilització en atenció primària. Recull tan sol la valoració subjectiva de l'individu. No valora l'habitatge ni els recursos econòmics.
- Qüestionari Apgar-familiar (Smilktein 1993, Rodriguez 1996): Determina el grau de satisfacció de l'entrevistat amb el seu entorn familiar. Fàcil complementació. Consta de 5 preguntes amb una valoració de 0-15. És una valoració subjectiva, i no valora altres aspectes.
- Escala socio-familiar de Gijon (Diaz 1994, Alarcon 1998). Escala utilitzada des de fa pocs anys. Creada per professionals d'atenció primària espanyols. Valora 5 aspectes: situació familiar, econòmica, habitatge, relacions social i suport dins de la xarxa social. És breu i el seu ús permet conèixer de forma ràpida i fiable els punts principals que defineixen les característiques socials de l'ancià.

### ***Qualitat de vida***

La valoració de la qualitat de vida i la repercussió de determinades patologies sobre aquesta, és un preocupació cada dia més estesa. Una diferència de la avaluació clínica tradicional i de la VGI, és la importància que atorga a la qualitat de vida i funcionalitat de l'ancià (Badia X 2001)

Per valorar la qualitat de vida hi ha diferents instruments, algun d'ells genèrics i altres d'específics.

***Instruments genèrics:***

Els més coneguts són:

- **Escala de Karnofsky** (Karnofsky 1948). En realitat és més un índex de capacitat funcional que de qualitat de vida. Valora la capacitat d'execució i dependència i es centra bàsicament en les capacitats físiques. Pensada inicialment per valorar la situació dels malalts de càncer de pulmó. Va des d'un valor 0 ( normal) a 100 ( mort). Es una mesura de la capacitat del subjecte valorada per un observador. Té caràcter predictiu de supervivència. La fiabilitat arriba al 97%.
- **Índex de qualitat de vida de Spitzer** (Spitzer et al 1981). Ideat per valorar pacient malalts crònics o amb càncer i per avaluació posterior al tractament. No útil per valorar QV en persones sanes. Explora l'activitat física, necessitat d'ajut per les activitats diàries, salut percebuda, suport social. Predictor de mortalitat. Molt poca sensibilitat per detectar canvis
- **Perfil de salut de Nottingham**. (Nottingham Profile Health) (Alonso 1990) Valora en realitat de QV autopercebuda. Es autocomplimentat, breu, de fàcil aplicació. Consta de 38 preguntes sobre diferents àrees: percepció d'energia, dolor, reaccions emocionals, son, aïllament social i mobilitat. Es considera un instrument superficial ja que no inclou aspectes fonamentals com la salut mental. Està validada la puntuació global però no per àrees
- **MOS SF-36 (Medical Outcomes Study)** (Aarason 1989). Adaptat al nostre medi. Comprèn 9 aspectes: funcionament físic, limitació social per problemàtica física, emocional i dolor, percepció global de l'estat de salut, funcionament social, vitalitat, benestar emocional i canvis en l'estat de salut. És auto-complimentat
- **Vinyetas COOP** (Lizan 1998). Instrument genèric multidimensional, dissenyat per la seva utilització en atenció primària. Consta de 9 cartes, 3 centrades en el funcionament social, físic i de les activitats bàsiques diàries, dos en els símptomes (dolor i sentiments) i 3 en les percepcions (canvis de salut, salut global i qualitat de vida), Així mateix les làmines COOP-WONCA, consisteixen en 6 fulles on apareixen texts i gràfics relatius a diferents aspectes de

salut durant les darreres dues setmanes. La persona puntua de 1 a 5. És un instrument de fàcil aplicació, validat al nostre país que pot ser comprés per persones amb baix nivell cultural. Autoadministrat o per entrevistador, es complimenta en 5'

### ***Instruments específics en ancians***

- **Índex OARS-MFAQ** (Grau 1996). És un índex de valoració multidimensional ( salut física, mental, activitats vida diària, recursos econòmics i socials). Amb una segona part on es valora la utilització de serveis. Està validat al nostre medi. Te un total de 120 ítems i precisa de 35-45' per la seva complementació.
- **Escala de Philadelphia** (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) (Powell-Lawton 1975, Gonzalez Montalvo 1995). Pensada per al seu ús en població geriàtrica, pretén valorar el grau subjectiu de satisfacció vital, distingint 3 factors: actitud davant l'envelliment, insatisfacció amb la soledat, ansietat i inquietud. Precisa de 10-20'

### ***Qualitat de vida del cuidador:***

Una correcta valoració de la qualitat de vida de l'ancià ha d'incloure en cas de dependència d'aquest, la del cuidador

- Per avaluar-la, es pot utilitzar un instrument genèric (Escala d'ansietat- depressió de Goldberg 1992).
- Escala d'ansietat del cuidador ( Caregiver Burden Escala) (Elmstahl 1996). Instrument de 22 ítems que inclou esforç global, aïllament, desil·lusió, compromís emocional i ambient. S'ha comprovat la seva fiabilitat i validesa en cuidadors de malalts amb incapacitat greu de llarga evolució (AVC), i posa de manifest la importància de la personalitat del malalt, del cuidador i la pròpia progressió de la malaltia en l'ansietat generada en aquest.
- Escala de Zarit ( Zarit1980), validada al nostre país (Martin M 1996)

## **II-5. Abordatge de l'envelliment des de l'atenció primària**

El principal objectiu de l'atenció de les persones grans, és contribuir a preservar i mantenir el seu nivell d'independència i autonomia, per afavorir un funcionament social suficient que li permeti continuar vivint en el seu domicili, si així ho desitja, amb la qualitat de vida més alta

possible (O.M.S. 2<sup>a</sup> Assemblea mundial sobre l'envelliment. Madrid 2002) ([www.un.org/ageing](http://www.un.org/ageing)). L'atenció a la gent gran ha d'anar dirigida cap a la prevenció de la malaltia i la discapacitat, retardant al màxim la dependència i limitant la morbiditat per a poder aconseguir un envelliment saludable.

Actualment tant geriatres, com gestors sanitaris, coincideixen que el millor habitat per la gent gran és la seva llar, el seu entorn habitual i amb la màxima qualitat de vida. Per això es fa necessari donar suport a la família i al cuidador principal, mitjançant l'atenció domiciliària i, en els casos que es faci necessari, garantint la qualitat de l'assistència ambulatoria dels ancians itinerants

L'atenció primària, com a punt d'entrada al sistema sanitari i per la seva capacitat pel seguiment dels pacients al llarg dels temps, constitueix el nivell d'assistència ideal per l'atenció dels ancians, en el seu conjunt, i per la detecció dels que són de risc o fràgils. Per això cal contar-hi a l'hora d'establir estratègies i decisions enfocades a abordar el progressiu envelliment de la població. Actualment el 97% de la població anciana viu en l'àmbit comunitari i depèn, des del punt de vista sanitari, dels equips d'atenció primària, que atén el 90% dels seus problemes de salut (Martin Lesende 2003).

L'atenció domiciliària, que té com objectiu donar resposta a les necessitats de salut de les persones que per problemes físics, psíquics o socials no poden desplaçar-se al centre de salut, es sustenta en un programa de salut que inclou bàsicament dues situacions: atenció al pacient immobilitzat i al pacient terminal, característiques que molt sovint compleixen els pacients ancians.

Per poder fer un abordatge correcte al pacient gran des de l'atenció primària, són fonamentals quatre aspectes: realització d'activitats preventives i de promoció de la salut, la utilització sistemàtica de la valoració geriàtrica, una correcta formació i abordatge de les principals síndromes geriàtriques i les cures de llarga durada mitjançant les tècniques d'atenció domiciliària sociosanitària (Alvarez 2004).

En atenció primària, el primer pas en l'atenció de l'ancià que viu en la comunitat, és valorar-lo de forma general. L'actuació és similar a la que fem en l'avaluació de l'adult, encara que ha de incloure unes certes exploracions específiques. D'altra banda, la persona gran, està exposada

a nombrosos problemes associats a l'envelliment que condicionen la seva independència i capacitat d'autocura i autonomia. Aquests problemes, que tenen la mateixa importància que els purament biomèdics, deriven d'aspectes cognitius, emocionals, funcional i socials i hauran de ser avaluats de manera conjunta per aconseguir una visió integral de la persona.

Els ancians sans formen el grup més nombrós, al voltant del 80%, dels majors de 65 anys. Sobre aquests s'han de realitzar activitats preventives i de promoció de la salut, vigilar els problemes que puguin aparèixer i mantenir un estat d'alerta sobre l'aparició d'un possible deteriorament que el converteixi en ancià fràgil.

Sobre l'ancià malalt, l'objectiu des de l'atenció primària és l'assistència de la patologia present, rehabilitació, evitant en la mesura del possible, l'incapacitat i el deteriorament funcional. Un altre aspecte és el preventiu, mitjançant les activitats del PAPPS fins als 75 anys.

L'objectiu de l'atenció primària sobre l'ancià fràgil és l'atenció i prevenció i es el grup diana dels programes d'atenció al vell i d'atenció domiciliària. Es en aquest grup, on totes les societats científiques i tots els grups d'experts, avalats per l'evidència disponible, aconsellen la realització de manera sistemàtica d'una VGI, amb periodicitat anual.

Els ancians geriàtrics, que suposen el 30% dels ingressos hospitalaris, són tributaris d'una valoració més exhaustiva per part d'equips de Geriatria, que amb una bona coordinació, podrien compartir plans de cures amb l'atenció primària.



# **III-OBJECTIUS**

## **III-1. Objectiu general**

L'objectiu general d'aquest estudi, és conèixer l'estat de salut i la qualitat de vida de la població major de 65 anys de la ciutat de Valls i els seus principals determinants, utilitzant la valoració geriàtrica integral com a instrument de mesura.

## **III-2. Objectius específics**

Els objectius específics són:

- Estudiar els determinants sociodemogràfics que afecten la salut dels ancians.
- Conèixer l'accessibilitat, utilització i freqüentació dels serveis sanitaris i els principals motius de consulta.
- Determinar el nombre de persones grans que no contacten amb els serveis sanitaris, i per quins motius no ho fan.
- Esbrinar els principals problemes de salut d'aquest col·lectiu, tenint en compte les seves especials característiques.
- Veure quin factors tenen major importància, per predir la incapacitat funcional
- Conèixer com perceben la seva salut els ancians
- Estudiar la qualitat de vida relacionada amb la salut i els seus principals determinants
- Classificar els ancians a partir d'una valoració geriàtrica integral.

# **IV - MATERIAL I MÈTODES**

## **IV-1. Característiques de l'estudi**

### **IV-1-1. Tipus d'estudi**

Estudi descriptiu, observacional, transversal de base poblacional.

### **IV-1-2. Població d'estudi**

Inclou la totalitat de la població major de 65 anys residents i empadronats al municipi de Valls i la seves pedànies: Picamoixons i Fontscaldes, segons l'actualització del padró municipal del 2001.

### **IV-1-3. Període d'estudi**

El període de les entrevistes, durant el qual s'han recollit les dades dels individus seleccionats, ha estat des de l'1 de Gener de 2002 al 30 d'abril del 2003.

## **IV-2. Mostreig**

### **IV-2-1. Unitat primària de mostreig**

La unitat mostral està integrada per subjectes individuals i la formen cadascun dels habitants majors de 65 anys empadronats al municipi.

### **IV-2-2. Tipus de mostreig**

S'ha utilitzat el mostreig aleatori estratificat per criteris d'edat i sexe.

### **IV-2-3. Criteris d'estratificació**

*Edat:* Estratificació segons la composició proporcional de la piràmide de població major de 65 anys, tenint en compte tres intervals d'edat: entre 65-74 anys, de 75-80 anys i majors de 80 anys.

*Sexe:* La distribució del sexe en la mostra també es correspon a la de la població d'estudi, on hi ha un predomini del sexe femení.

### **IV-2-4. Amplitud de la mostra**

S'ha utilitzat pel càlcul de la mostra, la fórmula d'estimació de variables qualitatives ajustada

per a poblacions finites ( Argimon JM, Jimenez J, 1999).

Formula ajustada per a poblacions infinites :

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P(1-P)}{i^2}$$

Formula ajustada per a poblacions finites:

$$M = \frac{n}{1 + \left(\frac{n}{N}\right)}$$

n= nombre subjectes necessaris de la mostra per a poblacions infinites

Z alfa= valor corresponent de la Z per el risc alfa fixat

P= valor de la proporció que se suposa existeix en la població

i= precisió amb la qual es vol estimar el paràmetre

M= nombre subjectes ajustat per a poblacions finites

N= mida de la població

El valor de la P s'acostuma a obtenir de la literatura, d'estudis previs o d'una prova pilot.

Tenint en compte. que es tracta d'un estudi per a l'estimació de variables qualitatives fonamentalment, de les quals, en aquest estudi la més representativa és la dependència i que en la prova pilot va resultar una prevalença del 13 %, es va considerar adequat treballar amb una precisió e=0.04 i un risc alfa=0.05, resultant una mostra necessària mínima de 253 subjectes.

Donades les característiques metodològiques dels estudis d'enquesta en general i de la bibliografia consultada, que preveuen un nivell de participació entre el 75 i el 80 %, s'utilitza la següent formula per assegurar de finalitzar l'estudi amb un nombre adequat de subjectes ( Carné X. et al, 1989):

$$Na = N \frac{1}{(1-R)}$$

N= nombre de subjectes teòric

Na= nombre de subjectes ajustat

R= proporció esperada de pèrdues.

El nombre de subjectes ajustat, en el nostre cas, va ser de 322 individus (R=0,22), que correspon a una fracció de mostreig global del 8,2 % de la població total d'estudi.

## **IV-3. Descripció del lloc d'estudi**

### **IV-3-1. Característiques geogràfiques**

Valls és la capital de la comarca de l'Alt Camp, situada a l'angle format per la Serra de Miramar i el bloc del Gaià, ambdós components de la serralada pre-litoral catalana. El terme municipal és de 55,90 km<sup>2</sup>, el tercer en extensió de la comarca. Comprèn la ciutat de Valls, cap del municipi i les pedànies de Fontscaldes, Picamoixons i Masmolets el lloc de residència i estiu de Valls, un bon nombre de masies escampades, sovint convertides en segones residències, i algunes urbanitzacions.

La ciutat de Valls es troba a 215 m d'altitud sobre el nivell del mar. Per les seves característiques, hom pot classificar el clima vallenc de mediterrani marítim. La temperatura mitjana anual és de 16,1°, al gener la mitjana més baixa assoleix 9,4° i a l'agost la més alta, 24,1°. La mitjana de precipitacions anuals és de 539,1 mm, si bé aquest valor pot presentar importants variacions segons els anys.

Picamoixons es troba a l'extrem de ponent del terme, a l'esquerra del Francolí a 8 Km de la ciutat de Valls. La població està al voltant del 300 habitants,

Fontscaldes es troba uns 6 km al N de Valls, a la vora de la carretera nacional, sota el coll de Lilla. Al 1981 tenia 128 habitants.

Masmolets, situat a la dreta de la carretera de Valls a Montblanc, entre Fontscaldes i la

ciutat; forma un petit agrupament de cases amb 13 habitants (1981).

### **IV-3-2. Dades demogràfiques i socioeconòmiques**

Valls té 21.061 habitants (dades del juliol de 2001 del padró municipal), dels quals 10.429 són homes i 10.632 dones, 18,5% de població tenen entre 0 i 14 anys, 60% entre 15 i 59 anys, 21,5% > 60 anys. Un 65% de la població ha nascut a la província de Tarragona, un 8,5% a la resta de Catalunya, un 15,5% a Andalusia, un 9,5% a la resta de l'Estat espanyol i un 1,5% en altres estats. Per sectors d'activitat, un 4% es dedica a l'agricultura i ramaderia, un 56% a la indústria, un 5% a la construcció i un 35% al comerç i serveis.

Segons dades de l'Institut d'estadística de Catalunya de 1996, la renda bruta familiar disponible (RBF) a Catalunya és de 1565,13 milers pessetes / habitant i constitueix l'índex 100. Comparant aquestes dades a les de la població de Valls que té una RBF de 1516,99 milers pessetes/ habitant que suposa un 96,92, veiem que el nivell econòmic és més baix que el global de Catalunya.

### **IV-3-3. Recursos sanitaris disponibles**

Hi ha un àrea bàsica de salut, que atén actualment, aproximadament uns 26.000 usuaris, amb consultoris locals a la ciutat de Valls, Picamoixons i Vallmoll. Està formada per 13 facultatius d'atenció primària ( 8 reformats i 5 no reformats), tres facultatius de Pediatria, dos odontòlegs, 1 llevadora, encarregada del programa d'atenció a la dona, 12 infermers/eres, 4 auxiliars clínics, 10 auxiliars administratius i 2 zeladors.

Disposa d'un hospital comarcal de primer nivell ( Pius Hospital de Valls) amb un total de 77 llits, amb serveis de medicina interna, cirurgia, pediatria, ginecologia, anestèsia i clínica del dolor, urgències, traumatologia i ortopèdia i rehabilitació.

Hi ha un centre sociosanitari de convalescència amb 69 llits. Residència geriàtrica "Alt Camp" amb 89 places de titularitat pública. Residència Santa Teresa (privada amb 70 places), centre Montserrat Cuadrada (comunitat religiosa, subvencionada amb 38 places).

### **IV-3-4. Mortalitat**

Segons el darrer Pla de Salut de Catalunya (2002-2005), l'esperança de vida al néixer, a

Valls, de 79,9 anys és similar a la de les comarques de Tarragona, 79,8 anys.

Comparant els índex de mortalitat estandarditzada per comarques, es comprova que la comarca de l'Alt Camp amb un índex de mortalitat estandarditzada de 103,7 ( IC del 95% : 96,4-111,0) no mostra diferències estadísticament significatives respecte a les taxes de mortalitat globals de Catalunya, ni a nivell global ni per sexes.

## **IV- 4. Instruments de mesura**

Les fonts d'informació utilitzades són:

1. Qüestionari d'elaboració pròpia, per valorar tots aquells aspectes on es necessita la informació de l'entrevistat
2. Revisió de les històries clíniques (HC) dels subjectes de la mostra, per la valoració de la patologia diagnosticada
3. Sistemes d'informació sanitària disponibles tant a nivell propi (ABS i Regió Sanitària), com aliè (sistemes registre Pius Hospital de Valls).

Els instruments de mesura utilitzats per avaluar les variables de l'estudi han estat.

1. Qüestionari general d'elaboració pròpia, administrat per enquestadors entrenats, mitjançant una entrevista personal al domicili de cadascun dels subjectes de la mostra. El qüestionari es passava amb el subjecte sol o en presència del cuidador principal, en cas d'existir i sempre que les característiques del subjecte ho requerissin.
2. Instruments específics (escales específiques de valoració de diferents variables)
3. Examen físic.

### **IV-4-1. Qüestionari general**

Està dividit en tres apartats, dintre dels quals hi ha grups de preguntes sobre diferents aspectes, que recullen les diferents variables de l'estudi:

- Dades sociodemogràfiques i socioeconòmiques



- Utilització dels recursos sanitaris
- Dades de la valoració geriàtrica integral.

Consta de 32 preguntes, gairebé totes tancades. Elaborat pels autors de l'estudi i supervisat pel tècnic de salut de la D.A.P. Tarragona-Valls. Ha estat confeccionat perquè fos fàcilment entenedor, evitant tecnicismes. En el qüestionari hi ha ítems extrets d'altres estudis similars (ESACCB,1992, ESCA 94, ENS 97), que s'han inclòs per motius metodològics i per poder realitzar estudis comparatius. La resta d'ítems d'elaboració pròpia han estat dissenyats amb la finalitat de mesurar els nostres particulars objectius d'estudi. El qüestionari realitzat en català, era passat en català o castellà, per part de l'entrevistador, segons la llengua preferida per part de l'entrevistat.

#### **IV-4-2. Instruments específics**

Són escales utilitzades per mesurar de manera objectiva determinades variables de l'estudi.

- Criteris d'ancià fràgil: test de l'O.M.S.1989 i test de Barber 1980, la presència de tan sols un dels criteris ja és diagnostic. Annex 2
- Valoració equilibri i marxa: hem utilitzat el test unipodal (Fuller 2000), ja descrit anteriorment, per valorar l'equilibri. 2 categories: equilibri alterat i equilibri conservat. La marxa s'ha valorat mitjançant el test "up and go" (American Geriatric Society 2001), també ja descrit i amb 2 categories: marxa alterada i marxa conservada. Varem escollir aquests instruments, per ser vàlids, senzills de realitzar i factibles de fer en el domicili de l'entrevistat.
- Test Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz 1996), per valorar el risc de malnutrició. Tres categories: Bon estat nutricional (entre 24-30 punts), risc de malnutrició (17-23 punts) i malnutrició establerta (menys de 17 punts). Hem escollit aquest, per ser l'únic validat al nostre medi, per ser complet al valorar dades antropomètriques i altres factors de risc de malnutrició (Annex 3).
- Optotips d'Snellen, valorant la visió dels dos ulls per separat, amb la correcció òptica habitual de l'individu. Hem considerat dèficit visual una agudesesa visual inferior a 0,5 bilateral (Morera 2001)

- Test del xiuxiueig, ja descrit, per valorar la capacitat auditiva (Pirozzo 2003). Considerem hipoacusia quan no pot repetir 3 de les 6 paraules en les dues oïdes.
- Test de Barthel (Barthel 1965), per valorar la capacitat i independència per les activitats bàsiques de la vida diària. Diferents categoritzacions en funció de l'anàlisi efectuat. En el bivariant 3 categories: independència (100 punts), dependència lleu/moderada (40-95 punts) i dependència severa/total (<35 punts). En l'anàlisi multivariant hem considerat 2 categories : independència i algun grau de dependència. (Annex 4)
- Test de Lawton (Lawton 1969), per valorar les activitats instrumentals de la vida diària. En el cas dels homes s'ha valorat sobre 5, i en les dones sobre 8. Amb 3 categories en l'anàlisi bivariant: autonomia ( 8 punts dones i 5 homes), necessita algun ajut (1-8 en dones i 1-5 homes) i dependència (0 punts). En l'anàlisi multivariant 2 categories: autònom, algun grau de dependència.(Annex 5).
- Short Portable mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ) (Pfeiffer 1975), per valorar la capacitat cognitiva.3 categories en l'anàlisi bivariant: no deteriorament cognitiu ( 0-2 errors i 3 si analfabet), deteriorament cognitiu lleu/moderat (3-7 errors), deteriorament sever (8-10 errors). En l'anàlisi multivariant: no deteriorament i algun grau de deteriorament. (Annex 6)
- Test de Yesevage (Yesevage 1983), per valorar la situació afectiva. Amb 3 categories en l'anàlisi bivariant: no depressió (0-5 punts), probable depressió(6-9 punts) i depressió establerta (>9 punts) En regressió logística: no depressió i depressió probable o establerta.
- Escala socio-familiar de Gijon (Diaz 1994), per valorar de manera objectiva tant la part de suport social com l'econòmica i de condicions de l'habitatge. Amb 2 categories: risc social (> 10 punts), no risc social (0-10 punts).
- Test de Nottingham Profile Health (Alonso 1990), valora de manera subjectiva la qualitat de vida del pacient. Variable numèrica, expressada en percentatge de pèrdua de qualitat de vida
- Test autopercepció de salut. Hem aprofitat la part destinada a aquest efecte en el test MNA, per tal de no repetir preguntes relacionades i de no allargar més el temps de durada de

l'entrevista. 4 categories: millor que els altres, igual que els altres, pitjor que els altres i no valorable (No ho sap). En l'anàlisi multivariant, l'hem transformat en una variable dicotòmica: millor (1) i igual o pitjor que els altres (0).

### **IV-4-3. Examen físic**

Consta de dues parts:

- Del l'individu. Dades antropomètriques: pes, talla, circumferència braquial i de la cuixa. Otoscopia.
- De les condicions de l'habitatge: ventilació, il·luminació, presència d'escales altes i nombroses, baranes, ascensor, obstacles per a la marxa, condicions adequades per la higiene personal, calefacció.

## **IV-5. Descripció de les variables d'estudi**

Les variables estudiades es poden dividir en 3 apartats:

1- Sociodemogràfiques i econòmiques

2- Utilització de recursos sanitaris

3- Valoració Geriàtrica Integral, dintre d'aquesta també es poden diferenciar 4 grups de variables, segons la part de la VGI que avalui:

- Valoració clínica
- Valoració funcional
- Valoració mental
- Valoració social i qualitat de vida.

### **IV-5-1. Variables demogràfiques i socioeconòmiques**

En aquest apartat es descriuen les diferents variables estudiades ja siguin simples (pregunta directa), compostes (es necessiten per la seva codificació més d'una pregunta del qüestionari), o derivades d'alguna pregunta simple.

- Sexe, edat, grup d'edat: 3 categories: 65-74, 75-80 i > 80 anys.
- Estat civil, 5 categories: Solter/a, Casat/da, Separat/da Vidu/a, Religiós/a.
- Classe social. S'ha codificat seguint l'adaptació de la classificació del "British Registrar General" feta per a l'Estat espanyol (Domingo i Marcos 1989), considerant la professió desenvolupada per l'entrevistat, la major part de la seva vida laboral. Les categories d'aquesta variable són:

**Classe I:** Directius de l'administració i d'empreses. Alts funcionaris. Professions lliberals i tècnics superiors

**Classe II:** Directius i propietaris-gerents de comerç i de serveis personals, Altres tècnics. Artistes i esportistes

**Classe III:** Quadres i comandaments mitjos. Administratius. Personal dels serveis de protecció i seguretat.

**Classe IV:** Treballadors manuals qualificats i semi-qualificats de la indústria, comerç i serveis.

**Classe V:** Treballadors no qualificats.

En aquesta darrera categoria hem codificat els entrevistats de sexe femení que referien haver exercit la major part de la seva vida de mestressa de casa.

- Lloc d'origen, codificat en 4 categories: Valls, comarques del camp de Tarragona, resta de Catalunya, altres comunitats autònomes.
- Nivell d'estudis, amb 4 categories: analfabet, primaris o primaris incomplets, secundaris i superiors
- Coneixement de l'idioma català, amb 4 categories: no l'entén, l'entén però no el parla, el parla però no l'escriu, el parla i l'escriu.
- Tipus convivència, 4 categories: sol/a, parella, familiars ( poden ser fills o altres membres com germans, nebots...), residència ( residència d'ancians o residència geriàtrica).

En el cas de religiós/a que viu en una comunitat, s'han codificat que viuen en família

- Canvi sovint de domicili ("Avi oreneta"). Dicotòmica (si/no)
- Tipus d'ingressos econòmics, 3 categories: pensió pròpia i/o de la parella, altres ingressos (lloguers, rentes), totes dues coses.
- Nivell d'ingressos econòmics, 3 categories: inferiors 300 € /mes, entre 300-600 €/mes, superiors 600 €/mes.
- Percepció subjectiva dels ingressos econòmics, 4 categories: no puc viure, tinc dificultats per viure, puc viure bastant bé, puc viure molt bé.
- Risc de pèrdua d'habitatge, 3 categories: habitatge de propietat pròpia o d'algun familiar, de lloguer, altres (residència).

### **IV-5-2. Variables de la utilització dels serveis sanitaris.**

Aquestes variables estan estudiades de manera objectiva a través del registre SIAP del centre i del registre de visites hospitalàries del Pius Hospital de Valls.

Les variables estudiades són:

- Accessibilitat al serveis sanitaris (Pregunta nº 13 del qüestionari). Amb 3 categories: accessibilitat autònoma, accessibilitat amb ajut, accessibilitat impossible.
- Visites mèdiques realitzades a l'ABS durant l'any 2002 (SIAP). Número total i per 3 categories: ( visites seguiment, petició prèvia o mateix dia i visites domiciliàries, excloent les d'ATDOM)
- Visites infermeria realitzades a l'ABS durant l'any 2002 (SIAP). Número total i per 3 categories: ( visites seguiment, petició prèvia o mateix dia, visites domiciliàries, exclosos els d'ATDOM).
- Número global de visites ATDOM ( mèdiques i d'infermeria)
- Número d'extraccions sanguínies realitzades des de l'atenció primària.
- Número de visites realitzades a atenció continuada de l'àrea bàsica
- Número de visites realitzades a Odontologia de l'A.B.S.
- Número de pacients que acudeixen a hospital de dia, que reben ajut domiciliari des de serveis social, que disposen de tele-assistència.
- Número d'especialistes visitats durant l'any 2002
- Número total de visites realitzades als especialistes i per especialitats: Centre Socio-Sanitari i PADES, Cirurgia, Dermatologia, Clínica del Dolor, Ginecologia, Medicina Interna ( engloba totes les especialitats mèdiques), Oftalmologia, O.R.L., Traumatologia, Rehabilitació, Urologia, Hematologia (tan sols indica visites per control d'anticoagulants orals)
- Número de visites al Servei d'Urgències Hospitalari

- Número d'ingressos hospitalaris
- Exploracions radiològiques efectuades ( inclou Rx simples, amb contrast, ecografies i TAC).
- Número d'analítiques realitzades a l'hospital.
- Número d'endoscòpies
- Número d'ECG.

### **IV-5-3. Variables de valoració geriàtrica**

#### ***Variables clíniques:***

- Factors de risc diagnosticats: HTA, Dislipèmia, Diabetis, Obesitat ( SIAP i HC)
- Malalties cròniques diagnosticades (SIAP i consulta de les HC). Número i tipus
- Consum tabac. 3 categories: no fumador, fumador, ex-fumador
- Consum alcohol. 3 categories: mai o ocasionalment, habitual però no de risc, consum de risc.

Considerant consum de risc: > de 280 grams / setmana en homes i > 168 grams / setmana en dones.

- Activitat física: si / no. Considerant si, el fet de fer exercici (caminar, treball moderat com treballar un tros de terra...) com a mínim una hora diària, com a mínim 3 dies a la setmana.
- Salut dental. 4 categories: no porta pròtesi dental, pròtesi dental parcial, pròtesi dental completa, no dents ni pròtesi,
- Capacitat masticació. 3 categories: bona masticació, dificultats masticació, no pot mastegar.
- Caigudes darrer any: nombre, lloc (casa, carrer).
- Conseqüències caigudes. 3 categories: cap, lleu (contusió o ferida), greu (fractura o hospitalització).
- Incontinència urinària. 3 categories: absent, ocasional i habitual.

## **Valoració geriàtrica integral en atenció primària. IV-MATERIAL I MÈTODES**

---

- Severitat de la incontinència urinària: protecció habitual (si /no) i repercussió sobre la qualitat de vida (si / no)
- Tipus: d'esforç, d'urgència, mixta.
- Incontinència fecal: si /no
- Portador bolquers: si/no
- Presència de restrenyiment: si /no
- Risc de malnutrició: ja descrit en els instruments específics (test MNA).
- Dèficit visual. Valoració subjectiva (si /no), mitjançant pregunta nº 16 del qüestionari i objectivament amb optotips d'Snellen, ja descrita.
- Dèficit auditiu. Valoració subjectiva (si /no). Mitjançant pregunta nº 16 del qüestionari i objectivament amb el test del xiuxiueig, ja descrita.
- Presència de polifarmàcia. Número de medicaments consumits habitualment. Pregunta nº 27 del qüestionari
- Coneixement del fàrmacs consumits: nom, utilitat i posologia. Es considera si o no tenint en compte si la majoria de les respostes són correctes. Pregunta nº 28 del qüestionari.
- Valor intrínsec farmacològic dels fàrmacs consumits.
- Compliment de les activitats preventives recomanades pel PAAPS. S'analitzen a partir de les dades registrades a la HC, de les preguntes 29,30,31 i 32 del qüestionari i de les dades del SIAP. Es considera complimentada una activitat si consta en algun d'aquests registres, si no, es considera no complimentada.

Les activitats preventives estudiades són:

**Vacunes:** 3 categories: si, no consta, no vol.

Vacuna antigripal (VAG) valorant la seva administració en el període invernal anterior a la data de l'entrevista.



Vacuna antineumocòcica (VAN): administrada o no en alguna ocasió.

Vacuna antitetànica (VAT) es considera correcta si hi ha tres dosis administrades .

**Registre hàbits tòxics** (tabac i alcohol), 2 categories: si, no consta

**Registre de pes i talla o IMC.** 2 categories: si, no consta.

**Registre de toma TA**, en els 2 darrers anys, en cas de no estar diagnosticat d'HTA. 2 categories: si, no consta

Registre d'algun valor de **colesterol total** en < 75 anys, en cas de no estar diagnosticat de hipercolesterolemia. 2 categories: si, no consta.

Registre d'algun valor de la **glucèmia**, en cas de no estar diagnosticat d'DM. 2 categories: si, no consta.

**Cribratge càncer cervix uterí.** Es considera activitat realitzada, la dona amb alguna citologia negativa entre els 60-65 anys o les que sense citologia prèvia abans dels 65 anys en tenen 2 negatives fins els 75 anys. S'exclouen les dones diagnosticades de càncer uterí o histerectomitzades. 2 categories: si, no consta.

**Cribratge càncer mama.** Mamografia en dones < 70 anys en els dos darrers anys, en cas de no estar diagnosticada de càncer mama o mastectomia. 2 categories: si, no consta.

### ***Variables de l'avaluació funcional i mental***

Ja descrits en l'apartat d'instruments específics

- Dependència per les AIVD ( Test de Lawton i Brody).
- Dependència per les ABVD ( Test de Barthel).
- Estat de la marxa (Test "up and go").
- Estat de l'equilibri ( Test unipodal).
- Valoració cognitiva (test de Pfeifer).
- Valoració afectiva. Test de Yesevage ( versió reduïda).

***Avaluació social***

- Recolzament social subjectiu ( Pregunta nº 12). Variable composta per tres preguntes amb una puntuació de 0-2 punts cada una, en funció de la resposta ( Gairebé sempre: 2 punts, De vegades: 1 punt, gairebé mai: 0 punts). 3 categories: bon recolzament entre 5-6 punts, regular entre 2-4, poc o nul recolzament : 0-1,
- Situació socio-familiar ( Escala de Gijon). Ja descrit en instruments específics
- Condicions de l'habitatge (basada en la part d'avaluació de l'habitatge de la Escala de Gijon). 4 categories: adequada, barreres arquitectòniques, equipament inadequat i habitatge inadequat.

***Variables de morbiditat percebuda i qualitat de vida:***

- Patologia percebuda: ( Pregunta nº 16): número i tipus
- Autopercepció de salut. Ja descrit.
- Qualitat de vida ( Test NPH). Ja descrit
- Classificació d'ancià fràgil: tests de Barber i de l'OMS (Annexes 2 i 3). Amb 2 categories: fràgil, no fràgil

***Classificació tipus d'ancià.***

Variable composta d'altres variables. 4 categories:

**Ancià sa:** totes les variables de la VGI són normals, només s'accepten per aquesta classificació, la presència dels factors de risc : HTA, HC, tabaquisme.

**Ancià malalt:** presenta alguna malaltia crònica que cal controlar habitualment dintre de l'avaluació clínica, però les altres àrees de la VGI son normals.

**Ancià fràgil o de risc.** Presenta algun dels criteris de fragilitat en els tests de Barber o de l'O.M.S, o alguna de les síndromes geriàtriques.

**Ancià geriàtric.** Aquell que presenta 3 o més dels següents criteris:

-Major de 75 anys,

-Patologia crònica important: MPOC o asma bronquial en tractament farmacològic crònic, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, malaltia de Parkinson, accident vascular cerebral amb seqüeles, càncer no estable, diabetis complicada ( retinopatia, neuropatia, nefropatia), insuficiència renal.

-Malaltia amb característiques d'alteració funcional, a nivell de AIVD o ABVD

-Patologia mental acompanyant o predominant (tests de Pfeiffer o Yesevage alterats)

-Existència de problemàtica social en relació al seu estat de salut (recolzament social insuficient/nul o Gijon alterat).

## **IV-6. Procediment**

Per tal d'obtenir les dades de la població d'estudi, es va sol·licitar al gener del 2002 a l'ajuntament el padró municipal de la població, actualitzat amb data desembre 2001 . El cens va ser de 20.767 persones, de les quals 3.798 eren nascudes abans del 1936 i per tant majors de 65 anys. Sobre aquestes dades es va treure una mostra estandarditzada per edat i sexe per tal que fos representativa de la població d'estudi. Els criteris d'estratificació seguits van ser per composició proporcional de la població total de majors de 65 anys tant per sexe com per l'edat i es va dividir el total de la població en 3 grups: 65-74 anys, 75-79 anys i > 80 anys.

Es van reclutar els entrevistadors, que en un inici va ser en nombre de cinc, i se'ls va ensinistrar per tal de homogeneïtzar criteris. Es va fer una prova pilot per valorar si era factible la realització de l'estudi i calcular el temps necessari per les entrevistes, en 30 subjectes de la mostra.

Es va enviar una carta personalitzada presentant l'estudi . Es va presentar en reunió a l'A.B.S., el protocol als metges, personal d'infermeria i administratius de l'E.A.P, demanant-los tanmateix la col·laboració en cas que els ancians es possessin en contacte amb ells, preguntant alguna cosa sobre el estudi. La col·laboració per part de tot el personal va ser plenament satisfactòria. Posteriorment es va contactar telefònicament per quedar pel dia concret de la cita al domicili del subjecte, i en el cas que no disposés de telèfon a través d'algun familiar o del propi equip d'atenció primària que van facilitar el contacte en aquests casos.

Es va fer una visita domiciliaria prèviament concertada en què es passava el qüestionari i es

feia l'examen físic.

Durant l'any 2002 i primer trimestre del 2003 es va procedir a la recollida de dades.

Com a criteris de no resposta s'han considerat:

- èxits en el moment del contacte
- impossibilitat de contacte: canvi domicili, error censal en les dades. Es considerava quan després de varies trucades telefòniques, una d'elles a partir de les 20 hores i un altre en festiu no s'aconseguia resposta. Es consulta el seu metge de capçalera que expressa la seva incapacitat per posar-s'hi en contacte, ja sigui perquè no el coneix, sap que viu fora o no acut des de fa més d'un any al centre .
- subjecte no col·laborador: el subjecte o la seva família manifesten en el moment del contacte la negativa a fer l'entrevista.

## **IV-7. Anàlisi estadística**

S'ha efectuat en primer lloc una anàlisi descriptiva univariant de cadascuna de les variables. Posteriorment s'ha realitzat una anàlisi de les dades estratificades, comparació i correlació de les diferents variables d'estudi, mitjançant l'ús de les proves estadístiques adequades en cada cas (comparació de proporcions i "chi quadrat" per les variables qualitatives, comparació de mitjanes i anàlisi de la variança per variables quantitatives, correlació i regressió per les variables quantitatives.

En l'anàlisi multivariant s'ha utilitzat la regressió lineal múltiple, per explorar l'efecte de diferents variables sobre la dependent en el cas que fos quantitativa S'ha emprat el sistema de "hacia adelante". Per l'anàlisi multivariant de les variables dependents categòriques, s'ha utilitzat el sistema de regressió logística mitjançant el sistema "adelante: razon por verosimilitud"

S'han introduït en el model de regressió, ja sigui lineal múltiple o logística, aquelles variables que havien mostrat significació estadística en l'anàlisi bivariant, ajustant per edat i sexe quan eren significatives.

En tots els models de regressió múltiple, s'ha fet una validació del model, seguint les etapes:

1. Comprovació si els signes dels paràmetres analitzats coincideixen amb el signe esperat
2. Significació estadística de l'equació estimada i dels paràmetres del models
3. Qualitat de la informació mostral: "outliers", colinealitat
4. Significació de les hipòtesis relatives a les pertorbacions aleatòries
5. Comprovació de distribució norma, supòsit d'homocedasticitat, no autocorrelació (Dutbin-Watson)

Les taules de l'anàlisi per regressió logística mostren l'índex de Nagelkerke (Nagelkerke 1991), expressat en percentatge. Aquest índex indica el percentatge de variabilitat de la variable dependent en el model escollit. Es un índex equivalent al  $cR^2$  de la prova de Snedecor de la regressió lineal múltiple.

Les dades han estat analitzades amb el programa estadístic SPSS 11.0 per Windows en castellà. En tots els anàlisis estadístics s'ha utilitzat el nivell de significació  $p < 0.05$  per contrastos bilaterals. En els casos en què es facilitin directament intervals de confiança aquests es calcularan sempre amb un nivell de confiança del 95%.

# **V - RESULTATS**

## V-1. Descripció de la mostra

### V-1-1. Participació

La mostra es va estratificar per edat i sexe, per reproduir l'estructura de la població d'estudi. El nombre de subjectes inicial, va ser de 322. El 97,5% (314) residien a la ciutat de Valls i el 2,5% (8) a Picamoixons.

De les causes de “no resposta”(52 individus), destaca que 21 (13 homes i 8 dones) eren exitus en el moment de contactar i 10 (2 homes i 8 dones) vivien fora de la ciutat. Van rebutjar la realització de l'entrevista 21 persones, 14 (66,7%) dones, 7 (33%) homes; 11 (52,4%) formaven part del grup d'edat de 65-74 anys, 6 (28,6%) del de 75-79anys i 4 (19%) eren >80 anys. No s'han trobat d..s. entre sexes ni entre els grups d'edat en quant al rebuig a participar en l'estudi

Consultant la història clínica dels no col·laboradors, 6 dels casos (28,6%) feia més de 2 anys que no assistien a consulta i no es va poder disposar de dades sobre el seu estat de salut, en 8 (38,1%) no constaven antecedents patològics importants i en 7 (33,3%) si, d'aquests 2 eren visitats pel PADES.

La mostra real final va ser de 270 individus ( $e = \pm 0,0401$ ), que representa una participació del 83,8 % i correspon a una fracció real de mostreig de 8,5 % del total de la població major de 65 anys del municipi.

	<i>Total</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>p</i>
65-74 anys	20	10	10	NS
75-80 anys	13	6	7	NS
>80 anys	19	12	7	NS
Total	52	28	24	

Taula V-1. Distribució per edat i sexe de les “no respostes”

### V-1-2. Origen dels subjectes

Gairebé tots els entrevistats, 263 (97,4%) residien a la ciutat de Valls i 7 (2,6%) a Picamoixons. No va entrar a la mostra cap subjecte de Fontscaldes ni Masmolets

### V-1-3. Edat i sexe

De la mostra estratificada per edat i sexe, 110 (40,7%) van ser homes i 160 (59,3%) dones. La mitjana d'edat ha estat de 75,8 anys (DE 6,974).

	<b>Total</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>
Mitjana	75,8	75,4	76,1
Desviació estàndard	6,974	7,566	6,545
IC 95% mitjana	74,9 – 76,6	73,9 – 76,8	75,0 – 77,1
Rang	65 - 101	65-101	65-95

*p=NS*

*Taula V-2. Descripció de l'edat dels subjectes de la mostra*

El major nombre de subjectes de la mostra està en el grup d'edat de 65-74 anys. No hi ha d.s en quant a la distribució de sexes entre els grups d'edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
65-74 anys	134 (49,6)	54 (49,5)	80 (49,7)
75-80 anys	58 (21,5)	24 (22,0)	34 (21,1)
> 80 anys	78 (28,9)	31 (28,5)	47 (29,2)

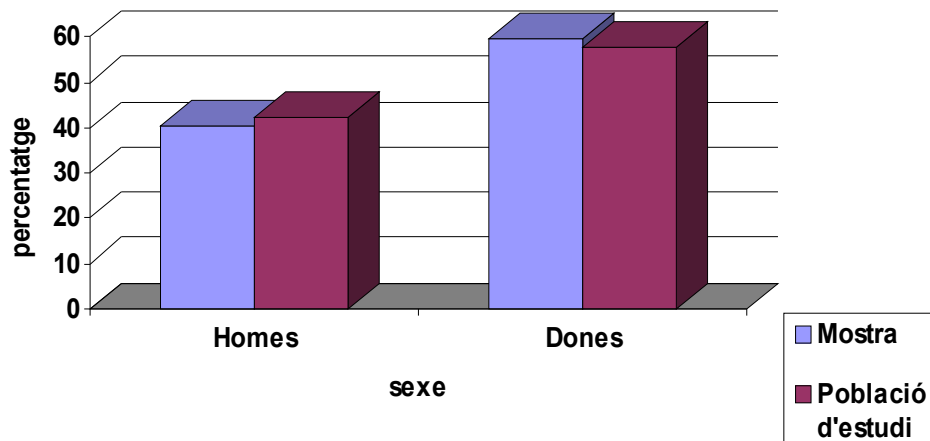
*p=NS*

*Taula V-3. Distribució de sexe en els diferents grups d'edat de la mostra.*

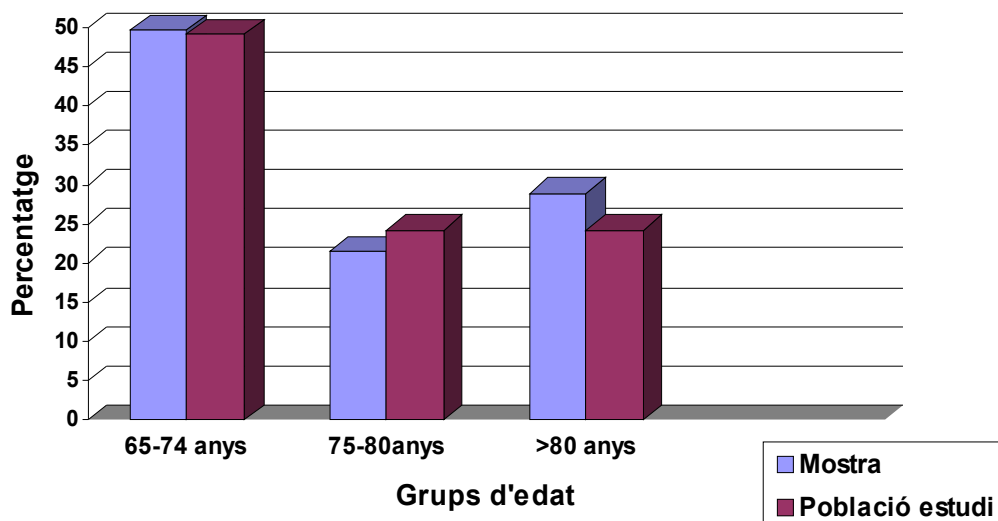
Els gràfics V-1 i V-2, mostren la distribució de sexes i grups d'edat en la mostra i en la població d'origen.



**Gràfic V- 2. Distribució per sexe en la població d'origen i en la mostra**



**Gràfic V- 3. Distribució per grups d'edat en la població d'origen i en la mostra**



## V-2. Descripció de variables sociodemogràfiques

### V-2-1. Estat civil

El 81,6% dels homes i el 46% de les dones són casats. Hi ha més dones solteres i vídues que homes i el 2,5 % d'aquestes són religioses. Els casats són majoria en els grups d'edat més joves, i els vidus en el grup de més de 80 anys. Les taules V-4 i V-5 mostra la distribució de l'estat civil per sexe i grups d'edat total per sexe i per grups d'edat de l'estat civil.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Solter/a	13 (4,8)	2 (1,9)	11 (6,8)
Casat/da	163 (60,4)	89 (81,6)	74 (46,0)
Vidu/a	85 (31,5)	16 (14,6)	69 (42,8)
Religiós/a	4 (1,5)		4 (2,5)
Divorciat/da	5 (1,9)	2 (1,9)	3 (1,9)

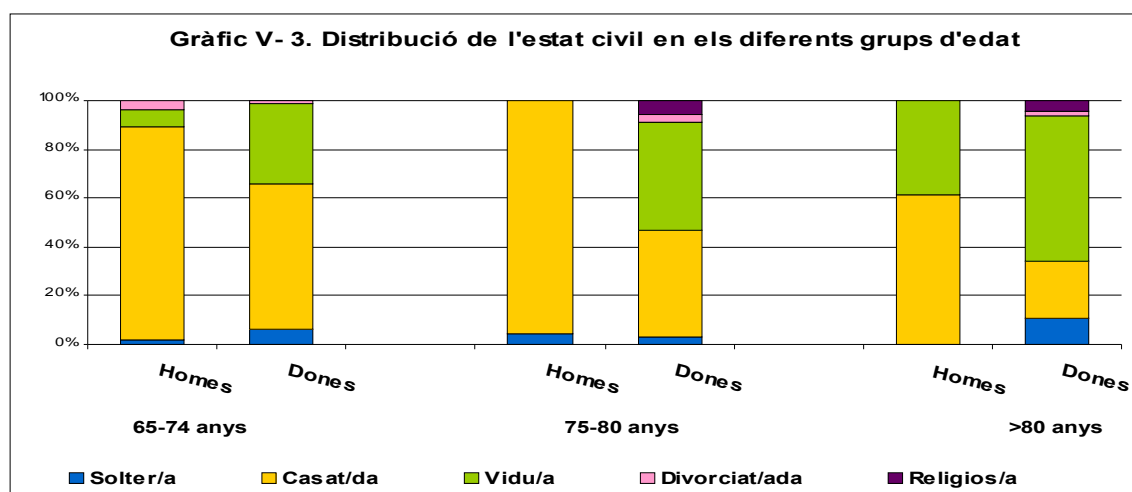
*P*<0,001.

Taula V-4. Distribució de l'estat civil per sexe.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Solter/a	6 (4,5)	2 (3,4)	5 (6,4)
Casat/da	95 (70,9)	38 (65,5)	30 (38,5)
Vidu/a	30 (22,4)	15 (25,9)	40 (51,3)
Religiós/a	3 (2,2)	1 (1,7)	1 (1,3)
Divorciat/da		2 (3,4)	2 (2,6)

*P*<0,001.

Taula V-5 .Distribució de l'estat civil per grups d'edat.



### V-2-2. Tipus de convivència

La majoria dels entrevistats viuen en parella, sobretot els homes (64,2%) i el grup més jove (58,2%). El percentatge de dones que viuen soles és més alt en tots els grups d'edat. Viuen en família un 30,7% dels entrevistats, augmentant aquest percentatge amb l'edat. Menys del 1% dels homes viuen en residències, en les dones el percentatge és del 5%, sobretot en les majors de 80 anys. Taules V-6 i V-7.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Sol/a	46 (17,0)	5 (4,5)	41 (25,6)
En parella	132 (48,9)	71 (64,5)	62 (38,1)
Família	83 (30,7)	33 (30,0)	50 (31,3)
Residència d'ancians	9 (3,3)	1 (0,9)	8 (5,0)

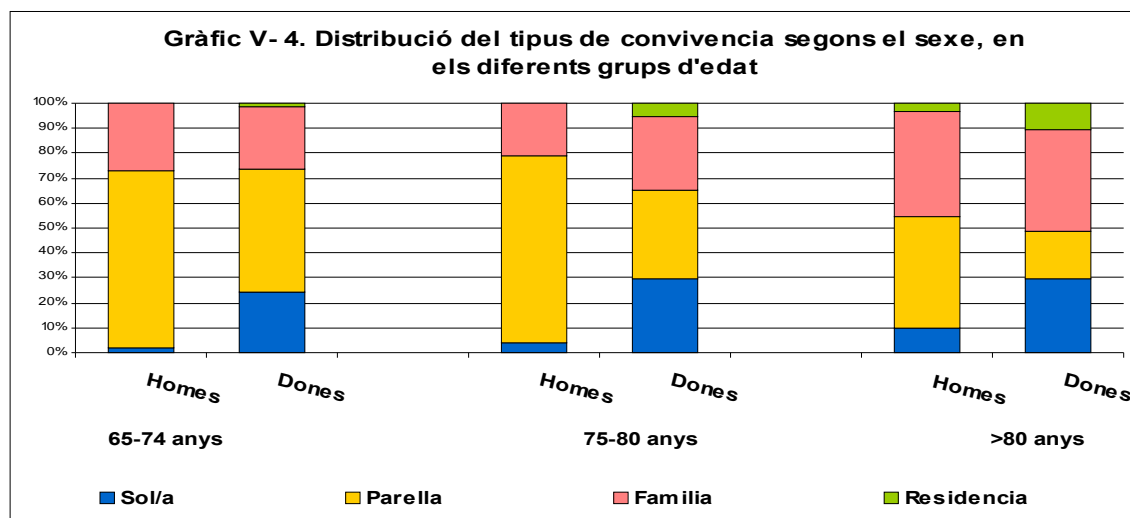
$p < 0,001$

Taula V-6. Distribució del tipus de convivència per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Sol/a	20 (14,9)	9 (15,5)	17 (21,8)
En parella	78 (58,2)	31 (53,4)	23 (29,5)
Familiars	35 (26,1)	16 (27,6)	32 (41,0)
Residència d'ancians	1 (0,7)	2 (3,4)	6 (7,7)

$p < 0,01$ .

Taula V-7. Distribució del tipus de convivència per grups d'edat



### V-2-3. Existència de fills

El 85,6 % dels entrevistats tenen algun fill (89,9 % dels homes i el 82,6 % de les dones), la diferència en aquest percentatge no ha estat significativa ( $p= 0,094$ ), com tampoc ho ha estat entre els diferents grups d'edat ( $p=0,704$ ).

### V-2-4. Origen laboral

El 36,9% de les dones declaren no haver tingut cap feina remunerada prèvia a la jubilació, un 3,1%, deien dedicar-se a la agricultura com suport a la feina principal de la família i entre les que havien treballat fora de la llar, el col·lectiu més important es trobava a la indústria amb un 40,6%, seguit del serveis (30,7%) i el comerç (23,8%).

L'origen laboral dels homes es majoritàriament la indústria (41,8%) i la resta es distribueixen en percentatges molt similars al voltant del 15%. Taula V-8.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Mestressa casa	59 (21,9)		59 (36,9)
Agricultura	21 (7,8)	16 (14,5)	5 (3,1)
Comerç	38 (14,1)	14 (12,7)	24 (15,0)
Indústria	87 (32,2)	46 (41,8)	41 (25,6)
Serveis	50 (18,5)	19 (17,3)	31 (19,4)
Construcció	15 (5,6)	15 (13,6)	

$p < 0,01$

Taula V-8. Origen laboral previ a la jubilació.

### V-2-5. “Avi oreneta”

El 3,3% dels entrevistats (2,8 % dels homes i 3,7% de les dones ) fan canvis de domicili urant l'any, gairebé tots a casa dels diferents fills Les diferències existents entre sexes i grups d'edat no han estat significatives. Taula V-9 i V-10.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Si canvis habituals	9 (3,3)	3 (2,8)	6 (3,7)
No canvis habituals	216 (96,7)	106 (97,2)	155 (96,3)

*Taula V-9. Canvis domicili habituals. Distribució per sexes*

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
Si canvis habituals	4 (2,9)	2 (3,4)	3 (3,8)
No canvis habituals	130 (97,1)	56 (96,6)	75 (96,2)

*Taula V-10. Canvis domicili habituals . Distribució per grups d'edat*

### V-2-6. Classe social

La classe social més prevalent en les dones i en tots els grups d'edat, és la V. En els homes la IV. No hem trobat cap entrevistat de la classe social I, però el 8,2 % dels homes i el 1,9% de les dones pertanyen a la classe II. A les Taules V-11 i V-12, es pot veure la distribució total per sexes i per grups d'edat, de la classe social i la significació estadística.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
II	12 (4,4)	9 (8,2)	3 (1,9)
III	42 (15,6)	20 (18,2)	22 (13,8)
IV	95 (35,2)	45 (40,9)	50 (31,3)
V	121 (44,8)	36 (32,7)	85 (53,1)

$p < 0,01$

*Taula V-11. Distribució total i per sexe de classe social.*

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
II	6 (4,5)	2 (3,4)	4 (5,1)
III	17 (12,7)	14 (24,1)	11 (14,1)
IV	49 (36,6)	17 (29,3)	29 (37,2)
V	62 (46,3)	25 (43,1)	34 (43,6)

$p = NS$

*Taula V-12. Distribució per grups d'edat de la classe social*

### V-2-7. Nivell d'instrucció

Tan sols dos subjectes tenen estudis superiors, per això, hem agrupat aquesta categoria amb la d'estudis secundaris.

El nivell d'estudis majoritari és el de estudis primaris o primaris incomplets (79,3%), tant en dones com en homes i en tots els grups d'edat. L'analfabetisme, és més freqüent en les dones (9,9%). Les diferències trobades entre els grups d'edat no han estat significatives.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Analfabet/a	18 (6,7)	2 (1,8)	16 (9,9)
Primaris/primaris incomplets	214 (79,3)	88 (80,7)	126 (78,3)
Secundaris i superiors	38 (14,0)	19 (17,4)	19 (11,8)

$p < 0,05$

Taula-V-13. Distribució del nivell d'estudis, total i per sexes

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Analfabet/a	11 (8,2)	3 (5,2)	4 (5,1)
Primaris/primaris incomplets	103 (76,9)	44 (75,9)	67 (85,9)
Secundaris i superiors	20 (14,9)	11 (19,0)	7 (9,0)

$p = NS$

Taula-V-14. Distribució del nivell d'estudis per grups d'edat.

### V-2-8. Coneixement del català

El 39,3 %, coneixen el català: l'entenen, el parlen i l'escriuen. L'entén, el parla però no l'escriu, un 47,7 % dels homes i un 31,7% de les dones. El desconeix totalment un 2,8 % dels homes i el 11,2 % de les dones. El major coneixement del català, per part dels homes és significatiu, no ho són en canvi, les diferències entre grups d'edat. Taules V-15 i V-16.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No el parla ni l'entén	21 (7,8)	3 (2,8)	18 (11,2)
L'entén però no el parla	40 (14,8)	14 (12,8)	26 (16,1)
L'entén, el parla i no l'escriu	102 (38,1)	52 (47,7)	51 (31,7)
L'entén, el parla i l'escriu	106 (39,3)	40 (36,7)	66 (41,0)

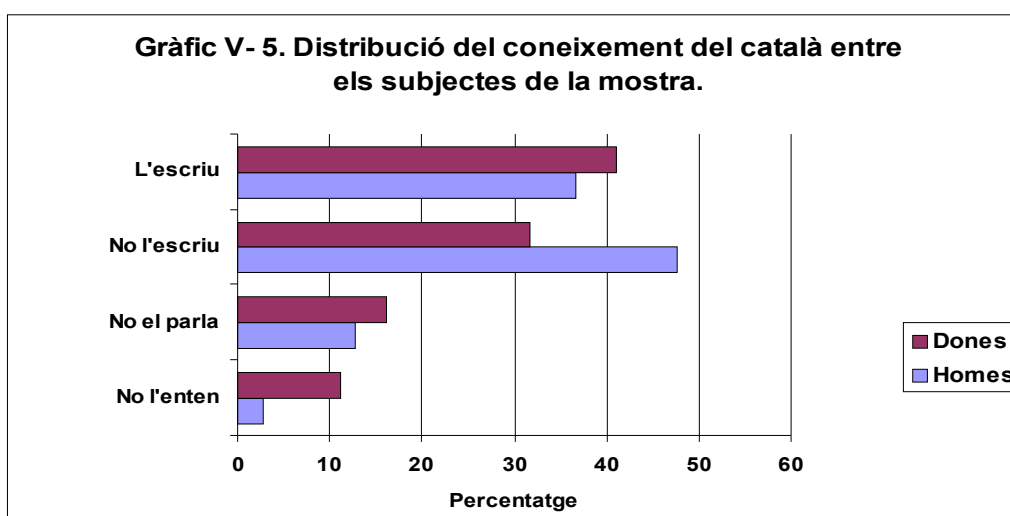
$p < 0,01$

Taula V-15. Nivell de coneixement de l'idioma català ,global i per sexe.

	65-74 anys (%)	75-79 anys (%)	>80 anys (%)
No el parla ni l'entén	8 (6,0)	6 (10,3)	7 (9,0)
L'entén però no el parla	21 (15,7)	6 (10,3)	13 (16,7)
L'entén, el parla i no l'escriu	56 (41,8)	19 (32,8)	28 (35,9)
L'entén, el parla i l'escriu	49 (36,5)	27 (46,6)	30 (38,5)

*p=NS*

Taula V-16. Distribució del coneixement de l'idioma català per grups d'edat



Variables associades significativament a un major coneixement del català són: el ser originari de Catalunya i tenir un major nivell d'instrucció. Taula V-17.

	Catalunya (%)	Fora de Catalunya (%)
No el parla ni l'entén		21 (23,9)
L'entén però no el parla		39 (44,3)
L'entén, el parla i no l'escriu	79 (43,4)	25 (28,4)
L'entén, el parla, l'escriu	103 (56,6)	3 (3,4)

Taula V-17. Distribució del coneixement del català segons l'origen

### V-2-9. Lloc d'origen

El lloc d'origen més habitual és la ciutat de Valls o comarca de L'Alt Camp (36,3%), que amb els originaris d'altres comarques del camp de Tarragona són la majoria (57,8%). Originaris d'altres comunitats de l'estat espanyol són el 32,6%. No hi ha d.s. entre sexes. Taula V-18

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Valls/Alt Camp	98 (36,3)	44 (40,4)	54 (33,5)
Comarques Tarragona	58 (21,5)	24 (22,0)	34 (21,1)
Resta Catalunya	26 (9,6)	10 (9,2)	16 (9,9)
Fora Catalunya	88 (32,6)	31 (28,4)	57 (35,4)

*p*= NS

Taula V-18. Distribució total i per sexes de l'origen de la població

Per edats, els procedents d'altres comunitats són més habituals en el grup de 65-74 anys (36,6%). Els majors de 80 anys són majoritàriament originaris de la comarca de l'Alt Camp (41%). Les diferències trobades no han estat significatives. Taula V-19.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Valls/Alt Camp	45 (33,6)	21 (36,2)	32 (41,0)
Comarques Tarragona	24 (17,9)	17 (29,3)	17 (21,8)
Resta Catalunya	16 (11,9)	4 (6,9)	6 (7,7)
Fora Catalunya	49 (36,6)	16 (27,6)	23 (29,5)

*p*= NS

Taula V-19. Origen de la població i la seva distribució per grups d'edat.

Hem trobat associació entre lloc d'origen i: nivell d'instrucció i grau de recolzament social, que són superiors entre els procedents de comarques catalanes. Taules V-20 i V-21.

	<b>Catalunya (%)</b>	<b>Fora de Catalunya (%)</b>
Analfabets	3 (1,6)	15 (17,0)
Primaris/P incomplets	141 (81,3)	66 (75,0)
Secundaris/superiors	31 (17,1)	7 (8,0)

*p*<0,001

Taula V-20. Distribució del nivell d'instrucció en funció de l'origen dels entrevistats

	<b>Catalunya (%)</b>	<b>Fora de Catalunya (%)</b>
Poc o nul recolzament	4 (2,2)	4 (4,6)
Insuficient recolzament	34 (18,8)	29 (33,3)
Bon recolzament social	143 (79,0)	54 (62,1)

*p*<0,05

Taula V-21. Distribució del recolzament social en funció de l'origen dels entrevistats

El 87,8 % dels entrevistats (83,6 % dels homes i 93,6 % de les dones) viuen a Valls des de



feia més de 25 anys. Dels 7 entrevistats, que feia menys de 5 anys que vivien a la ciutat (3,7% de les dones i un 0,9% dels homes), quatre s'havien traslladat per deteriorament del seu estat de salut, dos a viure en una residència de la ciutat i dos a viure amb la família. Els altres tres, s'havien traslladat des de Barcelona per motius personals.

### V-2-10. Nivell ingressos econòmics

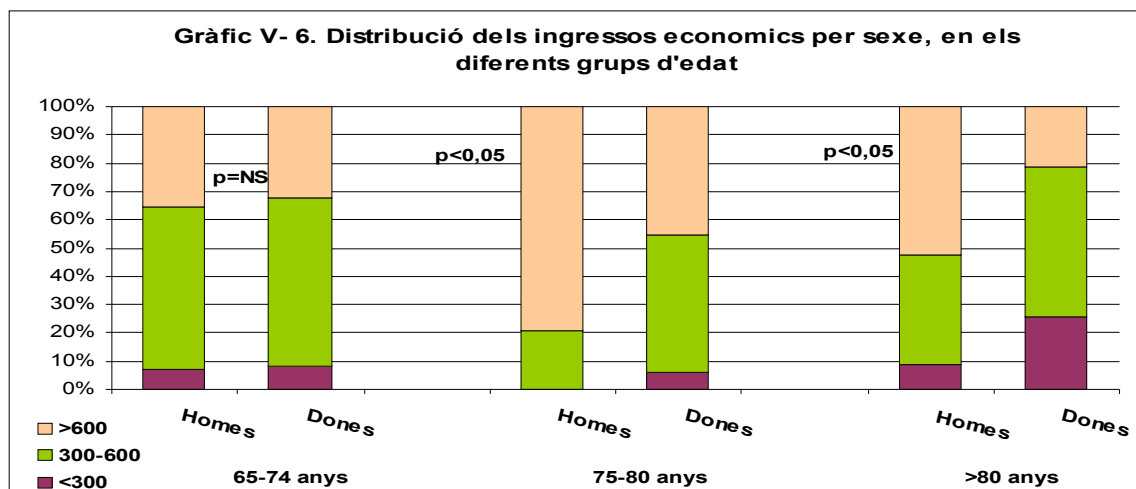
Un 45,2 % dels entrevistats declaren uns ingressos econòmics entre 300-600 € /mes, un 45,9 % més de 600 €/mes i un 8,9 %, menys de 300 € /mes. Els homes declaren més ingressos que les dones, però tan sols significativament en els grups de més edat. La distribució per sexe i grups d'edat es mostra en les taules V-22 i V-23.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Inferior 300 € /mes	24 (8,9)	6 (5,5)	18 (11,2)
Entre 300-600 €/mes	122 (45,2)	42 (38,2)	81 (50,6)
Superior a 600 € /mes	124 (45,9)	62 (56,3)	61 (38,2)

Taula V-22. Ingressos declarats pels entrevistats, globals i la seva distribució per sexes.

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt;80 anys (%)</i>
Inferior 300 € /mes	8 (6,0)	2 (3,4)	14 (17,9)
Entre 300-600 €/mes	61 (45,5)	22 (38,0)	40 (51,3)
Superior a 600 € /mes	65 (48,5)	34 (58,6)	24 (30,8)

Taula V-23. Ingressos declarats i la seva distribució per grups d'edat.



### V-2-11. Font d'ingressos econòmics

La pensió pròpia (de jubilació o viduïtat) és la font d'ingressos principal del 92,2 % dels subjectes (100 % dels homes i 87 % de les dones). El 42% de les dones cobren pensió de viduïtat (72% en majors de 80 anys) i la resta de jubilació. Declaren tenir altres fonts d'ingressos un 45,6 %, sobretot els homes.

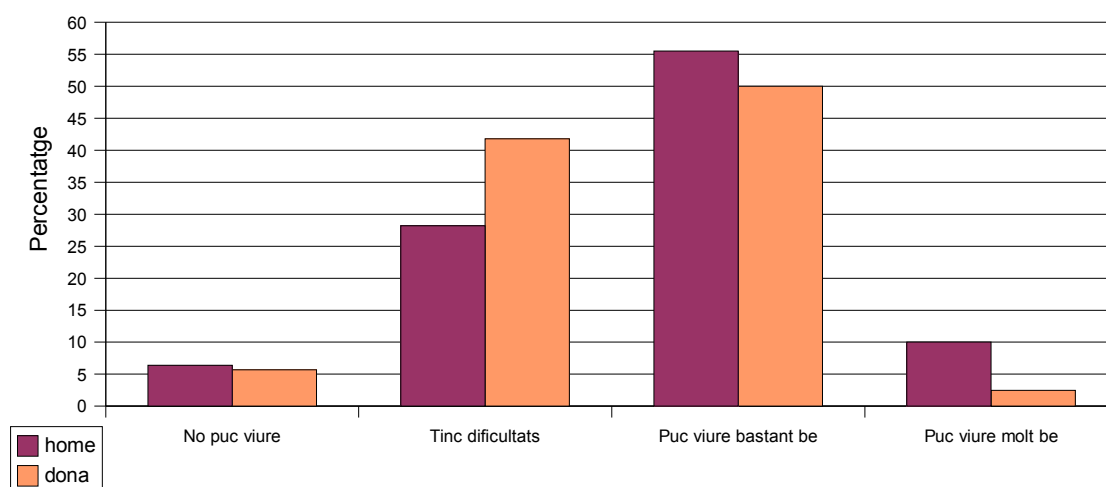
### V-2-12. Subjectivitat dels ingressos

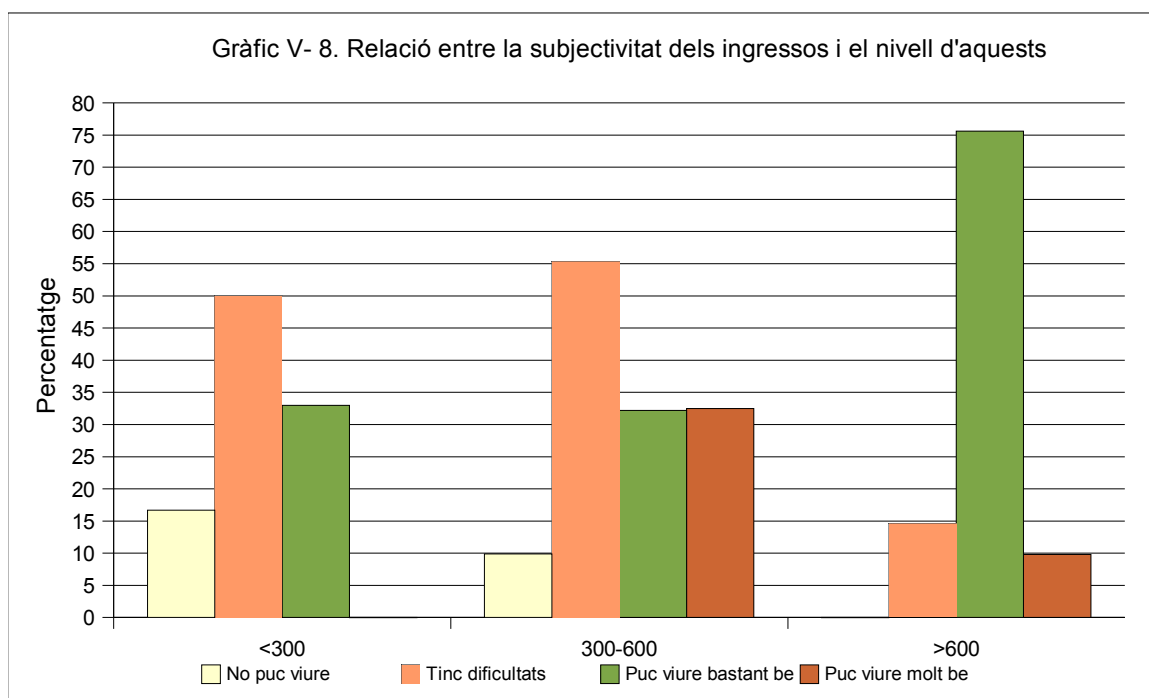
Gairebé la meitat (52,2%) dels entrevistats, consideren els seus ingressos econòmics, suficients per poder viure, més en els homes (55,5%) que en les dones (50%). El 10% dels homes i 2,5% de les dones declaren que poden viure molt bé amb els seus ingressos, un 36,2% diuen tenir dificultats i un 6 % no podrien viure si no fos per ajuts de tercers. Gràfic V-7

En tots els grups d'edat, al voltant de la meitat, declaren poder viure bastant be amb els seus ingressos i el 71% dels subjectes del grup de 75-80 anys consideren que poden viure molt be.

La relació entre el nivell d'ingressos des de el punt de vista quantitatiu i la percepció d'aquests és positiu (R de Pearson = 0,513). Declaren tenir dificultats per viure, un 50% dels que declaren ingressos inferiors a 300 €/mes i un 55,4% dels que declaren entre 300-600 € / mes. Dels que declaren ingressos superiors a 600 € /mes, un 75,6% podern viure bastant be. Gràfic V-8.

Gràfic V- 7. Distribució per sexe de la subjectivitat dels ingressos econòmics





### V-2-13. Tinença de l'habitatge

En el 87 % dels casos l'habitatge és de propietat ja sigui del mateix entrevistat, de la parella o del familiar amb qui conviu. En un 10% dels casos és de lloguer i en el 3 % l'entrevistat viu en una residència. L'habitatge de propietat es més freqüent en els homes (94,5 %) que en les dones (82,0 %) de manera significativa. El grup d'edat de 65-74 anys també es el que te una prevalença més alta de propietat de l'habitatge (91,8 %) però no significativament.

### V-3. Utilització de recursos sanitaris

En aquest capítol s'analitza l'accessibilitat dels entrevistats als serveis sanitaris, la utilització dels serveis que ofereix l'assistència primària i els serveis hospitalaris de referència, durant el període, gener-desembre 2002. La font de dades, han estat el sistema de registre propis (SIAP) i la consulta del registre de dades del Pius Hospital de Valls, on estan ubicades les especialitats mèdiques i els serveis hospitalaris

#### V-3-1. Accessibilitat als serveis sanitaris

La capacitat per accedir als serveis sanitaris de manera autònoma, és en general bona, tant en homes (82,6%), com en dones (80,1%). Es va perdre, de manera significativa, amb el pas dels anys i és de tan sols el 59%, en els majors de 80 anys. Un 4,6% dels homes i un 6,8% de les dones, consideren impossible acudir als serveis sanitaris. Taules V-24 i V- 25.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Impossible	16 (5,9)	5 (4,6)	14 (6,8)
Difícil, precisa ajut	35 (13,0)	14 (12,8)	21 (13,1)
Accessibilitat autònoma	219 (81,1)	90 (82,6)	129 (80,1)

*p=NS*

Taula V-24. Accessibilitat als serveis sanitaris, global i per sexes.

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
Impossible	2 (1,5)	2 (3,4)	12 (15,4)
Difícil, precisa ajut	6 (4,5)	9 (15,5)	20 (25,6)
Accessibilitat autònoma	126 (94)	47 (81)	46 (59)

*p<0,001*

Taula V- 25. Accessibilitat als serveis sanitaris per grups d'edat.

De les variables associades a la capacitat d'accés autònom als serveis sanitaris, les que tenen més efecte, en l'anàlisi multivariant, han estat: viure sol i mantenir un bon estat d'equilibri. Les altres tenen un menor efecte. Taula V-26.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% OR</b>		<b>p</b>
Viure sol/a	12	1,3	108	*
Bon estat nutricional	4,4	1,3	15,2	*
Independència per ABVD	6	1,2	20	**
Equilibri conservat	15,6	3	81	**
Nagelkerke x100	56,2			
$\chi^2_4$	88,4			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=256 OR: Odds Ratio. Nagelkerke: índex corregit de incertesa. \*p< 0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.*

*Taula V- 26. Efecte de les variables associades a poder accedir de manera autònoma als serveis sanitaris*

### V-3-2. Programa ATDOM

Un 8,2 % dels subjectes de la mostra estan registrats en el programa ATDOM. Les dones en un percentatge més alt, però no significativament. La freqüència augmenta amb l'edat i en els majors de 80 anys arriba al 22,1 %. Les diferències entre grups d'edat si han estat significatives. Taules V- 27 i V-28.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No inclòs	246 (91,8)	102 (92,7)	144 (91,1)
Inclòs	22 (8,2)	8 (7,3)	14 (8,9)

*p=NS*

*Taula V-27. Individus inclosos al programa ATDOM, global i per sexes.*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys(%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
No inclòs	131 (97,8)	55 (96,5)	60 (77,9)
Inclòs	3 (2,2)	2 (3,5)	17 (22,1)

*p<0,001*

*Taula V-28. Individus inclosos al programa ATDOM, per grups d'edat*

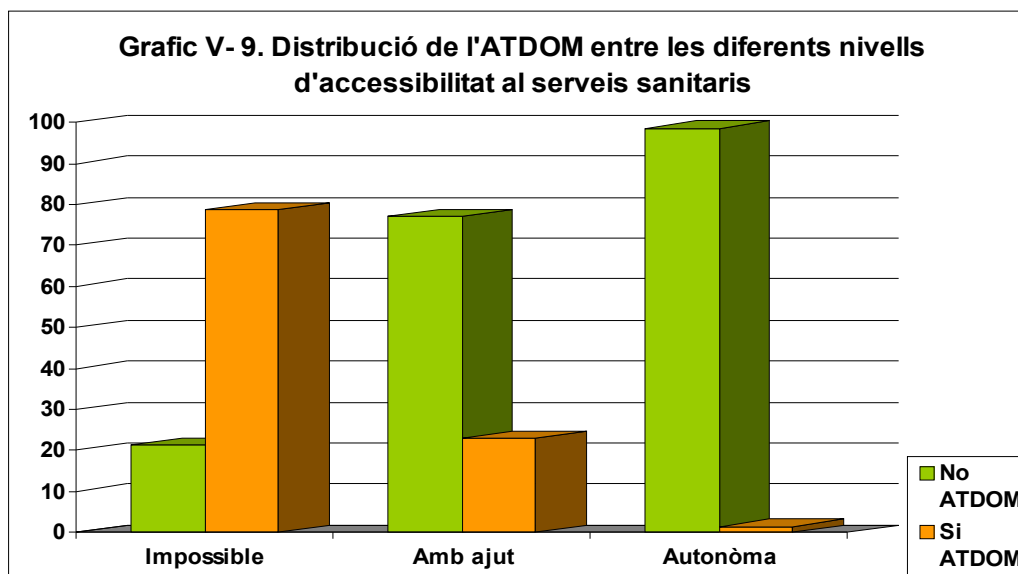
Entre les variables associades, el pertànyer a un equip assistencial amb metge reformat, no augmenta el percentatge de subjectes inclosos en ATDOM. Variables que si han demostrat tenir efecte, en l'anàlisi multivariant, han estat: l'edat, tenir patologia neurològica i depressió. La presència de patologia neurològica augmenta 57 vegades, la possibilitat d'incloure un pacient en ATDOM.

	OR	IC 95%	OR	p
Edat	1,4	1,2	1,6	***
Patologia neurològica	57	7	400	***
Depressió probable /establerta	17,5	2,5	123	***
Marxa alterada	9,2	1,9	4'	***
Nagelkerke x100	66,7			
$\chi^2_4$	76,3			***

Dades ajustades per edat. Numero de casos=264 OR: Odds Ratio. . Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V-29. Efecte de les variables associades a estar inclosos en el programa ATDOM

En el gràfic V- 9, es pot observar que el 21,4% dels ancians que no poden accedir de manera autònoma als serveis sanitaris, no estan inclosos en el programa ATDOM. Això és més freqüent, en aquells amb accessibilitat limitada a l'ajut d'un altre persona (77,1%). Hi ha un 1,4% d'individus amb capacitat per accedir-hi, que si estan inclosos. Cal dir que aquests últims pertanyen al grup de majors de 80 anys.



Els pacients inclosos al programa ATDOM van rebre durant l'any 2002, una mitjana de 19,8 (DE 25,7) de visites domiciliaries per part del seu equip d'atenció primària (metge i/o infermeria) amb un màxim de 88, en un sol cas.

No s'ha trobat d.s. entre la prevalença dels pacients inclosos i el tipus de equip d'atenció primària, sigui reformat o no ( $p=0,168$ ), però sí entre la mitjana de visites domiciliàries que es de 6,1 (DE 6,6) pels equips no reformats i de 27,1 (DE 29,1) pels equips reformats ( $p=0,000$ )

### V-3-3. Visites mèdiques a l'atenció primària

En nombre total de visites efectuades al seu metge de capçalera, excloent els del programa ATDOM, durant l'any 2002, per part dels entrevistats és de 1.352. D'aquestes, 189 (14%) són de visita programada i 1.163 (86%), de cita prèvia o del mateix dia. La mitjana ha estat de 5,7 (DE 4,8). El 21%, han fet 1-2 consultes, el màxim va ser de 24, en un sol cas. No s'han trobat d.s. entre la mitjana de visites i sexe, grup d'edat i tipus de facultatiu (reformat o no). En les taules V- 30 i V-31 es mostra la distribució en la freqüentació total, per sexes i per grups d'edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Cap visita	30 (12,6)	10 (10,2)	20 (14,2)
Entre 1-6 visites	120 (50,2)	50 (51,0)	70 (49,6)
> 6 visites	89 (37,2)	38 (38,8)	51 (36,2)

$p=NS$

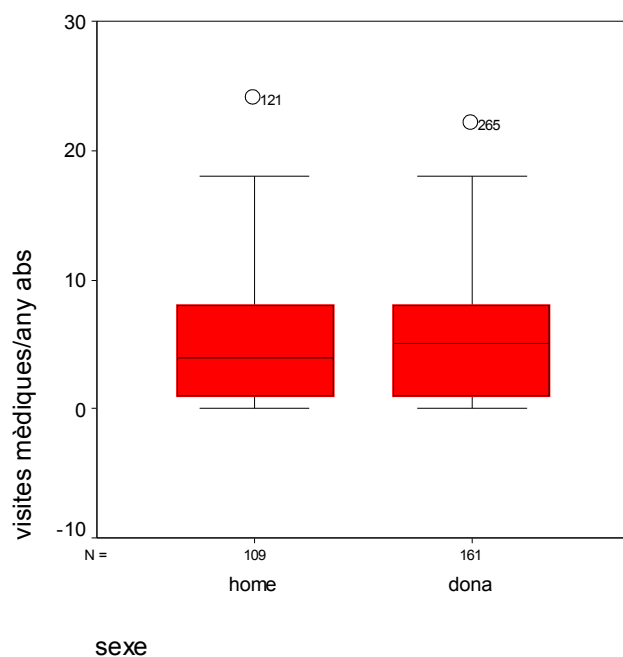
*Taula V-30. Distribució total i per sexes en la freqüentació mèdica a l'atenció primària.*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Cap visita	9 (7,0)	10 (19,2)	11 (18,6)
Entre 1-6 visites	71 (55,5)	22 (42,3)	27 (45,8)
> 6 visites	48 (37,5)	20 (38,5)	21 (35,6)

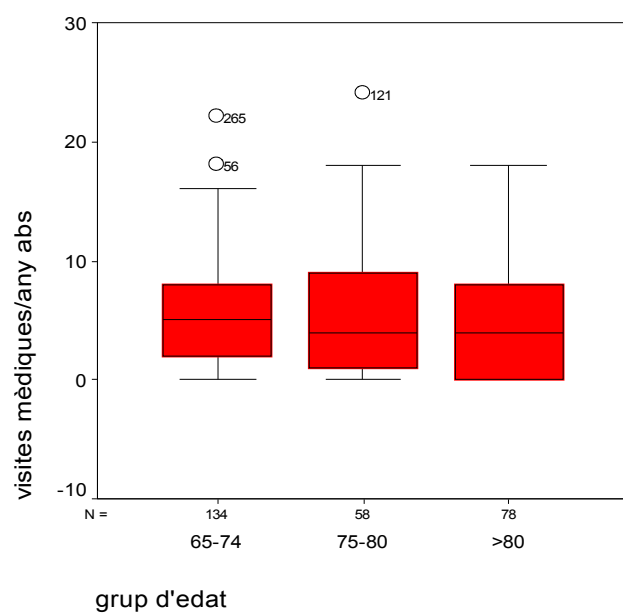
$p=NS$

*Taula V-31. Distribució per grups d'edat en la freqüentació mèdica a l'atenció primària.*

Hem revisat l'història clínica de tots els entrevistats, no inclosos a ATDOM, que no havien fet cap visita a l'àrea bàsica, en el darrer any. Vàrem trobar 30. D'aquests, 9 (30%), havien consultat algun especialista, a l'hospital, almenys 1 vegada. Dels 21 restants, 1/3 d'ells tenien alguna patologia o factor de risc, que precisés seguiment (dos d'ells tenien fills/es metges), i les altres 2/3 parts, no presentaven cap patologia ni factor de risc. La totalitat percebi la seva salut com igual o millor que la dels altres i 5 prenen algun fàrmac de manera habitual.



Gràfic V- 10. Distribució del nombre de visites mèdiques per sexe



Gràfic V-11. Distribució del nombre de visites mèdiques per grups d'edat



Les variables associades a major nombre de consultes mèdiques, excloent els d'ATDOM, han estat: nivell d'instrucció baix, més d'una caiguda i hospitalització en el darrer any, fer exercici físic habitual i estar diagnosticat d'hipertensió arterial i dislipèmia.

	<i>B</i>	<i>IC 95% de B</i>		<i>p</i>
Inclòs programa ATDOM	- 4,2	- 6,5	- 1,8	**
Estudis secundaris/superiors	- 1,7	- 3,3	- 0,1	*
Més d'una caiguda	1,8	0,4	3,2	*
Hospitalització darrer any	1,7	0,3	3,1	*
Exercici físic habitual	2,0	0,9	3,4	**
Diagnostic d'hipertensió arterial	1,6	0,5	2,8	**
Diagnòstic de dislipèmia	1,5	0,2	2,7	*
R <sup>2</sup> cx100	18,5			
cR <sup>2</sup> cx100	16,2			
F <sub>6,249</sub>	7,9			**

Numero de casos=250. *B*: Coeficient de regressió.. *R<sup>2</sup>c* : quadrat del coeficient de determinació corregit. *cR<sup>2</sup>c*: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. *F<sub>gl1, gl2</sub>* de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; *gl1*: graus de llibertat del numerador; *gl2*: graus de llibertat del denominador. \* *p*< 0.05, \*\* *p*<0.01, \*\*\* *p*<0.001.

Taula V- 32. Efecte de les variables associades a major nombre de visites mèdiques en consulta.

### V-3-4. Visites d'infermeria des de l'atenció primària

També en aquest apartat hem exclòs els pacients d'ATDOM.

El nombre total de consultes a infermeria és de 1.468. Un 56,5%, programades i un 43,5% de cita prèvia o mateix dia. La mitjana és superior a la del metge: 6,2 (DE 8,1). Un 20,9% dels entrevistats havien consultat a infermeria 1-2 vegades, el màxim és de 38 visites, en un sol cas. No s'han trobat d.s. entre la mitjana de visites per sexes i grups d'edat.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Cap visita	51 (18,9)	20 (18,2)	32 (19,4)
Entre 1-6 visites	118 (43,7)	54 (49,1)	64 (40,0)
> 6 visites	101 (37,4)	36 (32,7)	65 (40,6)

*p*=NS

Taula V-33. Distribució total i per sexes en la freqüentació d'infermeria a l'Atenció primària.

	65-74 anys (%)	75-80 anys (%)	>80 anys (%)
Cap visita	20 (14,9)	9 (15,5)	22 (28,2)
Entre 1-6 visites	56 (41,8)	28 (48,3)	34 (43,6)
> 6 visites	58 (43,3)	21 (36,2)	22 (28,2)

*p*=NS

Taula V-34. Distribució per grups d'edat en la freqüentació d'infermeria a l'Atenció primària

Variables associades a un major nombre de visites d'infermeria han estat: edat, pertànyer a un equip reformat, nombre de medicaments consumits i haver patit més d'una caiguda. La taula V-35, mostra l'efecte d'aquestes variables sobre el nombre de visites.

	<i>B</i>	<i>IC 95% de B</i>		<i>p</i>
Edat	- 0,17	- 0,32	- 0,02	*
Pertànyer a un equip amb metge reformat	2,3	0,4	4,2	*
Consumir més de 4 fàrmacs	3,3	1,1	5,6	**
Diagnòstic d'hipertensió arterial	3,6	1,6	5,5	***
Diagnòstic de diabetis	3,0	0,5	5,4	*
R <sup>2</sup> <sub>cx100</sub>	19,7			
cR <sup>2</sup> <sub>cx100</sub>	17,8			
F <sub>4,249</sub>	12,9			***

Numero de casos=250. *B*: Coeficient de regressió. *R<sup>2</sup>c*: quadrat del coeficient de determinació corregit. *cR<sup>2</sup>c*: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. *F<sub>gl1, gl2</sub>* de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; *gl1*: graus de llibertat del numerador; *gl2*: graus de llibertat del denominador. \* *p*< 0.05, \*\* *p*<0.01, \*\*\* *p*<0.001.

Taula V-35. Efecte de les variables associades a major nombre de visites d'infermeria en la consulta

### V-3-5. Altres activitats des de l'atenció primària

Un 49,9% dels entrevistats, s'havia realitzat alguna analítica durant el període estudiat. El 56,8% en una sola ocasió. El nombre màxim d'extraccions va ser de 7, en un sol cas.

Les visites fetes a Odontologia són 129, realitzades per un 11,3% dels entrevistats. El 34,4%, en una sola ocasió. Un sol cas va visitar l'odontòleg, 12 vegades.

Van anar al servei d'atenció continuada, 19 persones (7%) amb un total de 21 consultes.

El nombre de visites domiciliàries sol·licitades, excloent els d'ATDOM, va ser de 105, fetes per un 15,1% dels enquestats. La majoria (50%), en una sola ocasió, amb un màxim de 16 visites, en un sol cas

No es van trobar d.s. entre sexe i grup d'edat en la utilització d'aquests serveis.

### **V-3-6. Atenció Hospitalària**

Un 31,9 % dels entrevistats no havia consultat cap especialista en el període estudiat. La mitjana de especialistes consultats, per part dels que ho havien fet, és de 2,1 (DE 1,1). El 33,7% havien consultat un sol especialista i el 33,2% ho havien fet amb dos. El nombre màxim d'especialistes consultats va ser de sis.

Els homes van consultar més que les dones i els majors de 80 anys més que els altres grups, però en cap cas de manera significativa.

L'especialitat més consultades ha estat Medicina interna i oftalmologia. Totes les especialitats exceptuant cirurgia, otorrinolaringologia, anticoagulació oral (ACO) i urologia han estat més freqüentades per les dones. Urologia es l'única clarament de predomini masculí. Taules V-36 i V-37.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>	<b>p</b>
MEDICINA INTERNA	58,5	57,5	59,5	N.S.
TRAUMATOLOGIA	30,2	21,8	38,7	*
REHABILITACIÓ	8,6	5,5	11,7	NS
CLINICA DOLOR	2,0	1,4	2,7	NS
CIRURGIA	15,6	17,8	13,5	NS
OFTALMOLOGIA	38,7	37,0	40,5	NS
O.R.L	12,7	13,7	11,7	NS
DERMATOLOGIA	11,8	11,0	12,6	NS
UROLOGIA	19,3	31,5	7,2	***
GINECOLOGIA			7,9	---
A.C.O.	3,6	5,5	1,8	NS

\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

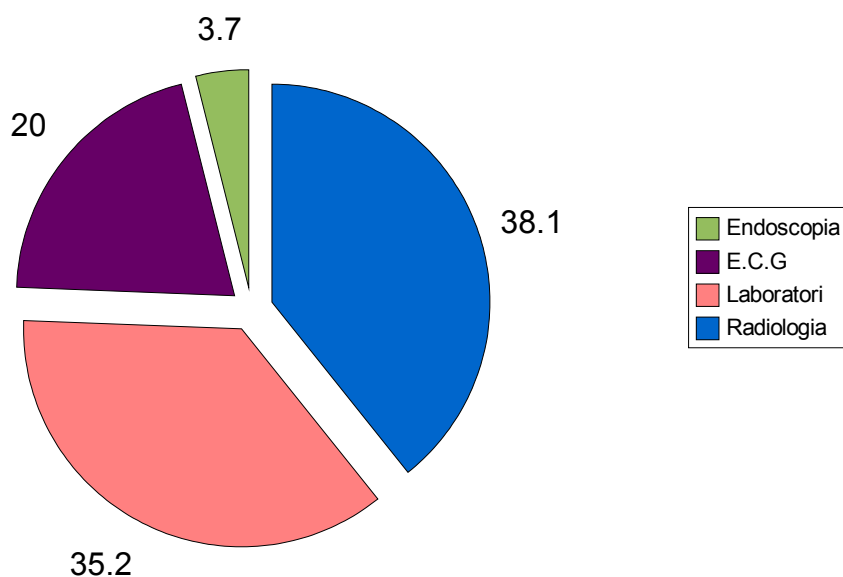
*Taula V-36 Percentatge de consulta a les diferents especialitats, total i per sexe.*

	65-74 anys	75-80 anys	>80 anys	p
MEDICINA INTERNA	52,7	61,5	66,7	NS
TRAUMATOLOGIA	34,1	48,7	25,9	NS
REHABILITACIÓ	8,8	12,8	7,4	NS
CLINICA DOLOR	3,3	0,0	1,9	NS
CIRURGIA	16,5	12,8	14,8	NS
OFTALMOLOGIA	42,9	38,5	33,3	NS
O.R.L.	13,2	10,3	13	NS
DERMATOLOGIA	8,8	10,3	18,5	NS
UROLOGIA	19,8	12,8	14,8	NS
GINECOLOGIA	6,8	9,1	9,4	NS
A.C.O.	4,4	0,0	3,7	NS

Taula V-37. Percentatge de consulta a les diferents especialitats per grups d'edat

Es van fer alguna exploració complementària, en l'àmbit hospitalari un 53,3% dels entrevistats. La mitjana, entre els que en van realitzar, ha estat de 2,6 (DE 2,8). Un 25 %, una sola i un 20,1% dues. El nombre màxim ha estat de 20. L'exploració complementària més freqüentment realitzada ha estat radiologia (38,1%), seguida per laboratori, amb 181 extraccions (35,2%). Un 3,7% s'havien realitzat alguna endoscòpia i un 20% algun ECG a l'hospital. No hem trobat diferències entre sexes ni grups d'edat.

Gràfic V-12. Percentatge de entrevistats que s'han fet alguna exploració complementària



Van acudir al servei d'urgències hospitalari 40,7% dels entrevistats i la majoria (54,5%) ho van fer una sola vegada. El nombre màxim de consultes realitzades van ser 16, en un sol cas. Els homes van consultar més (47,7%) que les dones (36%), amb diferència quasi significativa.

Havien fet algun ingrés hospitalari un 17,8 %, més freqüentment els homes. Els majors de 80 anys era el grup d'edat amb major nombre d'ingressos. Les taules V-38 i V-39 mostren les distribucions per sexes i grups d'edat de la utilització d'aquests serveis hospitalaris.

	<i>Total</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>p</i>
Urgències	40,7	47,4	36,0	*
Ingrés Hospitalari	17,8	21,1	15,5	NS
Ingrés Centre socio-sanitari	3,3	3,7	3,1	NS

\*  $p < 0.05$

*Taula V-38. Distribució en la utilització d'altres serveis hospitalaris, total i per sexes, expressat en percentatge.*

	<i>65-74 anys</i>	<i>75-80 anys</i>	<i>&gt;80 anys</i>	<i>p</i>
Urgències	38,1	41,4	44,9	NS
Ingrés Hospitalari	13,4	12,1	29,5	**
Ingrés Centre socio-sanitari	2,2	1,7	6,4	NS

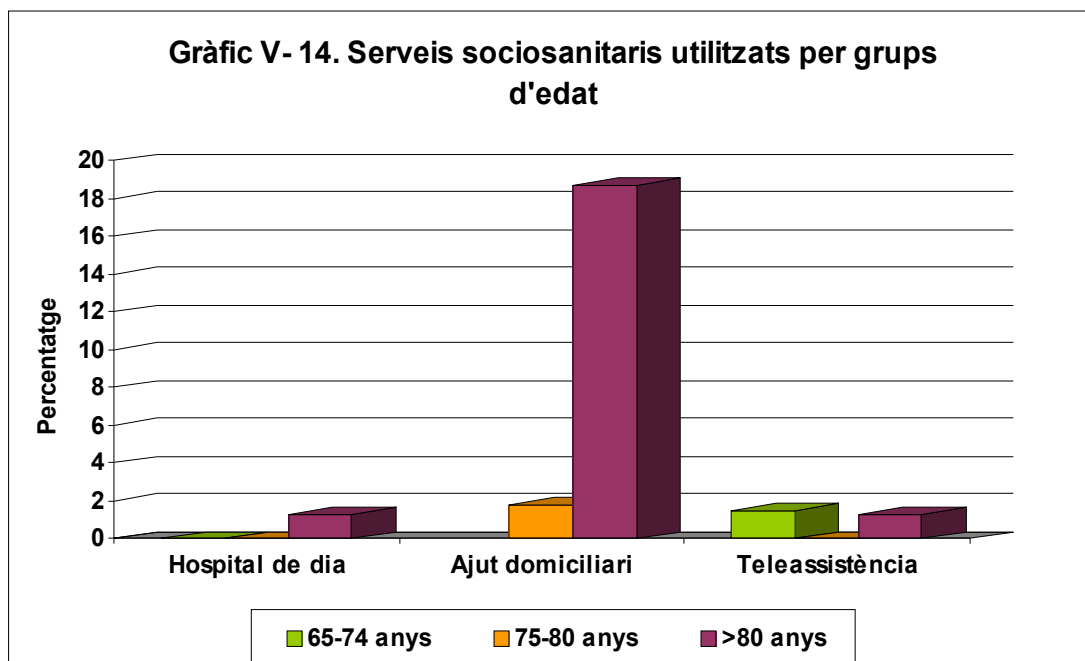
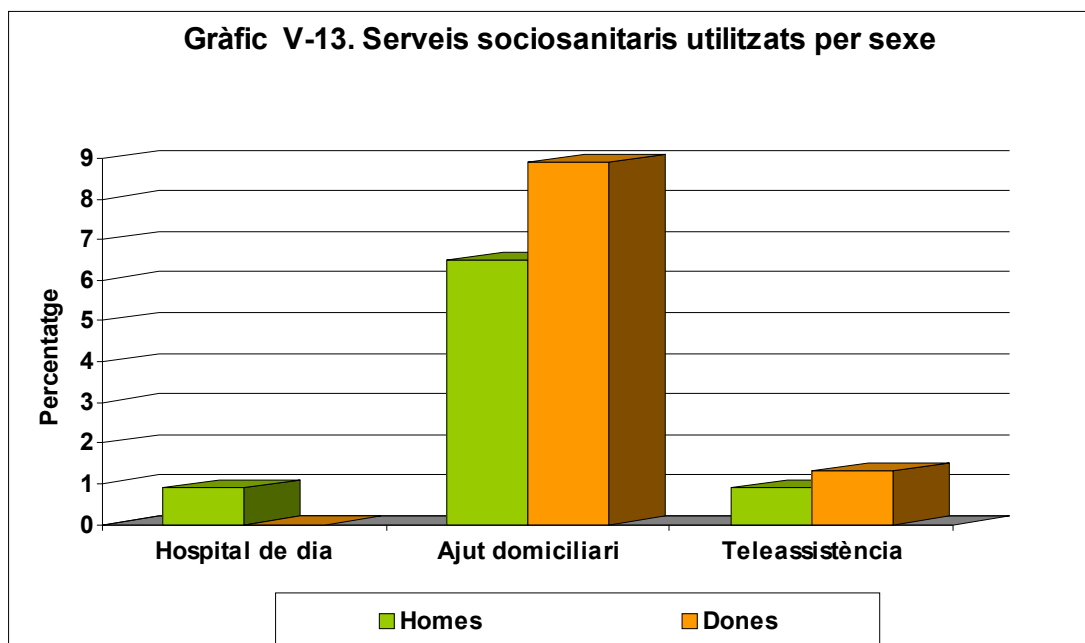
\*\*  $p < 0.01$ .

*Taula V-39. Distribució en la utilització d'altres serveis hospitalaris per grups d'edat, expressat en percentatge*

### **V-3-7. Serveis sociosanitaris**

En l'anàlisi de la utilització dels serveis socio-sanitaris existents, s'observa que la seva freqüentació és baixa. Tan sols un dels entrevistats acudia a hospital de dia. Reben ajut domiciliari per treballadora familiar, ja sigui privada o subvencionada pels Serveis socials el 6,5% dels homes i el 8,9% de les dones. En els majors de 80 anys, aquest percentatge arriba al 18,6%. Tenen tele-assistència tan sols el 0,9% dels homes i 1,2% de les dones, amb més freqüència en el grup de 65-74 anys (1,5%).

Els gràfics V-13 i V-14, mostren com el servei més utilitzat es el d'ajut domiciliari, sobretot en el grup d'edat de 75-80 anys i les dones.



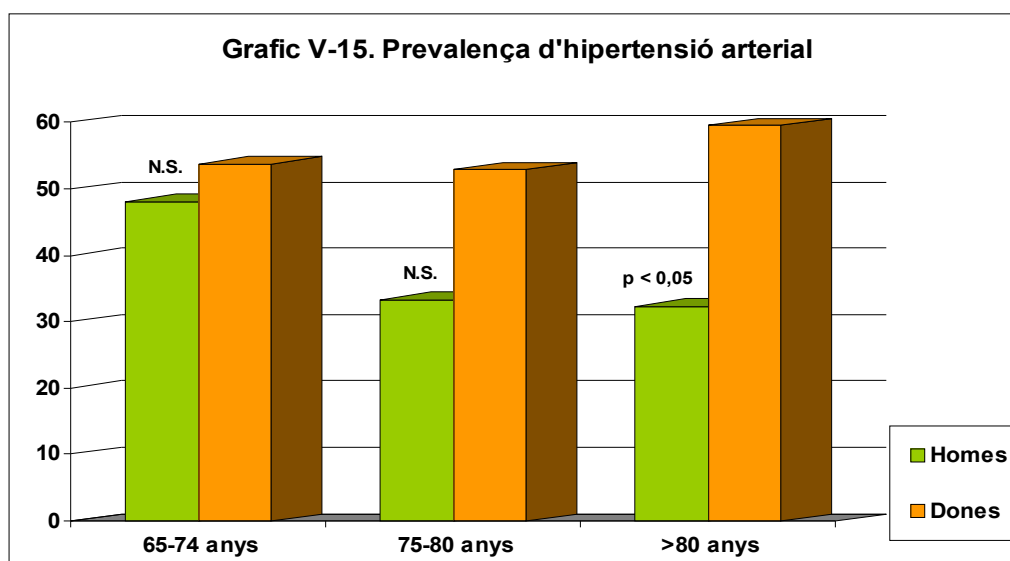
## V-4. Resultats de la Valoració Geriàtrica Integral

En aquest capítol s'analitzen els resultats de l'aplicació de la Valoració Geriàtrica Integral com a mètode per a valorar l'estat de salut de la població anciana. Es descriuen els resultats obtinguts en cada un dels quatre apartats: clínic, mental, funcional i social.

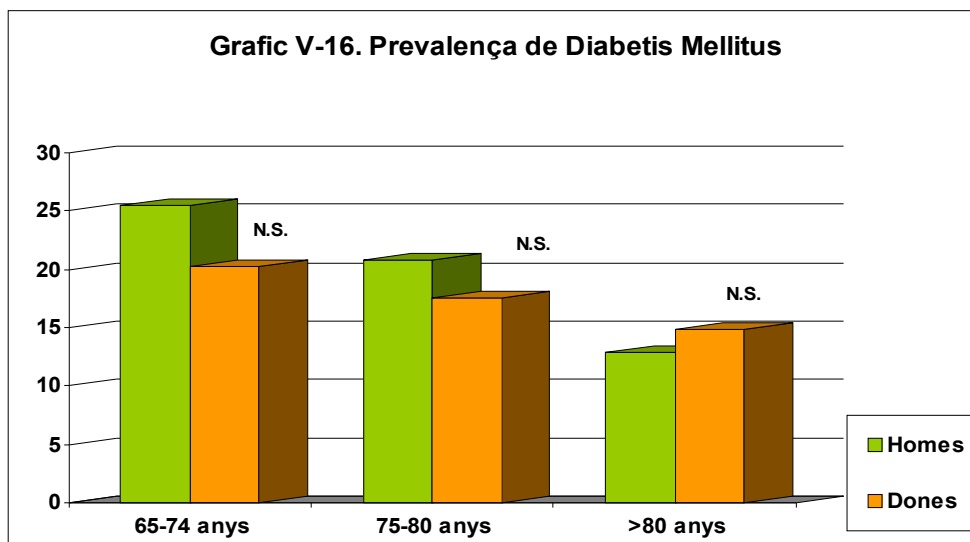
### V-4-1. Avaluació Clínica

#### *Prevalença de factors de risc*

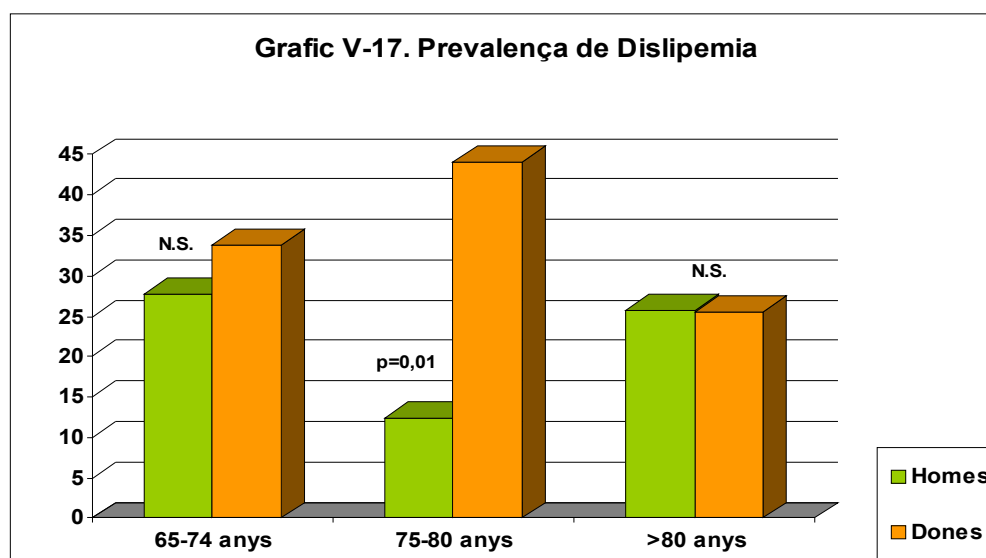
La prevalença **d'hipertensió arterial** diagnosticada, és del 49,3%, més alta significativament en les dones (55,6 %), que en els homes (40%). Per grups d'edat, la màxima prevalença la trobem en el grup de 65-74 anys (51,5%). Amb l'edat disminueix en el sexe masculí i augmenta en el femení. Analitzant les diferències per sexes en els diferents grups d'edat, tan sols hi ha d.s. en el grup major de 80 anys. Gràfic V-15.



La **Diabetis mellitus** consta en el 19,3% de les històries clíniques (20,9 % dels homes i 18,1% de les dones) i té la màxima prevalença en el grup de 65-74 anys. Les diferències entre sexes i grups d'edat no han estat significatives. Gràfic V-16.



La **Dislipèmia** té una prevalença del 29,6% (23,6 % dels homes i 33,8 % de les dones), sense diferències significatives, entre sexes ni grups d'edat. Tan sols hem trobat significativa la major prevalença en homes de 75-80 anys. Gràfic V-17.



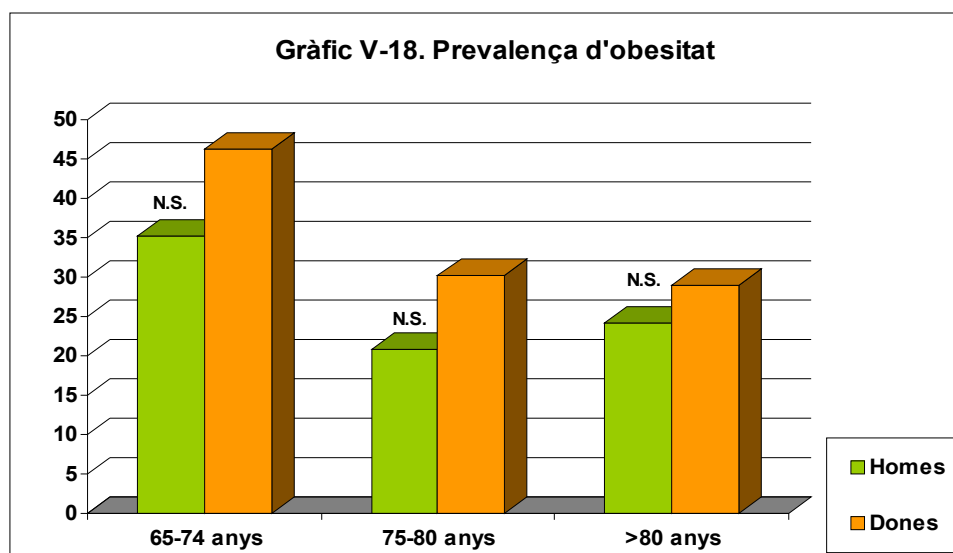


La taula V- 40, mostra la distribució per sexes, de l'índex de massa corporal. El 34,2% dels entrevistats presenten obesitat. S'observa que tan el sobrepès com l'obesitat, són significativament superior en les dones. No hem trobat d.s en la distribució per grups d'edat.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Normopès	110 (41,4)	59 (54,6)	51 (32,3)
Sobrepès	65 (24,4)	18 (16,7)	47 (29,7)
Obesitat	91 (34,2)	31 (28,7)	60 (38,0)

\*  $p < 0,01$

Taula V-40. Distribució de la prevalença de normopès, sobrepès i obesitat, global i per sexe.



En relació a la pregunta formulada: “es considera vostè que està gras?”, respecte al IMC objectiu, hem trobat una sensibilitat i especificitat de 79,1 %, amb un valor predictiu positiu del 46,4% i un valor global de 79,1 %. Taula V- 41.

	<i>Obesitat</i>	<i>No obesitat</i>	<i>Total</i>
Si estic gras	72	36	108
No estic gras	19	136	155
TOTAL	91	172	263

Taula V-41. Relació entre la presència d'obesitat i la percepció subjectiva d'aquesta.

Les taules V- 42 i V- 43 mostren la distribució dels diferents factors de risc. Es pot observar com en gairebé tots, la prevalença disminueix en el grup de més edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>	<b>p</b>
Hipertensió arterial	133 (49,3)	45 (40,4)	88 (55,3)	< 0,05
Diabetis mellitus	52 (19,3)	23 (21,1)	29 (18,0)	NS
Dislipèmia	79 (29,6)	27 (23,9)	53 (33,5)	NS
Obesitat	91 (34,3)	31 (29,0)	60 (38,0)	NS

Taula V-42. Distribució de la prevalença dels diferents factors de risc, global i per sexes.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>	<b>p</b>
Hipertensió arterial	69 (51,5)	26 (44,8)	38 (48,7)	N.S.
Diabetis mellitus	30 (22,4)	11 (19,0)	11 (14,1)	N.S.
Dislipèmia	42 (31,3)	18 (31,0)	20 (25,6)	N.S.
Obesitat	56 (41,8)	15 (26,3)	20 (27,0)	< 0,05

Taula V-43. Distribució de la prevalença dels diferents factors de risc per grups d'edat.

L'associació de factors de risc, és freqüent i significativament més en les dones, com mostren les taules V- 44 i V-45. No hem trobat d.s. entre els grups d'edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Cap factor de risc	61 (22,6)	35 (32,1)	26 (16,1)
1-2 factors de risc	170 (63,0)	60 (55,0)	110 (68,3)
>2 factors de risc	39 (14,4)	14 (12,8)	25 (15,5)

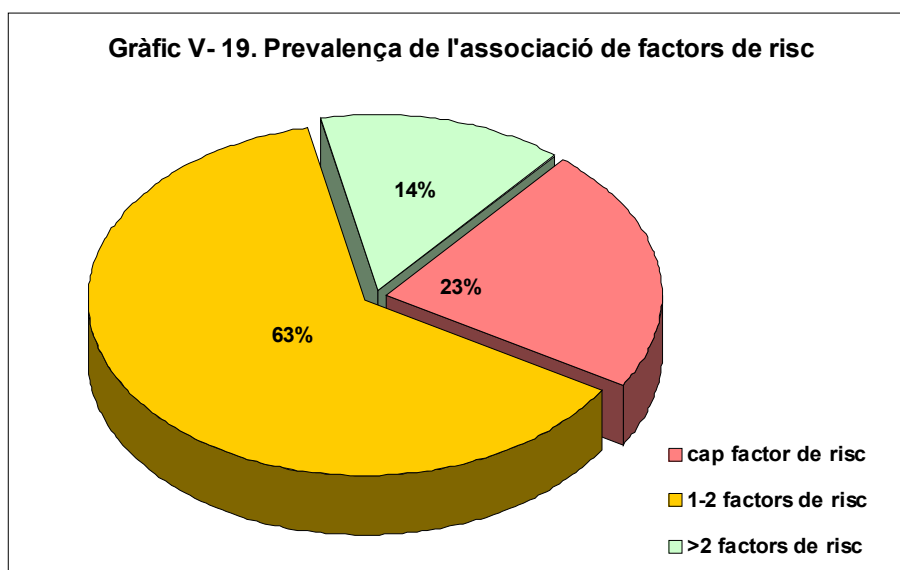
$p < 0,01$

Taula V-44. Associació de factors de risc, global i per sexe.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Cap factor de risc	23 (17,2)	15 (25,9)	23 (29,5)
1-2 factors de risc	86 (64,2)	36 (62,1)	48 (61,5)
>2 factors de risc	25 (18,7)	7 (12,1)	7 (9,0)

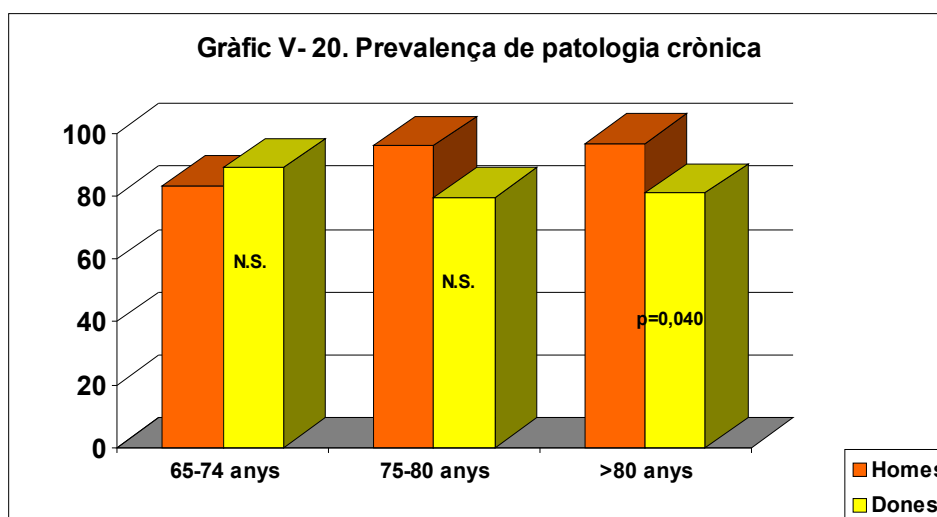
$p = NS$

Taula V-45. Associació de factors de risc per grups d'edat



**Prevalença de malalties cròniques**

El 88,5% (91,8 % dels homes i 86,3% de les dones), tenien registrada alguna malaltia crònica en la història clínica, augmentant amb l'edat en els homes (96,8% en els majors de 80 anys), al contrari del que succeeix en les dones (88,7% en el grup de 65-74 anys i 80,9% en majors de 80 anys) Gràfic V-20.



La mitjana ha estat de 2,2 (DE 1,5) en homes i de 1,7 (DE 1,3) en dones (p=0,008). Per grups d'edat són els majors de 80 anys, qui tenen una mitjana de malalties cròniques més alta, 2,02 (DE 1,38), tot i que no significativa.

La taules V-46 i V-47, mostren les prevalences de les diferents malalties per sexe i grup d'edat. Les malalties més freqüents en les dones són les osteoarticulars (46%), i en els homes les cardiovasculars (33%). La patologia respiratòria és més freqüent en homes i les psíquiques ho són significativament en les dones. Taula V-46.

Les malalties respiratòries, cardiovasculars, neoplàsiques i neurològiques, augmenten amb l'edat i disminueixen les osteoarticulars, digestives i psíquiques, però en cap cas de manera significativa. Taula V-47.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>	<b>p</b>
Respiratòries	45 (16,7)	30 (27,5)	15 (9,3)	<0.001
Osteoarticulars	105 (38,9)	74 (28,4)	31 (46,0)	<0.01
Cardiovasculars	71 (26,3)	36 (33,0)	35 (21,7)	< 0.05
Neoplàsies	34 (12,6)	18 (16,5)	16 (9,9)	NS
Digestives	64 (23,7)	29 (26,6)	35 (21,7)	NS
Neurològiques	53 (19,6)	19 (17,4)	34 (21,1)	NS
Psíquiques	39 (14,4)	9 (8,3)	30 (18,6)	< 0.05
Nefrourològiques	47 (17,4)	41 (37,6)	6 (3,7)	<0.001

*Taula V-46. Prevalença de malalties cròniques global i per sexe.*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>	<b>p</b>
Respiratòries	18 (13,4)	10 (17,2)	17 (21,8)	NS
Osteoarticulars	56 (41,8)	24 (41,4)	25 (32,1)	NS
Cardiovasculars	31 (23,1)	12 (20,7)	28 (35,9)	NS
Neoplàsies	13 (9,7)	9 (15,5)	12 (15,4)	NS
Digestives	32 (23,9)	16 (27,6)	16 (20,5)	NS
Neurològiques	23 (17,2)	13 (22,4)	17 (21,8)	NS
Psíquiques	23 (17,2)	8 (13,8)	8 (10,3)	NS
Nefrourològiques	23 (17,2)	10 (17,2)	14 (17,9)	NS

*Taula V-47. Prevalença de les principals malalties cròniques per grups d'edat.*

La malaltia respiratòria més prevalent és la malaltia pulmonar obstructiva crònica, present en un 27,5 % dels homes i un 9,3 % de les dones, augmentant amb l'edat fins al 41,9% en els homes majors de 80 anys.

L'artrosi és el trastorn crònic més habitual dintre de les osteoarticulars en tots dos sexes. La presenten un 22 % dels homes en tots els grups d'edat. En dones la màxima prevalença està en el grup de 65-75 anys (38,8 %). L'osteoporosi és una malaltia freqüentment diagnosticada en dones sobretot en el grup de 75-80 anys (14,7 %).

Dintre del grup de malalties cardiovasculars, la insuficiència cardíaca té una distribució heterogènia tant en homes com en dones. Els primers, la presenten un 16,7% en el grup de 65-74 anys i en els majors de 80 anys s'igualava amb la cardiopatia isquèmica (12,9%). En les dones, la insuficiència cardíaca és més diagnosticada en el grup de més edat (8,5%), seguida pels trastorns del ritme cardíac (6,5%).

Les complicacions de la diabetis mellitus (retinopatia, nefropatia i neuropatia) són un trastorn molt habitual sobretot en homes de 75-80 anys (8,3 %) i dones de 65-74 anys (5,9%).

Les neoplàsies són una patologia relativament freqüent, sobretot en homes de 75-80 anys (20,8 %).

La patologia lleu digestiva (hèrnia hiatus, gastritis crònica, ulcus, diverticles colon...) es diagnostica amb més freqüència en els homes de 75-80 anys (37,5 %) i en les dones majors de 80 anys (21,3 %).

L'accident vascular cerebral, és la patologia neurològica que es presenta amb més freqüència. En homes la prevalença és màxima (9,7 %), en el grup de 75-80 anys. En dones, en el grup de 65-74 anys (6,3 %), però a partir dels 75 anys s'igualava al deteriorament cognitiu.

De les malalties psiquiàtriques diagnosticades, el binomi ansietat /depressió és majoritària, sobretot en dones de 65-74 anys (21,3%) i representa el 94,4 % dels diagnòstics psiquiàtrics totals.

En homes, la hiperplàsia benigna de pròstata és la patologia nefrourològica més comú (33%), sense diferències significatives entre els grups d'edat. En dones les malalties d'aquest grup són poc prevalents, exceptuant la incontinència urinària que s'analitza dintre de les síndromes geriàtriques.

**Hàbits relacionats amb la salut**

En aquest apartat es valora l'hàbit tabàquic, consum d'alcohol de risc i activitat física habitual.

**Tabac**

Un 7,4% dels entrevistats són fumadors actius, un 23 % ex-fumadors i un 69,6 referien no haver fumat mai de manera habitual. Dels fumadors, un 8,5% fumava més de 20 cigarretes/dia. L'hàbit tabàquic és pràcticament exclusiu dels homes, tan sols un 0,6% de les dones són fumadores. La majoria (70%) d'ex- fumadors ho van deixar per motius de salut. Les diferències en la prevalença entre els diferents grups d'edat no son significatius. Taules V-48 i V-49.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No fumador	188 (69,6)	31 (28,4)	157 (97,5)
Ex-fumador	62 (23,0)	59 (54,1)	3 (1,9)
Fumador < 20 c/dia	13 (4,8)	12 (11,0)	1 (0,6)
Fumador > 20 c/dia	7 (2,6)	7 (6,4)	

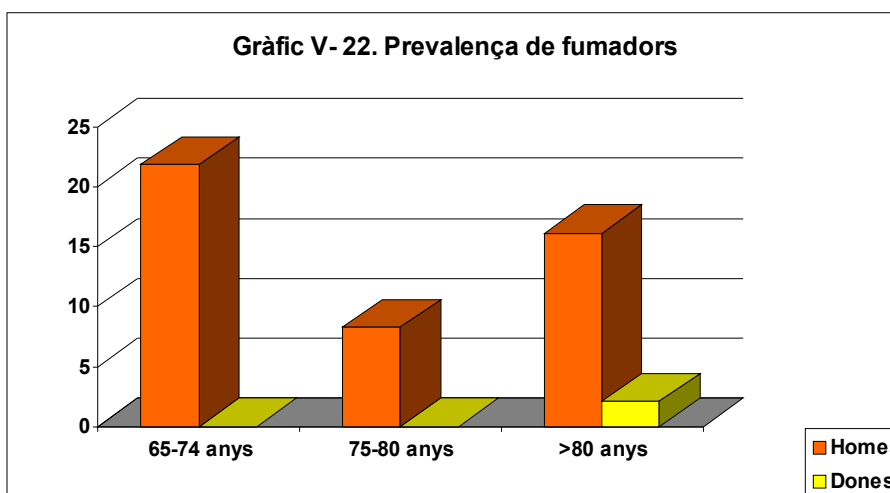
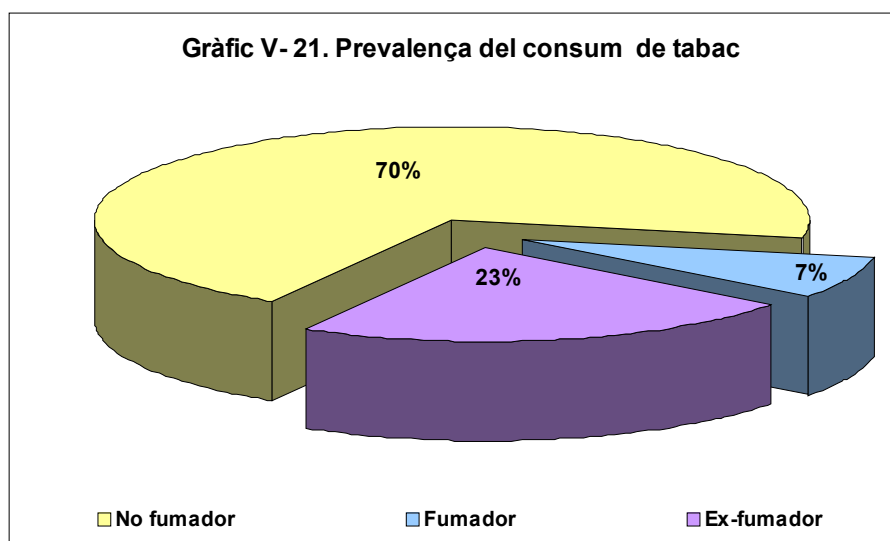
*p*<0,001

Taula V-48. Distribució de l'hàbit tabàquic, total i per sexes.

	<b>65-74 anys</b>	<b>75-80 anys</b>	<b>&gt;80 anys</b>
No fumador	92 (68,7)	41 (70,7)	55 (70,5)
Ex-fumador	30 (22,4)	15 (25,9)	17 (21,8)
Fumador < 20 c/dia	8 (6,0)	2 (3,4)	3 (3,8)
Fumador > 20 c/dia	4 (3,0)		3 (3,8)

*p*=NS

Taula V-49. Distribució de l'hàbit tabàquic per grups d'edat.



**Alcohol**

El consum habitual d'alcohol és més freqüent en els homes (59,6 %) que en les dones (23%) També ho és de manera significativa el consum d'enol de risc. Entre els grups d'edat les diferències no son importants. Taula V-50 i V-51

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No consum habitual	168 (62,2)	44 (40,4)	124 (77,0)
Consum no de risc	91 (33,7)	56 (51,4)	35 (21,7)
Consum enol de risc	11 (4,1)	9 (8,2)	2 (1,2)

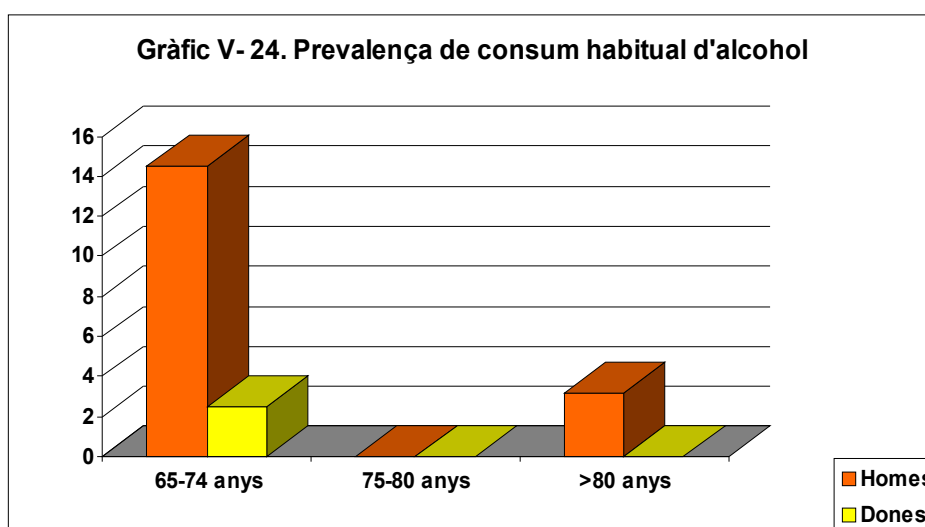
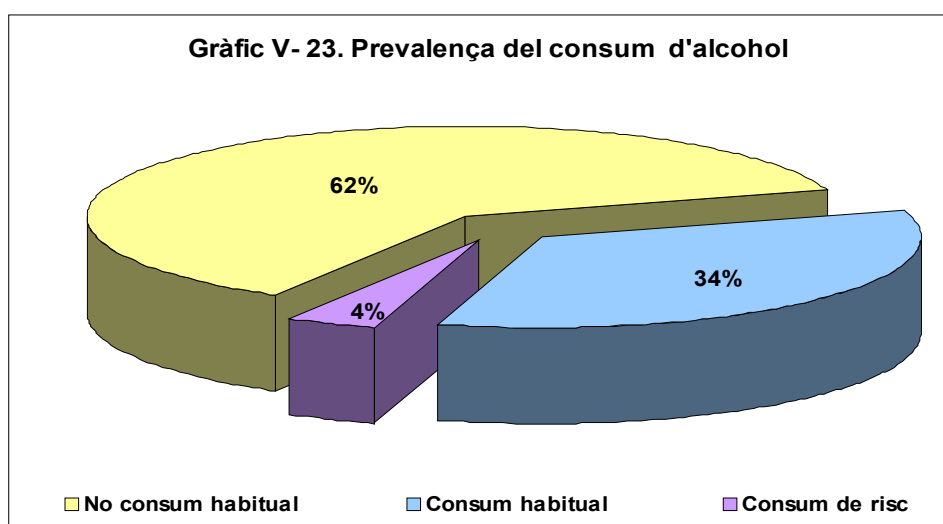
*p* < 0,001

Taula V-50. Distribució del consum d'alcohol global i per sexe.

	65-74 anys	75-80 anys	>80 anys
No consum habitual	77 (57,5)	39 (67,2)	52 (66,7)
Consum no de risc	47 (35,1)	19 (32,8)	25 (32,1)
Consum enol de risc	10 (7,5)		1 (1,3)

p= NS

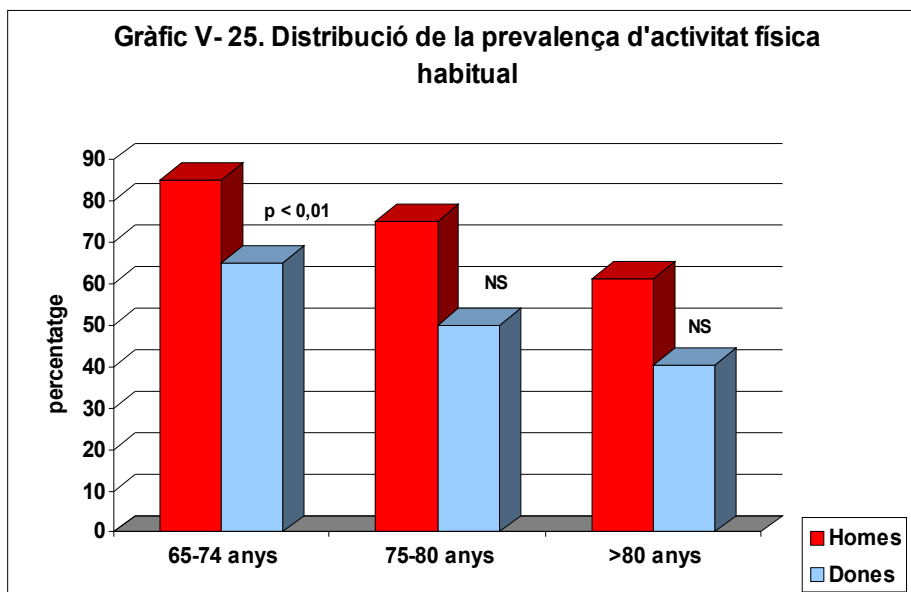
Taula V-51 . Distribució del consum d'alcohol segons el grup d'edat





**Activitat física**

L'activitat física és més freqüent en homes (76,1%) que en dones (45,3%) ( $p=0,000$ ). Amb l'edat, aquesta practica disminueix de manera important, del 73,1% en el grup de 65-74 anys, fins al 48,7% en majors de 80 anys ( $p=0,002$ ). La diferència entre sexes, en els diferents grups d'edat, només és significativa en el grup més jove.



**Salut dental**

El 28,5% dels entrevistats tenen la dentadura original. Porten algun tipus de pròtesi dental 67,4% (63,3% dels homes i 70,2 % de les dones). La taula V-52, mostra la distribució de la morbiditat dental, per sexe.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Dentadura original	77 (28,5)	36 (33,0)	41 (25,5)
Pròtesi parcial	83 (30,7)	28 (25,7)	55 (34,2)
Pròtesi total	99 (36,7)	41 (37,6)	58 (36,0)
No dents ni pròtesi	11 (4,1)	4 (3,7)	7 (4,3)

$p=NS$

Taula V-52 . Morbiditat dental, global i per sexes

Per grups d'edat, les diferències són significatives, el 83,4% porten algun tipus de pròtesi en

el grup de més de 80 anys. La taula V-53 mostra la distribució de la morbiditat dental, per grups d'edat.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Dentadura original	49 (36,6)	21 (36,2)	7 (9,0)
Pròtesi parcial	51 (38,1)	13 (22,4)	19 (24,4)
Pròtesi total	30 (22,4)	23 (39,7)	46 (59,0)
No dents ni pròtesi	4 (3,0)	1 (1,7)	6 (7,7)

$p < 0,001$

Taula V-53. Morbiditat dental per grups d'edat.

Com a conseqüència de la seva situació dental, masteguen amb dificultat el 21,9 % dels entrevistats (20,2% dels homes i 23% de les dones). La dificultat augmenta de manera significativa amb l'edat amb un màxim en els majors de 80 anys (34,6%). Un 1,5% del total precisen una dieta "turmix".

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Mastega sense dificultats	207 (76,7)	86 (78,9)	121 (75,2)
Masticació dificultosa	59 (21,9)	22 (20,2)	37 (23,0)
Menja tot triturat	4 (1,5)	1 (0,9)	3 (1,9)

$p=NS$

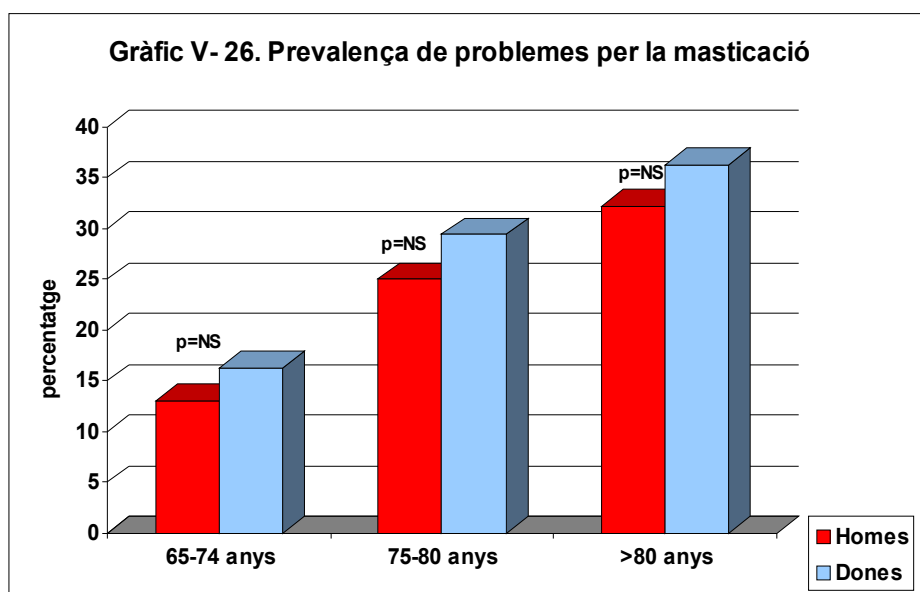
Taula V-54. Característiques de la masticació, global i per sexe.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Mastega sense dificultats	114 (85,1)	42 (72,4)	51 (65,4)
Masticació dificultosa	19 (14,2)	16 (27,6)	24 (30,8)
Menja tot triturat	1 (0,7)		3 (3,8)

$p < 0,01$

Taula V-55. Característiques de la masticació per grups d'edat

No s'ha trobat relació entre la situació dental i la dificultat per la masticació, de manera que 54,4 % dels que no tenen dents ni porten pròtesi manifesten no tenir problemes per mastegar i del que tenen la dentadura original 19,5 % masteguen amb dificultats.



### Activitats preventives

#### Vacunes

La cobertura de la **vacuna antigripal** (VAG), entre els entrevistats, és del 70%. La rebutgen sistemàticament un 2,8% dels homes i un 0,6% de les dones. Augmenta amb l'edat, 80,8% en els majors de 80 anys.

La cobertura de la **vacuna antineumocòcica** (VAN), és del 63%, augmenta significativament amb l'edat i en majors de 80 anys és del 75,6%. La rebutgen el 3,7% dels homes i el 0,06% de les dones.

La cobertura de la **vacuna antitètànica** (VAT) és la més baixa (61,8%). És rebutjada sistemàticament pel 1,8% dels homes i el 1,2% de les dones.

Hem estudiat el coneixement per part dels entrevistats, del seu estat vacunal. Les taules V-56 i V-57, mostren els percentatges de compliment de les diferents vacunes, segons els registres i la declaració del subjecte.

No hem trobat d.s. entre sexes ni grups d'edat en quant al coneixement de l'estat vacunal. La VAN és la té major diferència entre el registre objectiu i la declaració subjectiva.

	<i>Homes</i>		<i>Dones</i>	
	<b>Registre</b>	<b>Resposta</b>	<b>Registre</b>	<b>Resposta</b>
VAG	65,5	68,2	73,1	70,9
VAN	58,2	30,0	66,3	31,0
VAT	61,8	59,1	58,5	48,7

Taula V-56. Coneixement de l'estat vacunal per sexe. Expressat en percentatge.

	<i>65-74 anys</i>		<i>75-80 anys</i>		<i>&gt;80 anys</i>	
	<b>Registre</b>	<b>Resposta</b>	<b>Registre</b>	<b>Resposta</b>	<b>Registre</b>	<b>Resposta</b>
VAG	59,0	59,7	81,0	80,7	80,8	79,2
VAN	53,7	29,1	67,2	36,8	75,6	28,6
VAT	55,2	59,1	68,4	50,9	61,5	44,2

Taula V-57. Coneixement de l'estat vacunal, per grups d'edat. Expressat en percentatge

### ***Cribratge obesitat***

El registre de la talla i pes en les històries clíniques és baix, 50,5 % del global, més en les dones (51,8%), però no significativament. Disminueix al augmentar l'edat (35,9% en els majors de 80 anys), de manera significativa.

### ***Cribratge HTA***

Consta la pressa de la tensió arterial, almenys una vegada en els dos darrers anys, en un 62% de les històries clíniques, més en les dones (64%) i en el grup 75-80 anys (74,2%), i menys, de manera significativa, en els majors de 80 anys (43,9%).

### ***Cribratge Hipercolesterolèmia***

La detecció d'hipercolesterolemia mitjançant realització A/S esta complimentada en el 70% dels casos, sense d.s. entres sexes ni grups d'edat.

### ***Cribratge hàbits tòxics***

El registre del cribratge d'hàbits tòxics, bàsicament tabaquisme, és més habitual en homes (76%), que en dones (52,2%). Per grups d'edat, tan sols hi ha d.s. en el grup de 65-74 anys, on consta l'activitat en un 87% dels homes i 52,5% de les dones (p=0,000). El registre quantitatiu del consum d'alcohol es pràcticament inexistent en tots dos sexes.

***Cribratge càncer mama i coll uterí.***

L'estudi de cribratge de càncer de mama, s'ha fet sobre la mostra de dones de 65-70 anys, grup on esta recomanat aquest. Del total, en 5 (20%), no constava i la dona no ho referia, 20 (80%) si l'havien realitzat en els darrers dos anys, totes dintre del programa del SCS. Els resultats de totes havien estat negatius

La realització de citologia per detecció de càncer de coll uterí, l'havien fet 46 dones (37%).

Les taules V- 58 i V-59 resumeixen el percentatge de compliment de les activitats preventives recomanades.

	<b>Total</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>	<b>p</b>
VAG	189 (70,0)	72 (66,1)	117 (72,7)	N.S
VAN	170 (63,0)	64 (58,7)	106 (65,8)	N.S.
VAT	161 (59,6)	68 (62,4)	93 (57,8)	N.S.
Cribratge sobrepès	128 (47,4)	46 (42,2)	82 (50,9)	N.S.
Cribratge HTA	85 (62,0)	37 (59,7)	48 (64,0)	N.S.
Cribratge HC	145 (69,7)	62 (68,1)	83 (70,9)	N.S.
Cribratge hàbits tòxics	167 (61,9)	83 (76,1)	84 (52,2)	***

\*\*\*  $p < 0.001$ .

*Taula V-58. Activitats recomanades en >65 anys pel PAAPS i complimentades, global i per sexe.*

	<b>65-74 anys</b>	<b>75-79 anys</b>	<b>&gt;80 anys</b>	<b>p</b>
VAG	79 (59,0)	47 (81,0)	63 (80,8)	**
VAN	72 (53,7)	39 (67,2)	59 (75,6)	**
VAT	74 (55,2)	39 (67,2)	48 (61,5)	N.S
Cribratge sobrepès	73 (54,5)	25 (46,6)	28 (35,9)	*
Cribratge HTA	44 (67,7)	23 (74,2)	18 (43,9)	N.S.
Cribratge HC	77 (75,5)	30 (66,7)	38 (62,2)	N.S.
Cribratge hàbits tòxics	89 (66,4)	35 (60,3)	43 (55,1)	N.S.

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

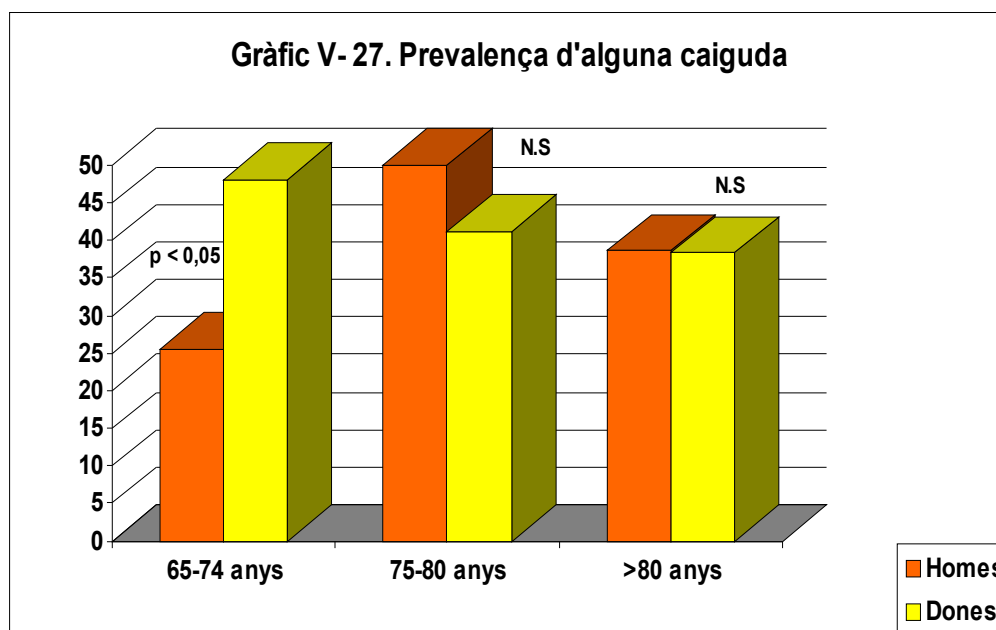
*Taula V-59. Activitats recomanades en >65 anys pel PAAPS i complimentades per grups d'edat*

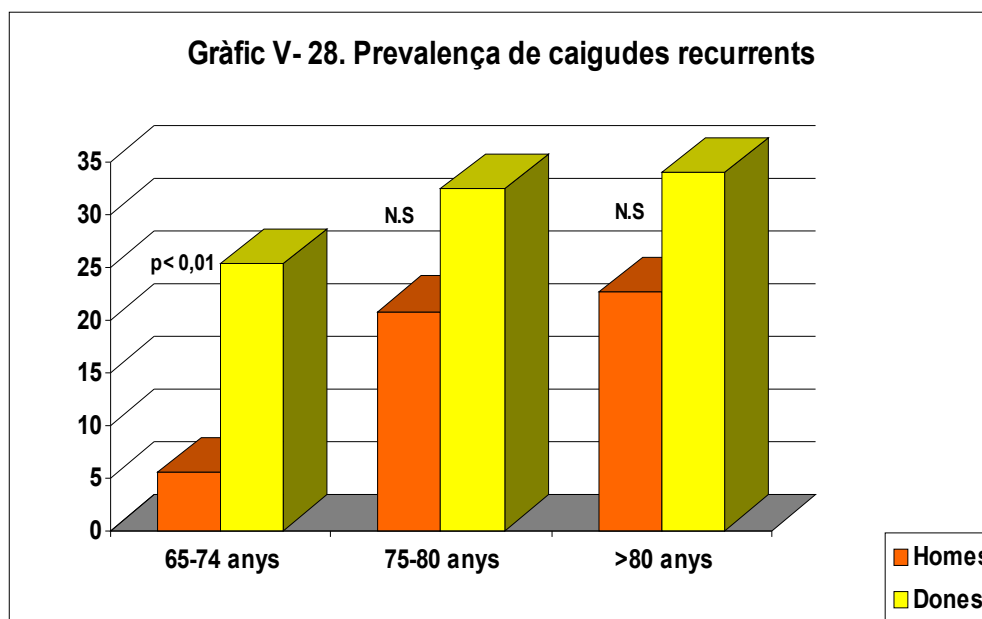
**Síndromes geriàtriques**

En aquest apartat, presentem els resultats obtinguts sobre prevalença de les diferents síndromes geriàtriques, obtingudes amb la Valoració Geriàtrica Integral. També s'estudia l'associació de cadascuna de les síndromes, amb 4 grups de variables: sociodemogràfiques, clíniques, funcionals i socials i per últim s'estima mitjançant anàlisi multivariant l'efecte de les diferents variables associades sobre la síndrome geriàtrica descrita.

**Caigudes**

Dels 270 entrevistats, havien caigut alguna vegada, 108 (40%). Les dones cauen més sovint (43,8%), que els homes (34,5%), però tan sols de manera significativa en el grup d'edat de 65-74 anys. El mateix succeeix amb les caigudes recurrents (més d'una caiguda), més freqüents en les dones. Gràfics V-27 i V-28.





Entre els que van caure, un 42,6%, ho van fer una sola vegada i un 57,4% dues o més. Les caigudes múltiples es produeixen més sovint i significativament en les dones de 65-74 anys i en els majors de 80 anys de tots dos sexes. Taules V-60 i V- 61

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Cap caiguda	162 (60,0)	72 (65,5)	90 (56,3)
Una sola caiguda	46 (17,0)	23 (20,9)	23 (14,4)
Més d'una caiguda	62 (23,0)	15 (13,6)	47 (29,4)

*p* < 0,01

Taula V-60. Prevalença de caigudes global i per sexe.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Cap caiguda	82 (61,2)	32 (55,2)	48 (61,5)
Una sola caiguda	29 (21,6)	10 (17,2)	7 (9,0)
Més d'una caiguda	23 (17,2)	16 (27,6)	23 (29,5)

*p* = NS

Taula V-61 Prevalença de caigudes per grup d'edat.

El nombre màxim de caigudes va ser de 10 en homes i de 7 en dones, en tots dos casos tan sols en un sol individu. La taula V-62, mostra la mitjana de caigudes en tots dos sexes i en els diferents grups d'edat.

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació estàndard</i>	<i>IC al 95%</i>	<i>p</i>
Homes	1,9	1,7	1,4– 2,5	
Dones	2,2	1,3	1,9 – 2,5	NS
65-74 anys	1,7	1,1	1,4 – 2,1	
75-80 anys	2,5	2,0	1,7 - 3,3	<0,01
Més de 80 anys	2,4	1,2	1,9 – 2,8	

Taula V-62. Mitjana i desviació estàndard de caigudes per sexe i grups d'edat.

La majoria dels homes que van caure (47,4%), no van patir cap conseqüència, enfront del 15,7% de les dones. Van patir una lesió lleu el 36,8% dels homes i el 65,7% de les dones. Les lesions greus són similars en tots dos sexes i més freqüents en el grup de 75-80 anys.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Sense conseqüències	29 (26,9)	18 (47,4)	11 (15,7)
Lesió lleu	60 (55,6)	14 (36,8)	46 (65,7)
Lesió greu	19 (17,6)	6 (15,8)	13 (18,6)

$p < 0.01$

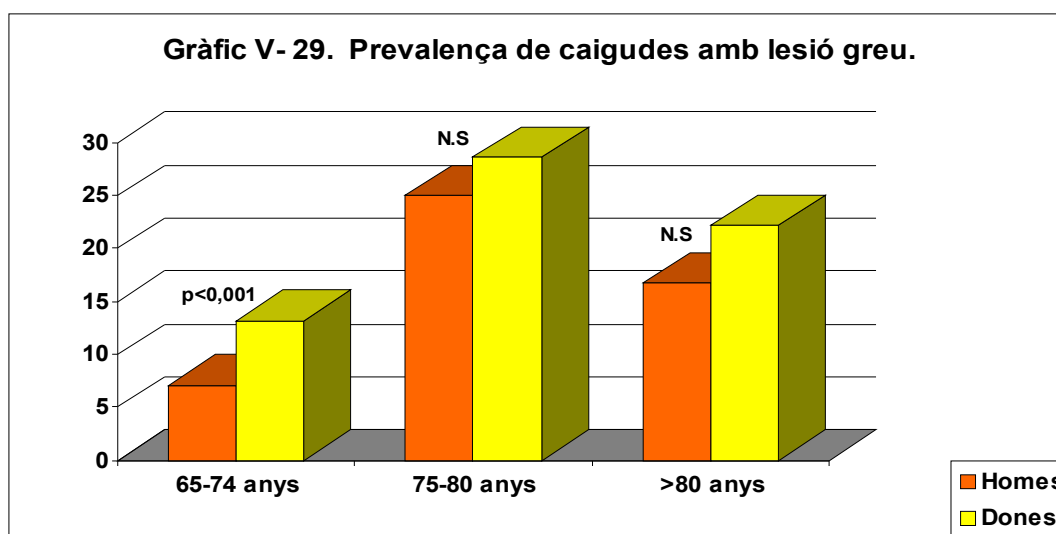
Taula V-63. Conseqüències de les caigudes , global i per sexe.

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
Sense conseqüències	14 (26,9)	8 (30,8)	7 (23,3)
Lesió lleu	32 (61,5)	11 (42,3)	17 (56,7)
Lesió greu	6 (11,5)	7 (26,9)	6 (20,0)

$p = NS$

Taula V-64 Conseqüències de les caigudes per grups d'edat.





Hem observat associació entre diferents variables i les caigudes, però al realitzar l'anàlisi multivariant ajustat per sexe, tan sols ser dona, amb un risc de 3 vegades superior, prendre més de 4 fàrmacs i tenir algun grau de dependència per les ABVD, tenen significativament efecte sobre el fet de caure més d'una vegada. Taula V-65

	OR	IC 95% de OR		p
Sexe femení	3,1	1,5	6,3	**
Polifarmàcia	2	1	3,9	*
Dependència ABVD	3,6	1,7	7,2	***
Nagelgerke x100	16,6			
$\chi^2_3$	30			***

Dades ajustades per sexe. Numero de casos=261 OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. . \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 65. Efecte de les variables associades a caure més d'una vegada

### Incontinència urinària

El 45,6 % dels entrevistats (32,1% dels homes i 54,7% de les dones), presenten algun grau d'incontinència. Aquest percentatge augmenta amb l'edat (39,6 en el grup 65-74 anys i 53,8 en els majors de 80 anys), amb una màxima prevalença en el grup de dones majors de 80 anys, on el 61,7 % d'aquestes són incontinents.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No incontinència	154 (54,4)	74 (67,9)	73 (45,3)
Incontinència ocasional	75 (27,8)	23 (21,1)	52 (32,3)
Incontinència habitual	48 (17,8)	12 (11,0)	36 (22,4)

*p*<0,01

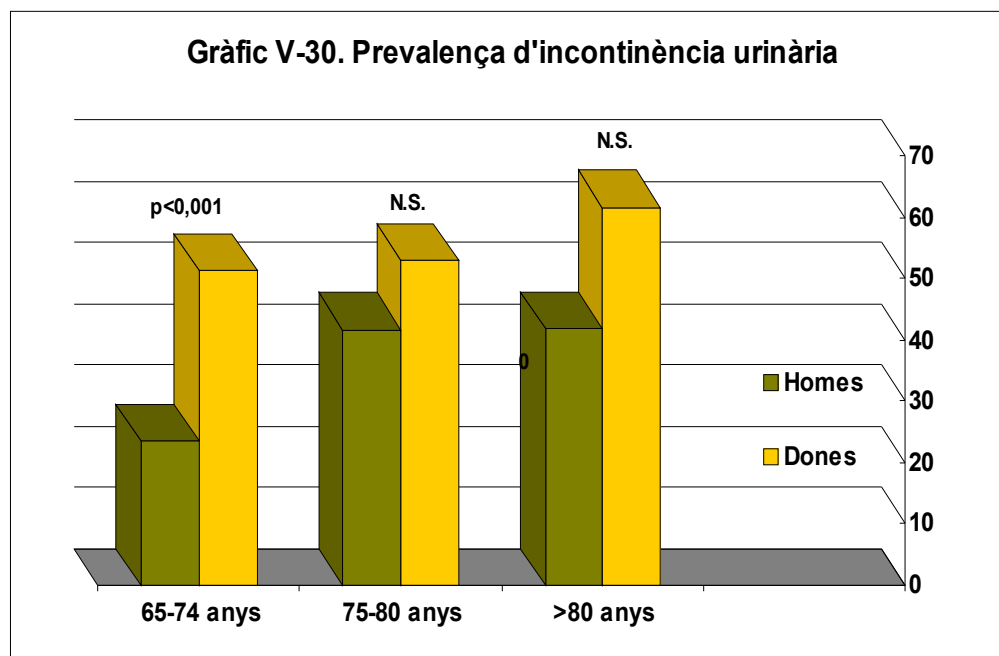
Taula V-66. Prevalença d'incontinència urinària, global i per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
No incontinència	81 (60,4)	30 (51,7)	39 (46,2)
Incontinència ocasional	34 (25,4)	23 (37,9)	19 (24,4)
Incontinència habitual	19 (14,2)	6 (10,3)	23 (29,5)

*p*<0,01

Taula V-67. Prevalença d'incontinència urinària, per grups d'edat

Analitzant els diferents grups d'edat per separat, s'observa que les dones tenen incontinència urinària amb més freqüència en tots ells, però tan sols significatiu en el grup més jove.



En el 61% dels que presentaven incontinència urinària, era ocasional (67,5% dels homes i 59,1% de les dones) i habitual en el 39% dels casos (34,3% dels homes i 40,9% de les dones).

El tipus d'incontinència més habitual en els homes és d'urgència (89,2 %), tan sols 4 referien incontinència urinària d'esforç i cap de mixta. Les dones presenten una prevalença similar entre els diferents tipus d'incontinència. No hem trobat d.s en quan al tipus d'incontinència entre els diferents grups d'edat. Taules V-68 i V-69

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Incontinència d'esforç	34 (27,4)	4 (10,8)	30 (34,5)
Incontinència d'urgència	67 (54,0)	32 (89,2)	35 (39,1)
Incontinència mixta	23 (18,5)		23 (26,4)

*P<0,001.*

*Taula V-68. Distribució dels tipus d'incontinència urinària, global i per sexes.*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Incontinència d'esforç	14 (26,4)	11 (39,3)	9 (20,9)
Incontinència d'urgència	31 (58,5)	14 (50,0)	22 (51,2)
Incontinència mixta	8 (15,1)	3 (10,7)	12 (27,9)

*p=NS*

*Taula V-69 Distribució dels tipus d'incontinència urinària per grups d'edat.*

La repercussió de la incontinència sobre la qualitat de vida, declarada pels entrevistats és petita, tan sols el 9,8 % tenen alguna dificultat per aquest motiu, sense d.s. entre sexe ni grups d'edat.

Consumien absorbents habitualment per la incontinència un 7,4% (20), dels quals 11, no havien manifestat tenir-la durant l'entrevista.

En l'estudi multivariant ajustat per edat i sexe, consumir habitualment analgèsics és el factor de risc amb més efecte sobre la incontinència, seguit del sexe femení i ser dependent per les AIVD. Taula V-70.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Sexe femení	2,8	1,6	5,0	***
Consum habitual analgèsics	4	1,7	9,6	**
Dependència AIVD	2,3	1,3	4	**
Nagelgerke x100	15,8			
$\chi^2_3$	32,1			***

*Dades ajustades per edat i sexe Numero de casos=255. OR :Odds Ratio. Nagelkerke: índex corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-70. Efecte de les diferents variables associades a presència d'incontinència urinària.*

Per tal de comprovar, que l'efecte del consum d'analgèsics sobre la incontinència no fos emmascarada per altres variables, s'ha ajustat el model per diferents patologies relacionades amb la pressa d'aquests, sense trobar variacions en el resultat final.

### **Restrenyiment**

La prevalença de restrenyiment és d'un 31,9%, sense d.s entre sexes de manera global, tan sols en el grup d'edat més jove (Gràfic V-31). Augmenta la freqüència amb els anys i és d'un 41% en els majors de 80 anys. Taules V- 71 i V-72.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No restrenyiment	184 (68,1)	81 (73,6)	103 (64,4)
Restrenyiment	86 (31,9)	29 (26,4)	57 (35,6)

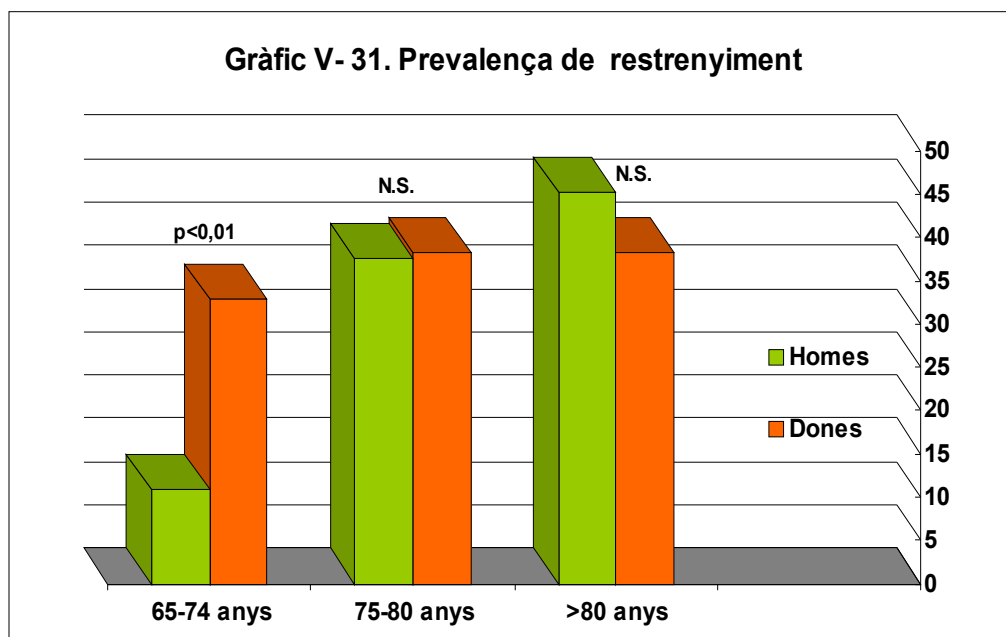
*p=NS*

*Taula V-71. Prevalença de restrenyiment, global i per sexes.*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
No restrenyiment	102 (76,1)	36 (62,1)	46 (59,0)
Restrenyiment	32 (23,9)	22 (37,9)	32 (41,0)

*p< 0,05*

*Taula -V-72 Prevalença de restrenyiment per grups d'edat*



Les variables associades a la presència de restrenyiment després d'ajustar-les per l'edat en l'anàlisi multivariant mitjançant regressió logística es mostren en la taula V- 73.

	OR	IC 95% de OR		p
Ingressos superiors 600 €/mes	2,5	1,3	4,7	**
Patologia osteoarticular	2,4	1,3	4,5	*
Depressió probable/establerta	2,8	1,1	7,3	*
Consum habitual benzodiacepines	2,4	1,2	4,7	*
Dependència AIVD	6,6	2,8	15,5	**
Nagelgerke x100	15,8			
$\chi^2_6$	68,1			***

Dades ajustades per edat.. Numero de casos=263. OR :Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 73. Efecte de les diferents variables associades a restrenyiment

Per tal de comprovar possibles factors de confusió, en l'associació de la patologia osteoarticular, s'ha ajustat el model també per la variable “exercici habitual”, no modificant-se l'efecte. També s'ha ajustat per la presència de depressió per valorar l'efecte de les benzodiacepines, sense que tampoc hagi variat l'efecte

**Malnutrició**

Mitjançant el test emprat: MNA (Mini Nutritional Assessment) podem valorar el risc i també la presència d'una malnutrició establerta. Donat el petit nombre de subjectes trobats en la categoria “malnutrició establerta” (3 homes i 2 dones), hem agrupat aquesta categoria a la de “risc de malnutrició” a l'hora d'estudiar les variables associades i també en l'anàlisi multivariant per facilitar l'anàlisi estadística.

Hem trobat valors del MNA suggestius de malnutrició en 1,8 % dels entrevistats, més en els homes que en les dones però no significativament. En situació de risc al 16,8% de les dones i al 9,1% dels homes. Taula V-74.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Malnutrició establerta	5 (1,8)	3 (2,7)	2 (1,2)
Risc de malnutrició	40 (14,8)	10 (9,1)	27 (16,8)
Bon estat nutricional	228 (84,4)	97 (88,2)	131 (81,9)

*p* = NS

Taula V-74. Distribució de malnutrició global i per sexes

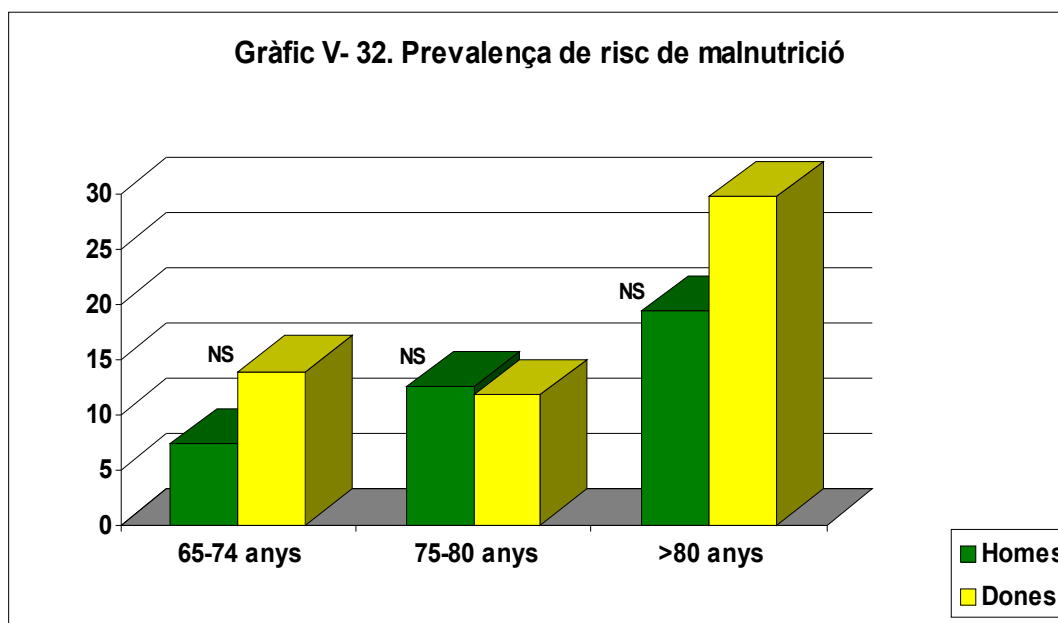
La freqüència d'aquesta síndrome augmenta amb l'edat de manera significativa. És del 5,1% en els majors de 80 anys. Taula V-75.

	<b>65-75 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Situació malnutrició		1 (1,7)	4 (5,1)
Risc Malnutrició	15 (11,2)	6 (10,3)	16 (20,5)
Bona situació nutricional	119 (88,8)	51 (87,9)	58 (74,4)

*p* < 0,05

Taula V-75. Distribució de malnutrició per grups d'edat.

Les diferències en la prevalença de malnutrició entre sexes, no ha estat significativa en cap dels grups d'edat. Gràfic V-32.



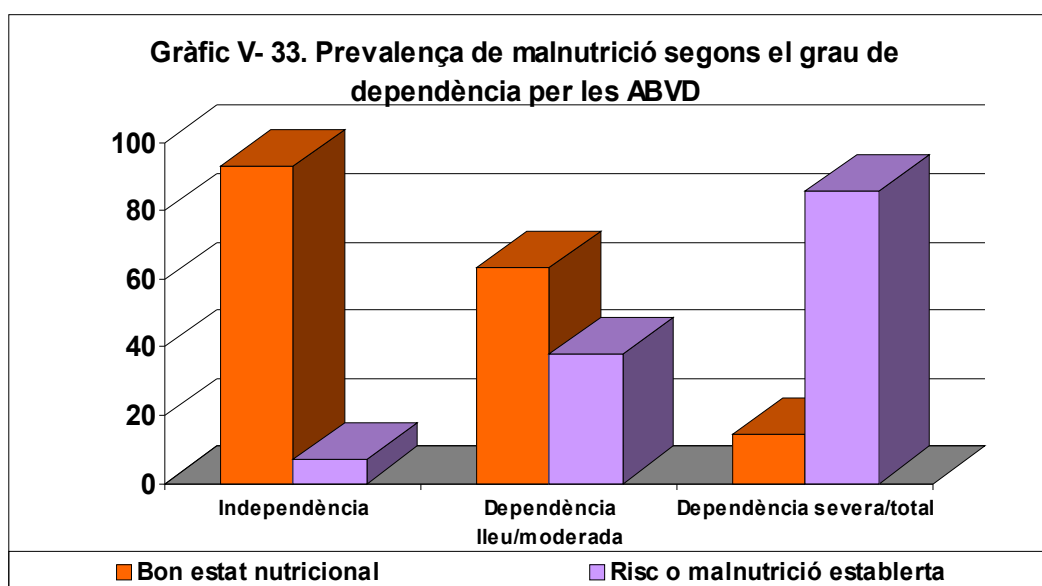
Al fer l'anàlisi de les associacions entre variables, hem descartat aquelles que estan incloses com a ítem en el MNA.

En l'anàlisi per regressió logística, tan sols la dependència per les ABVD ha resultat ser un factor independent, amb efecte sobre la presència de malnutrició, amb un risc de 8,8 vegades superior. Taula V-76.

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>	<i>p</i>
Dependència per ABVD	8,8	3      19,6	***
Nagelkerke x100	19,6		
$\chi^2_1$	27,8		***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=251. OR: Odds Ratio. IC 95%= Interval de confiança al 95%. de la OR. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-76. Efecte de la variable amb efecte sobre la presència de malnutrició.*



### Dèficit visual

En aquest apartat hem estudiat la valoració subjectiva del subjecte respecte la seva visió i objectivament, valorant el dèficit visual a través dels optotips.

Subjectivament un 31,8% dels homes i un 44,7% de les dones declaraven tenir problemes visuals, percentatge que augmenta amb l'edat i és del 60% en els majors de 80 anys. Les diferències trobades entre sexes i entre els diferents grups d'edat són estadísticament significatives. Taules V- 77 i V-78.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Tinc problemes visió	102 (39,4)	34 (31,8)	68 (44,7)
Tinc bona visió	157 (60,6)	73 (68,2)	87 (55,3)

$p < 0,05$

Taula V-77 Percepció subjectiva d'agudes visual, global i per sexes.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Tinc problemes visió	36 (27,1)	24 (42,9)	43 (60,0)
Tinc bona visió	97 (72,9)	32 (57,1)	31 (40,0)

$p < 0,001$

Taula V-78. Percepció subjectiva agudes visual per grups d'edat



L'anàlisi multivariant ajustat per edat i sexe, mostra que les variables associades a una millor percepció de l'agudeses visual han estat: l'edat, disminuint un 9% per cada any que passa, no haver patit més d'una caiguda i percebre de salut com millor que la dels altres. Taula V-78.

	<b>OR</b>	<b>IC95% de OR</b>		<b>p</b>
Edat	0,91	0,87	0,95	***
No més d'una caiguda darrer any	2,5	1,3	4,8	**
Percepció de salut "millor que els altres"				
Nagelkerke x 100	22,2			
$\chi^2_3$	46			***

Dades ajustades per edat i sexe. Numero de casos=256 OR=Odds Ratio. IC 95%= Interval de confiança al 95%. de la OR. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V-78. Efecte de les variables associades a bona percepció subjectiva de visió

Dels 259 entrevistats en els quals va ser valorable l'exploració amb optotips, un 19,2% presentaven dèficit visual. La prevalença augmenta significativament amb l'edat i es màxima en el grup de més de 80 anys (45,1%). Les taules V-79 i V-80, mostren la distribució de dèficit visual per sexe i grups d'edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Bona agudeses visual	211 (80,8)	92 (86,0)	119 (73,3)
Dèficit visual	50 (19,2)	15 (14,0)	35 (22,7)

p= NS

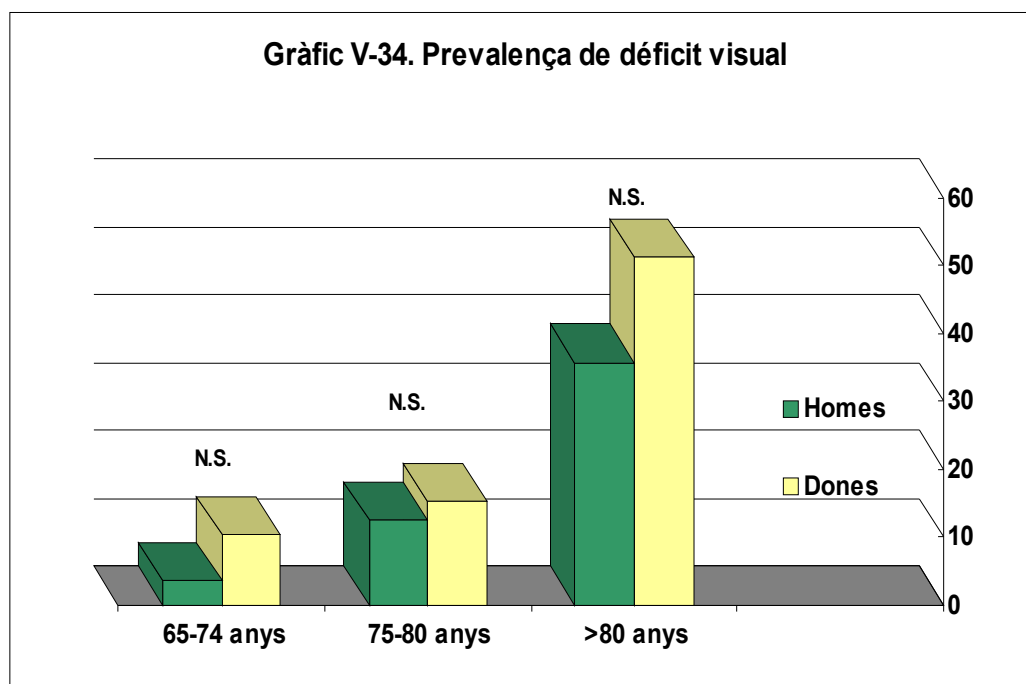
Taula V-79. Dèficit visual , global i per sexes.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Bona agudeses visual	123 (92,5)	49 (86,0)	39 (54,9)
Dèficit visual	10 (7,5)	8 (14,0)	32 (45,1)

P<0,001.

Taula V-80. Dèficit visual per grups d'edat

No hem trobat diferències significatives de dèficit visual, entre sexes, en cap dels grups d'edat. Gràfic V-34.



El 26,5% dels que tenien déficit visual, no ho percebien i el 64,7% dels que referien tenir problemes, tenien bona agudesia visual. La taula V-81 mostra la sensibilitat i especificitat de la pregunta subjectiva comparant-la amb el resultat dels optotips.

	<i>Dèficit visual objectiu</i>	<i>Bona agudesia visual</i>	<i>Total</i>
Tinc problemes visió	36 (73,5)	66 (31,4)	102
Tinc bona visió	13 (26,5)	144 (68,6)	157
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>210</b>	<b>259</b>

*Taula V-81. Relació entre l'agudesia visual i la percepció subjectiva. Percentatges per columna*

La validesa de la pregunta “vosté com creu que es la seva visió” és la següent: sensibilitat 73,5 %, especificitat 68,6 %, valor predictiu positiu 35,3% i un valor global del 69,5%.

El 20,5% dels subjectes amb déficit visual no porta cap tipus de correcció.

Variables associades a presentar déficit visual, en l'anàlisi multivariant han resultat ser: l'edat, amb un augment d'un 10 % per cada any que passa, pertànyer a les classes socials I,II,III, suposa un risc de 2,9 vegades més que les classes IV-V, estar diagnosticat de DM dona el triple de probabilitats, així com tenir algun grau de dependència per les ABVD amb un risc de 2,5 vegades superior. Taula V- 82

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>		<i>p</i>
Edat	1,1	1,1	1,2	***
Classes socials I, II, III	2,9	1,3	6,5	*
Tenir Diabetis Mellitus	3,4	1,5	7,8	**
Dependència per ABVD	2,5	1,1	5,8	**
Nagelkerke x 100	32,7			
$\chi^2_3$	59,6			***

Dades ajustades per edat. Numero de casos=256 OR= Odds Ratio. Nagekerke: index corregit de incertesa. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V- 82. Efecte de les variables associades a dèficit visual.

### Dèficit auditiu

També aquí valorarem la pèrdua subjectiva d'audició i la objectiva, que anomenarem hipoacusia, comprovada mitjançant el test del xiuxiueig.

La percepció subjectiva de pèrdua auditiva és similar en tots dos sexes i en els tres grups d'edat i és dona en un 37,2% dels entrevistats. Taules V- 83 i V- 84.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Tinc problemes d'audició	97 (37,2)	44 (40,7)	54 (34,6)
No tinc problemes d'audició	164 (62,8)	64 (59,3)	100 (65,4)

$p=NS$

Taula V-83. Percepció subjectiva d'agudesesa auditiva, global i per sexes.

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
Tinc problemes d'audició	47 (35,3)	22 (39,3)	28 (39,8)
No tinc problemes d'audició	86 (64,7)	34 (60,7)	44 (61,1)

$p=NS$

Taula V-84. Percepció subjectiva d'agudesesa auditiva, per grups d'edat.

No hem trobat associació entre la percepció subjectiva d'audició i cap de les variables estudiades.

La prevalença d'hipoacusia no mostra diferències entre sexes ni grups d'edat i afecta al 32,8%

dels entrevistats. El 12,3% dels homes i 17,0% de les dones tenen una hipoacusia severa, més important en el grup d'edat de 75-80 anys ( 28,6%). Taules V-85 i V-86.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Hipoacusia	87 (32,8)	34 (31,8)	55 (33,5)
No hipoacusia	178 (67,2)	73 (68,2)	105 (66,5)

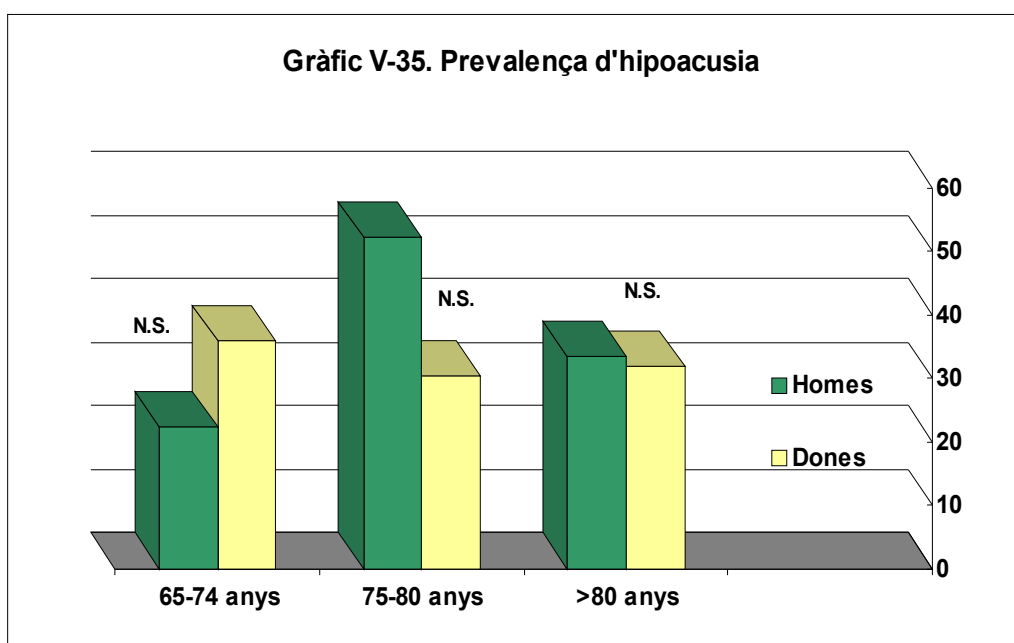
*p=N.S.*

Taula V-85 Distribució de la prevalença d'hipoacusia,, global i per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Hipoacusia	40 (30,3)	22 (39,3)	25 (32,5)
No hipoacusia	92 (69,7)	34 (60,7)	52 (67,5)

*p=N.S.*

Taula V-86. Distribució de la prevalença d'hipoacusia, per grups d'edat.



Tan sols el 41,0 % dels que presenten dèficit auditiu ho perceben, mentre que el 59,0 % de les pèrdues auditives, no són percebudes.

La sensibilitat doncs de preguntar sobre la audició té una sensibilitat, que en el nostre cas ha resultat ser del 41 % i una especificitat del 64,2 %, amb un valor predictiu positiu del 35,4 % i un valor global del 56,6 %.

	<i>Hipoacusia</i>	<i>No hipoacusia</i>	<i>Total</i>
Tinc problemes d'audició	34 (41)	62 (35,8)	96
No tinc problemes d'audició	49 (59)	111 (64,2)	160
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>173</b>	

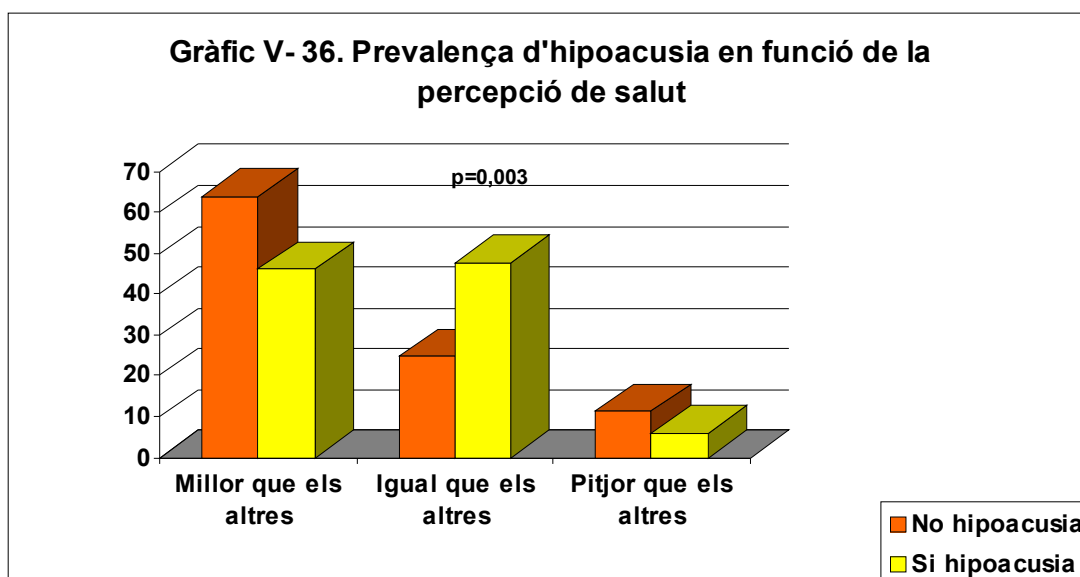
Taula-V-87. Relació entre dèficit auditiu objectiu i la percepció subjectiva (percentatge en parèntesi)

En la taula V-88 s'observa com l'únic factor associat a hipoacusia és tenir una percepció de salut pitjor que els altres.

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>	<i>p</i>
Salut “igual o pitjor que els altres”	2,2	1,3    3,7	***
Nagelkerke x 100	4,4		
$\chi^2_1$	8		**

Numero de casos=251. OR: Odds Ratio. Nagelkerke: índex corregit de incertesa. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V-88- Efecte de les variables associades a hipoacusia..



**Consum de fàrmacs**

El 85,6 % dels entrevistats prenen com a mínim un fàrmac de manera habitual. La mitjana de fàrmacs, entre els que en prenen algun, és de 3,4 en les dones i 3,7 en els homes. Les diferències entre sexes i grups d'edat no han estat significatives.

La majoria (43,3%) estaven prenent 1-2 fàrmacs. Un 26,2% prenen més de quatre i un 14,4% no en prenia cap. No hem trobat d.s. entre sexe ni entre els grups d'edat. Taules V-89 i V-90.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Cap fàrmac	39 (14,4)	18 (16,4)	23 (13,1)
1- 4 fàrmacs	161 (59,5)	66 (60,0)	96 (60,1)
Més de 4 fàrmacs	70 (26,2)	26 (23,6)	43 (26,8)

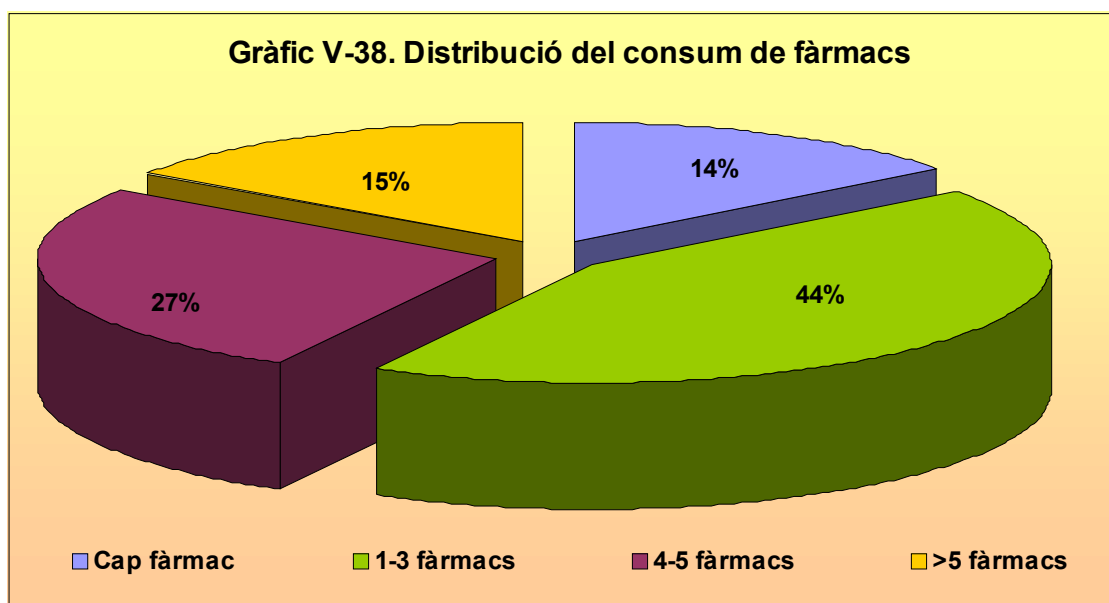
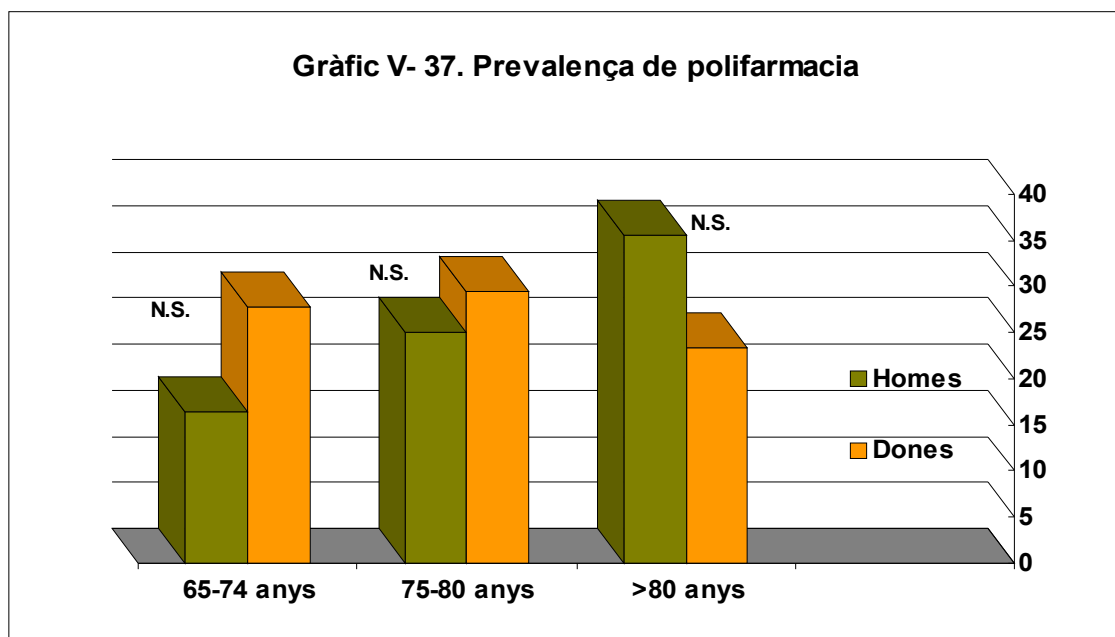
*p=N.S.*

*Taula V-89. Distribució del consum de fàrmacs global i per sexe*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>
Cap fàrmac	28 (20,9)	4 (6,9)	7 (9,0)
1- 4 fàrmacs	75 (55,9)	38 (65,5)	49 (62,8)
Més de 4 fàrmacs	31 (23,2)	16 (27,6)	22 (28,2)

*p=N.S.*

*Taula V-90. Distribució del consum de fàrmacs per grups d'edat*



El grups farmacològics més consumits són: els antihipertensius, en tots dos sexes i grups d'edat, seguit de les benzodiacepines en dones i del antiagregants/anticoagulants en homes. En les taules V-91 i V-92, es mostren els fàrmacs consumits, el percentatge de subjectes que els prenen i les diferències entre sexes i grups d'edat.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>	<i>p</i>
Antihipertensius	133 (49,3)	53 (48,6)	80 (49,7)	NS
Benzodiacepines	76 (28,1)	19 (17,4)	57 (35,4)	***
Fàrmacs amb VIF nul	62 (23,0)	25 (22,9)	37 (23,0)	NS
Antiagreg/coagulants	58 (21,5)	28 (25,7)	30 (18,6)	NS
Estatines i fibrats	39 (14,4)	15 (13,8)	24 (14,9)	NS
Analgèsics	36 (13,3)	11 (10,1)	25 (15,5)	NS
Antidiabètics	36 (13,3)	12 (11,0)	24 (14,9)	NS
Antiulcerosos gàstrics	32 (11,9)	11 (10,1)	21 (13,0)	NS
Antiresortius ossis	20 (7,4)	1 (0,9)	19 (11,8)	***
Nefrourològics	21 (7,8)	18 (16,5)	3 (1,9)	***
Anàlegs LHR	7 (2,6)	6 (5,5)	1 (0,6)	*

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V- 91 Prevalença de consum dels principals grups farmacològics, global i per sexes

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt;80 anys (%)</i>	<i>p</i>
Antihipertensius	62 (46,3)	28 (48,3)	43 (55,1)	NS
Benzodiacepines	27 (20,1)	24 (41,4)	25 (32,1)	**
Fàrmacs amb VIF nul	25 (18,7)	13 (22,4)	24 (30,8)	NS
Antiagreg/coagulants	21 (15,7)	14 (24,1)	23 (29,5)	*
Estatines i fibrats	25 (18,7)	7 (12,1)	7 (9,0)	NS
Analgèsics	15 (11,2)	13 (22,4)	8 (10,3)	NS
Antidiabètics	19 (14,2)	7 (12,1)	10 (12,8)	NS
Antiulcerosos gàstrics	15 (11,2)	9 (15,5)	8 (10,3)	NS

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V-92 Prevalença de consum dels principals grups farmacològics per grups d'edat

L'anàlisi per equips assistencials, reformats o no, no mostra diferències en quant al nombre de fàrmacs consumits ni en la freqüència de cada grup farmacològic.

Variables associades a polifarmàcia són: presència d'HTA i cardiopatia, haver patit més d'una caiguda, tenir un recolzament social insuficient i haver estat ingressat l'hospital en el darrer any. La taula V- 93 mostra els resultats de l'anàlisi multivariant analitzant l'efecte d'aquests factors sobre el consum de fàrmacs



	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Diagnòstic d'hipertensió arterial	2,4	1,2	4,7	*
Diagnòstic de cardiopatia	4,7	2,4	9,3	***
Més d'una caiguda darrer any	2,5	1,2	5,1	*
Recolzament social subjectiu insuficient	2,2	1,1	4,5	*
Ingrés hospitalari el darrer any	3,7	1,8	7,5	***
Nagelkerke x 100	31			
$\chi^2_5$	59,8			***

Numero de casos=256. OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V- 93. Efecte de les variables associades a polifarmàcia

En relació a les habilitats dels entrevistats en el consum de fàrmacs, un 57,9%, coneixen el nom dels fàrmacs que prenen, en menor proporció els majors de 80 anys (38,9%). El 79,4% saben perquè serveixen i el 95,3% fan una posologia correcta. No hem trobat d.s entre sexes, però si en els diferents grups d'edat. Taules V-94 i V-95

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>	<b>p</b>
No coneix el nom	98 (42,1)	37 (40,2)	61 (43,3)	NS
No coneix la utilitat	48 (20,6)	21 (22,8)	27 (19,1)	NS
No posologia correcta	11 (4,7)	2 (2,2)	9 (6,4)	NS

Taula V-94. Distribució d'habilitats en el consum farmacològic, global i per sexes.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys (%)</b>	<b>p</b>
No coneix el nom	30 (28,0)	24 (44,4)	44 (61,1)	***
No coneix la utilitat	8 (7,5)	13 (24,1)	27 (37,5)	***
No posologia correcta	2 (1,9)	3 (5,6)	6 (8,3)	NS

\*\*\* $p < 0,001$

Taula V-95. Distribució d'habilitats en el consum farmacològic per grups d'edat.

En el model escollit de regressió logística, per valorar l'efecte de les variables independents sobre el coneixement dels fàrmacs consumits, després d'ajustar-lo per l'edat, s'observa que el nivell d'estudis, l'equip assistencial reformat, l'absència d'incontinència urinària, no dèficit visual i la independència per les ABVD, són factors predictors de conèixer els fàrmacs que es consumeixen. Taula V-96.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Tenir estudis secundaris/superiors	5,9	1,8	19,7	**
Equip assistencial amb metge reformat	2,5	1,3	4,7	**
No tenir incontinència urinària	2,1	1,1	3,8	*
No tenir dèficit visual	2,3	1	5,5	*
Independència per ABVD	2,6	1,1	6	**
Nagelkerke x 100	26			
$\chi^2_5$	45,7			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=215 OR:Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-96. Efecte de les variables associades a conèixer els fàrmacs consumits*

Analitzat les variables amb efecte sobre conèixer la utilitat dels fàrmacs consumits, després d'ajustar-les per l'edat, persisteixen el pertànyer a un equip reformat i la independència per les ABVD, desapareix la relació amb el nivell d'estudis i apareix la relació amb el deteriorament cognitiu. Taula V-97

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Equip assistencial amb metge reformat	3,7	1,5	9,3	*
No tenir deteriorament cognitiu	3,8	2,8	27,5	***
Independència per ABVD	3,7	1,5	9,3	**
Nagelkerke x 100	31,6			
$\chi^2_5$	47,5			***

*Dades ajustades per edat . Numero de casos=224 OR: Odds Ratio. Nagekerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-96. Efecte de les variables associades a conèixer la utilitat dels fàrmacs consumits*

Una gran majoria (95,3%) fan la posologia correctament, sense d.s entre sexe ni grups d'edat. No hem trobat cap variable independent associada, al realitzar l'anàlisi multivariant.

La mitjana de valor intrínsec farmacològic (VIF), dels medicaments consumits és del 88,4% (DE 24,3) en homes i de 91,0% (DE 17,6) en les dones. Més baix en el grup de més edat. Les taules V-98 i V-99 mostren aquests resultats.

	<i><b>Total</b></i>	<i><b>Homes</b></i>	<i><b>Dones</b></i>
Mitjana	90,0	88,4	91,0
DE	20,5	24,3	17,5
IC al 95%	87,3 - 92,6	83,3 - 97,4	88,0 - 93,9

*p=N.S.*

*Taula V-98. Distribució de la mitjana del VIF dels fàrmacs consumits, global i per sexes.*

	<i><b>65-74 anys</b></i>	<i><b>75-80 anys</b></i>	<i><b>&gt;80 anys</b></i>
Mitjana	89,8	92,9	87,9
DE	20,6	15,7	23,5
IC al 95%	85,9 - 93,8	88,6 - 97,2	82,2 - 93,5

*p=N.S.*

*Taula V-99. Distribució de la mitjana del VIF dels fàrmacs consumits per grups d'edat*

Tan sols hem trobat relació significativa ( $p=0,018$ ), entre la mitjana del VIF del fàrmacs consumits i tenir més de 3 patologies cròniques diagnosticades. En l'anàlisi multivariant, no hem trobat cap variable independent amb efecte.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>	<i>p</i>
Caigudes	108 (40,0)	38 (34,5)	70 (43,8)	**
Incontinència urinària	123 (45,6)	35 (32,1)	88 (54,7)	**
Restrenyiment	86 (31,9)	29 (26,4)	57 (35,6)	NS
Risc de malnutrició	45 (16,6)	13 (11,8)	29 (18,0)	NS
Dèficit visual	50 (19,2)	15 (14,0)	35 (22,7)	NS
Hipoacusia	87 (32,8)	34 (31,8)	53 (33,5)	NS
Depressió	31 (11,7)	7 (6,4)	24 (15,5)	*
Deteriorament cognitiu	27 (10,0)	11 (9,9)	16 (10,0)	NS
Polifarmàcia	70 (26,2)	26 (23,6)	43 (26,8)	NS

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Taula V- 100. RESUM de la prevalença de les diferents síndromes geriàtriques distribuïdes per sexe.*

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt;80 anys (%)</i>	<i>p</i>
Caigudes	52 (38,8)	26 (44,8)	30 (38,5)	NS
Incontinència urinària	53 (39,6)	29 (48,2)	42 (53,9)	**
Restrenyiment	32 (23,9)	22 (37,9)	32 (41,0)	*
Risc de malnutrició	15 (11,2)	7 (12,1)	20 (25,7)	*
Dèficit visual	10 (7,5)	8 (14,0)	32 (45,1)	***
Hipoacusia	40 (30,3)	22 (39,3)	25 (32,5)	NS
Depressió	13 (9,8)	6 (10,7)	12 (16,0)	NS
Deteriorament cognitiu	3 (2,2)	8 (14,0)	16 (20,5)	***
Polifarmàcia	31 (23,1)	16 (27,6)	22 (28,2)	NS

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Taula V- 101. RESUM de la prevalença de les diferents síndromes geriàtriques distribuïdes per grups d'edat.*

**V-4-2. Avaluació mental**

***Deteriorament cognitiu***

Un 10 % dels entrevistats, tenen algun grau de deteriorament cognitiu, sense d.s entre sexes i amb major prevalença en els grups de més edat (20,5% en majors de 80 anys). Taules V-102 i V-103.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No deteriorament	242 (90,0)	98 (89,9)	144 (90,0)
Deteriorament lleu	14 (5,2)	7 (6,4)	7 (4,4)
Deteriorament moderat	7 (2,6)	3 (2,8)	4 (2,5)
Deteriorament sever	6 (2,2)	1 (0,9)	5 (3,1)

*p=NS*

*Taula V-102 Distribució del deteriorament cognitiu global i per sexes*

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
No deteriorament	131 (97,8)	49 (86,0)	62 (79,5)
Deteriorament lleu	2 (1,5)	6 (10,5)	6 (7,7)
Deteriorament moderat		2 (3,5)	5 (6,4)
Deteriorament sever	1 (0,7)		5 (6,4)

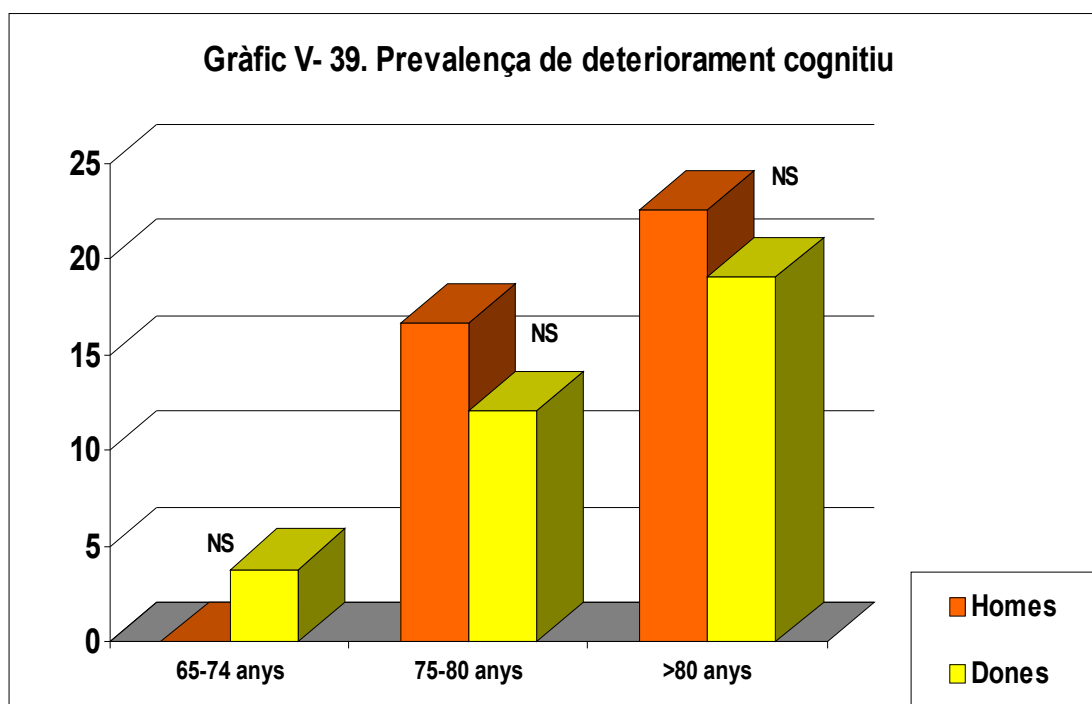
*p<0,000*

*Taula V-103. Distribució del deteriorament cognitiu per grups d'edat.*

Un 51,9 % tenen un deteriorament cognitiu lleu, moderat un 25,9 % i greu un 22,2 %. Dels pacients amb el test de Pfeiffer alterat, un 70,4% no tenien diagnòstic previ de deteriorament registrat en la història clínica. És en el grup amb deteriorament moderat on el diagnòstic previ constava amb més freqüència (57,1%). Taula V-104

	<b>Lleu (%)</b>	<b>Moderat (%)</b>	<b>Greu (%)</b>
No diagnòstic previ	12 (85,7)	3 (42,9)	4 (66,7)
Si diagnòstic previ	2 (14,3)	4 (57,1)	2 (33,3)

*Taula V-104. Freqüència del registre de deteriorament cognitiu*



En l'anàlisi multivariant, gairebé totes les variables associades a deteriorament desapareixen al ajustar el model per l'edat, de manera que tan sols aquesta i tenir algun grau de dependència per les AIVD són variables predictores de deteriorament cognitiu. Taula V-105.

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>		<i>p</i>
Edat	1,1	1,0	1,2	**
Dependència per AIVD	3,7	1,1	12,4	**
Nagelkerke x 100	24,9			
$\chi^2$	30,4			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=264. OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V- 105. Efecte de les variables associades a deteriorament cognitiu*

### **Depressió**

Hem trobat 10 dones (6,5%) i 2 homes (1,8%) que compleixen criteris de depressió establert. Per facilitar l'anàlisi estadístic, donat el petit nombre de subjectes en aquesta categoria hem agrupat aquesta amb la de probable depressió.

La prevalença de depressió probable/establerta entre els entrevistats, ha estat del 11,7% (6,4

% en homes i 15,5 % en dones), augmentant amb l'edat tot i que no significativament. Taules V-106 i V-107.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
No depressió	233 (88,3)	102 (93,6)	131 (84,5)
Depressió probable /establerta	31 (11,7)	7 (6,4)	24 (15,5)

$p < 0,05$

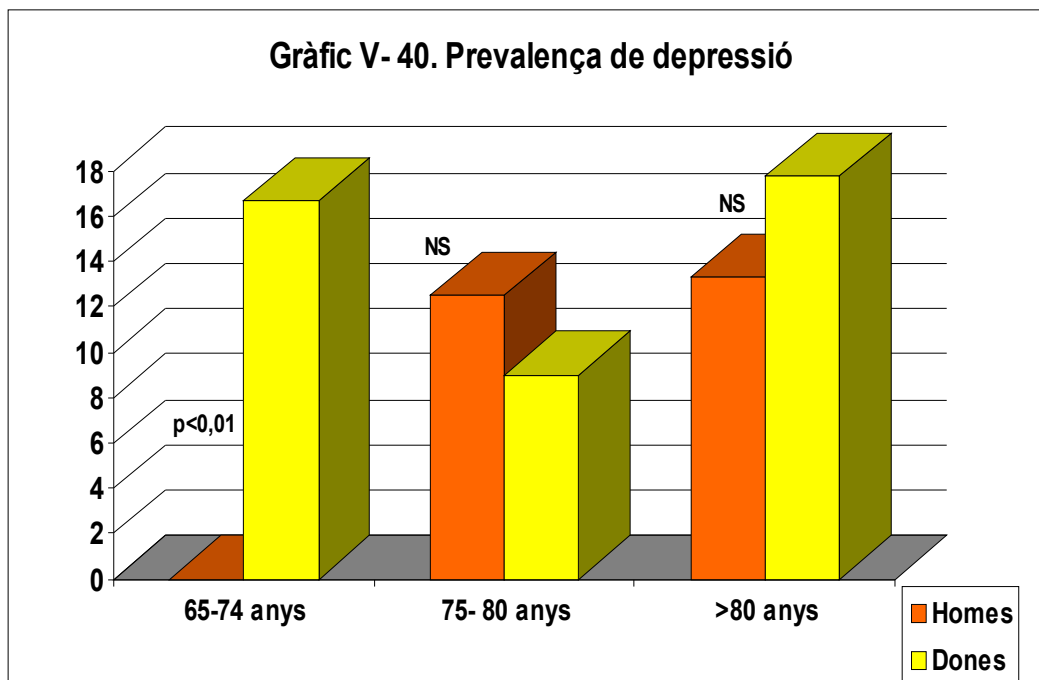
Taula V-106. Distribució de depressió, global i per sexes

	<i>65-74 anys (%)</i>	<i>75-80 anys (%)</i>	<i>&gt; 80 anys (%)</i>
No depressió	120 (90,2)	50 (89,3)	63 (84,0)
Depressió probable /establerta	13 (9,8)	6 (10,7)	12 (16,0)

$p = NS$

Taula V-107 Distribució de depressió per grups d'edat.

Per sexes tan sols hem trobat d.s en la prevalença de depressió en el grup de 65-74 anys.



Dels 31 entrevistats amb sospita de depressió, un 54,8% dels casos no constava cap dada en la seva història clínica, un 6,5% tenien el diagnòstic d'ansietat generalitzada i 35,5% tenien el

diagnostic de depressió registrat.

En l'anàlisi multivariant, ajustat per sexe, consumir habitualment benzodiacepines, tenir recolzament social nul o insuficient i algun grau de dependència per les AIVD, són factors de risc predictors de depressió.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Consum habitual benzodiacepines	6,4	2,4	17,1	***
Dependència AIVD	4,1	1,6	10,8	**
Recolzament social nul/insuficient	5	1,8	13,7	**
Nagelkerke x 100	36,7			
$\chi^2_4$	52			***

*Dades ajustades per sexe. Numero de casos=256 . OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. . \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-108. Efecte de les variables associades a depressió*

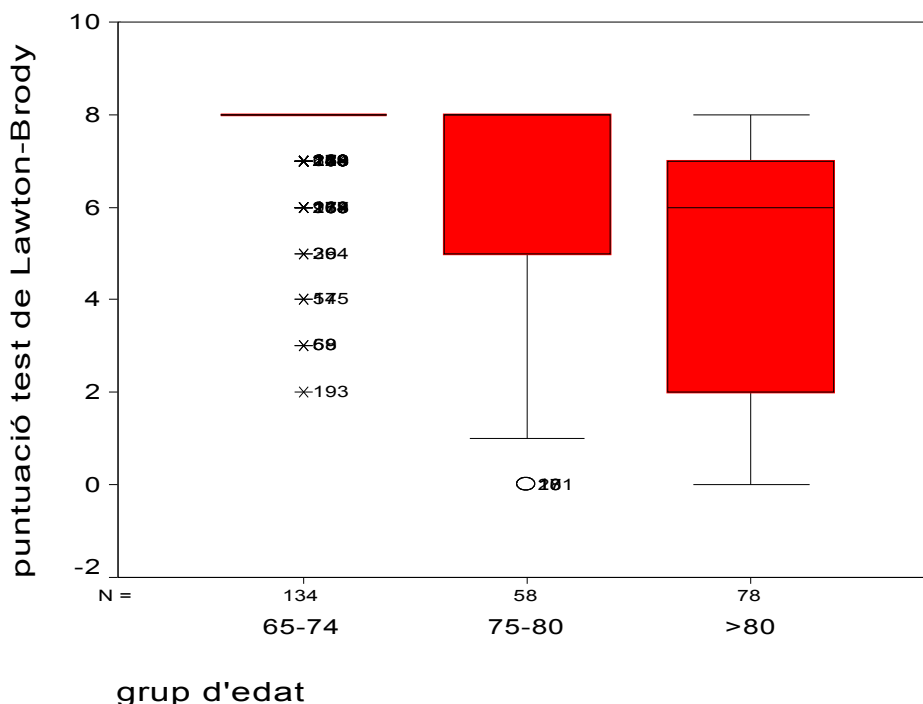


### V-4-3. Avaluació funcional

En aquest apartat, s'estudia la capacitat per realitzar les activitats complexes de la vida diària i també les bàsiques. També es valora l'estat de la marxa i l'equilibri, com a variables relacionades directament amb la funcionalitat. S'ha valorat la associació d'aquestes amb altres variables, excloents aquelles que d'alguna manera formen part del test de mesura.

#### *Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD)*

La mitjana de puntuació en el test de Lawton-Brody és de 6,6 (EE=0,42) en les dones i de 4,2 (EE= 0,24) en les homes. Entre els grups d'edat les diferències són importants, amb una mitjana de 7,6 (EE=0,09) en els més joves i de 4,9 (EE=0,32) en el grup de més edat.



Gràfic V-41. Distribució de la puntuació del test de Lawton i Brody en les diferents grups d'edat.

Entre els entrevistats un 65,6% de les dones i un 50,9% dels homes, són autònoms per les AIVD. Necessiten algun tipus d'ajut un 24,8% i en un 15,6% la dependència és gairebé total. El percentatge de dependents, augmenta en els homes i en els grups de més edat (75,6% en els majors de 80 anys). Taules V- 109 i V-110

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
Autònom	161 (59,6)	56 (50,9)	105 (65,6)
Necessita ajut	67 (24,8)	36 (32,7)	31 (19,4)
Dependent	42 (15,6)	18 (16,4)	24 (15,0)

$p < 0,05$

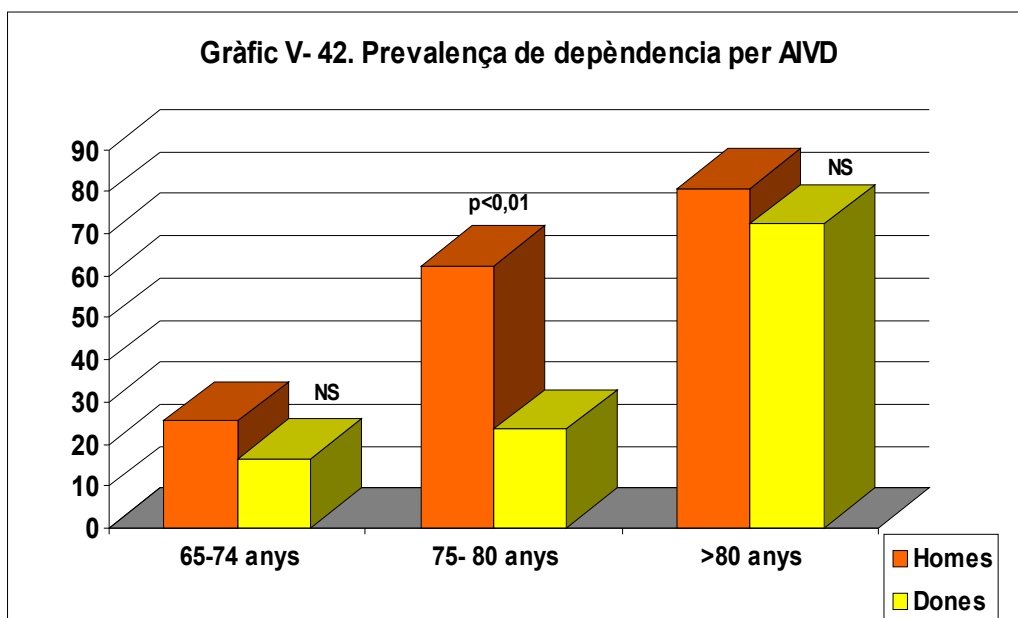
Taula V-109. Distribució de la capacitat per les AIVD, global i per sexe.

	<i>65-74 anys</i>	<i>75-80 anys</i>	<i>&gt; 80 anys</i>
Autònoma	107 (79,9)	35 (60,3)	19 (24,4)
Necessita ajut	22 (16,4)	13 (22,4)	32 (41,0)
Dependent	5 (3,7)	10 (17,2)	27 (34,6)

$p < 0,001$

Taula V-110. Distribució de la capacitat per les AIVD per grups d'edat

Analitzant els diferents grups d'edat, s'observa que són els homes els que amb més freqüència presenten incapacitat per les AIVD, però tan sol significativament en el grup de 75-80 anys.



Hem observat que un 4,8 % dels dependents per les AIVD i un 17,9 % dels que necessiten algun ajut viuen sols.

Nombroses variables estan associades a dependència per AIVD, però després de l'anàlisi multivariant destaca que el sexe i l'edat són les variables amb major efecte. El sexe masculí presenta un risc de dependència gairebé de 7 vegades superior a les dones i el pas d'un any dona un 20% més de probabilitat de tenir algun grau de dependència. Tenir depressió, haver patit més d'una caiguda i tenir alteracions de la marxa i l'equilibri són també factors de risc.

Taula V-111

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Sexe masculí	6,8	3,9	15,5	***
Edat	1,2	1,1	1,3	***
Depressió probable/establerta	4	1,3	12,2	*
Més d'una caiguda darrer any	3,5	1,5	7,9	**
Equilibri alterat	2,8	1,2	6,7	*
Marxa alterada	7	1,7	29	**
Nagelkerke x 100	51,5			
$\chi^2_8$	124			***

Dades ajustades per edat i sexe. Numero de casos=261 OR: Odds Ratio. Nagekerke: index corregit de incertesa. \*p< 0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

Taula V- 111. Efecte de les variables associades a algun grau de dependència per les AIVD

### Activitats bàsiques de la vida diària ( ABVD)

La mitjana de puntuació obtinguda en el test de Barthel, de 94,2 (92,2-96,1), no ha mostrat d.s. entre homes (94,4) i dones (94,0), però si en el grup de més edat (85,2), respecte als de 65-74 anys (98,5) i els de 75-80 anys (96,1) (p=0,000)

Són dependents per realitzar alguna activitat de la vida diària un 20,8% dels entrevistats. El 15,6 % presenten una dependència lleu/moderada i 5,2% severa/total. Aquesta situació no té diferències entre sexes, però si per grups d'edat. Taules V-112 i V-113

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Independent	214 (79,2)	90 (81,8)	124 (77,5)
Dependència lleu/moderada	42 (15,6)	14 (12,7)	28 (17,5)
Dependència severa/total	14 (5,2)	6 (5,5)	8 (5,0)

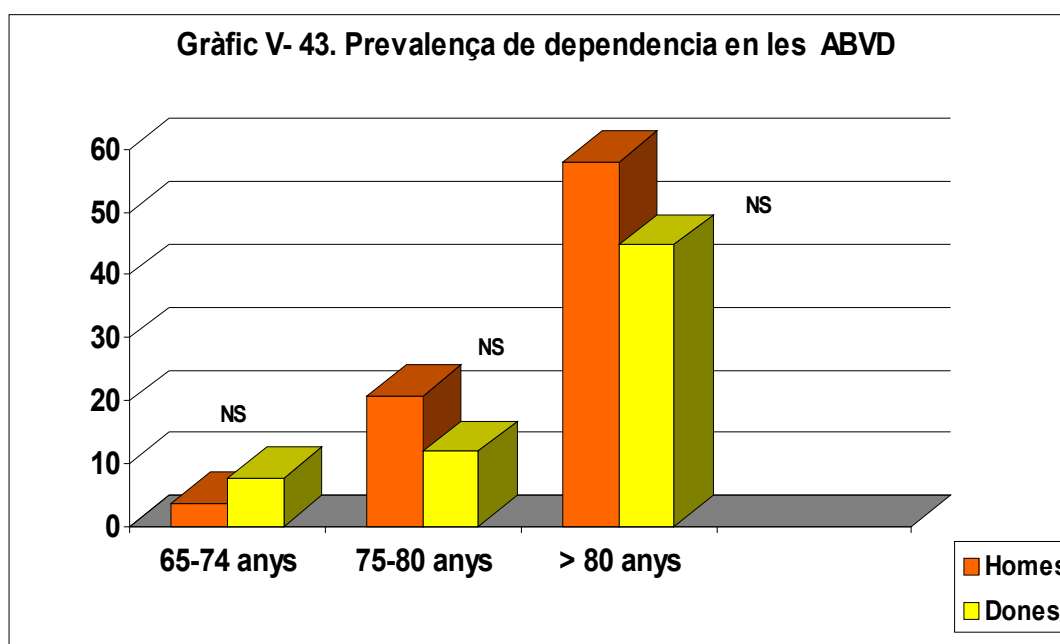
p=NS

Taula V-112. Distribució de la capacitat per les ABVD, global i per sexe.

	65-74 anys	75-80 anys	> 80 anys
Independent	126 (94,0)	49 (84,5)	39 (50,0)
Dependència lleu/moderada	7 (5,2)	8 (13,8)	27 (34,6)
Dependència severa/total	1 (0,7)	1 (1,7)	12 (15,4)

$p < 0,001$

Taula V- 113. Distribució de la capacitat per les ABVD per grups d'edat.



Les variables amb efecte predictor per la dependència en les ABVD són: l'edat, que al augmentar un any, augmenta el risc un 20%, risc de malnutrició, alteració de l'equilibri i dependència per les AIVD. Es pot observar que aquesta darrera és la que presenta un efecte predictor més gran, ser dependent per les AIVD té un risc 80 vegades superior per ser dependent per les ABVD.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Edat	1,2	1,1	1,3	***
Risc/malnutrició establerta	8,3	2,2	31	**
Dependència per AIVD	81	10	640	***
Equilibri alterat	17,1	5,3	55	***
Nagelkerke x 100	70,1			
$\chi^2_3$	148,5			***

Dades ajustades per edat . Numero de casos=263. OR: Odds Ratio. Nagekerke: index corregit de incertesa. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V- 114. Efecte de les variables associades a dependència ABVD

### Estat de l'equilibri

El 36,7% dels entrevistats tenen alteració de l'equilibri, de manera significativa més en les dones i els de major edat. Taules V- 115 i V-116

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Equilibri alterat	99 (36,7)	27 (24,5)	72 (45,0)
Equilibri conservat	171 (66,3)	83 (75,5)	88 (55,0)

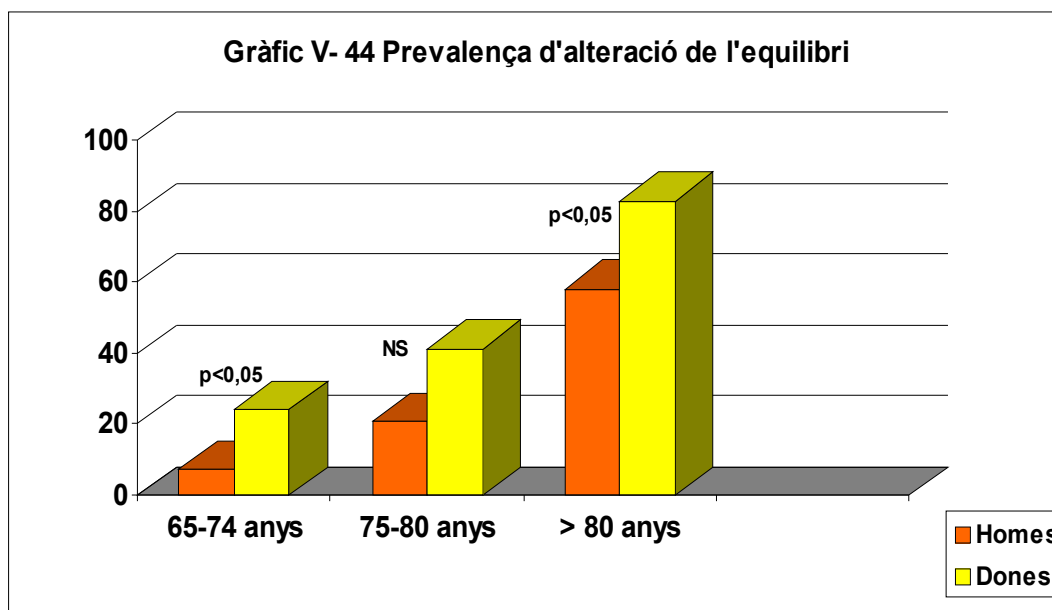
$p < 0,01$

Taula V-115 Distribució de les alteracions de l'equilibri, global i per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80anys (%)</b>
Equilibri alterat	23 (17,2)	19 (32,8)	57 (73,1)
Equilibri conservat	111 (82,8)	39 (67,29)	21 (26,9)

$p < 0,001$

Taula V-116. Distribució de les alteracions de l'equilibri per grups d'edat.



L'anàlisi per regressió logística, mostra que l'edat és una variable predictora de alteració de l'equilibri, augmentant cada any que passa un 20% la probabilitat. Ser dona té 3 vegades més probabilitat. Després d'ajustar la resta de variables per edat i sexe, tenir patologia neurològica té entre 3 i 16 vegades més probabilitats d'alteració de l'equilibri i tenir depressió i prendre analgèsics dona un risc de 5 i 3 vegades superior, respectivament. Taula V-117.

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>		<i>p</i>
Edat	1,2	1,1	1,3	***
Sexe femení	3,5	1,6	6,9	**
Patologia neurològica	6,7	2,9	15,8	***
Consum habitual analgèsics	3,2	1,3	7,9	*
Depressió probable/establerta	5,4	1,9	14,9	**
Nagelkerke x 100	48,6			
$\chi^2_5$	110,6			***

Dades ajustades per edat i sexe. Numero de casos=256 OR: Odds Ratio. . Nagekerke: index corregit de incertesa. . \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 117. Efecte de les variables associades a alteració de l'equilibri

### Estat de la marxa

Tenen una marxa alterada un 14,1% dels entrevistats, sense d.s entre sexes. Augmenta la

prevalença en els grups de més edat i ho fa de manera significativa. Les taules V-118 i V-119, mostren la distribució de l'estat de la marxa per sexe i grups d'edat.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Marxa alterada	38 (14,1)	14 (12,7)	24 (15,0)
Marxa conservada	232 (85,9)	96 (87,3)	136 (85,0)

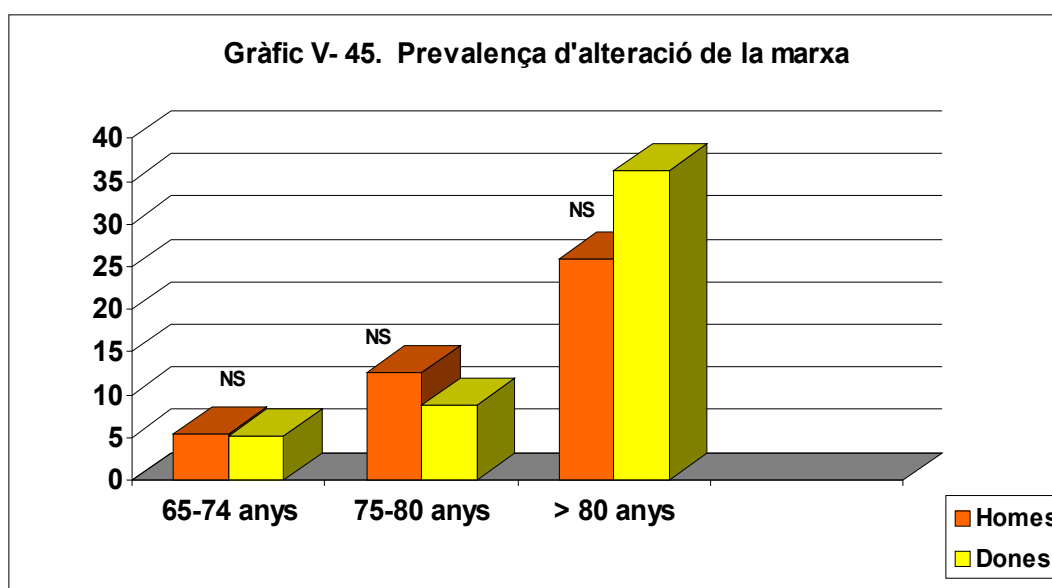
*p=NS*

Taula V-118. Distribució de les alteracions en la marxa, global i per sexe.

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80anys (%)</b>
Marxa alterada	7 (5,2)	6 (10,3)	25 (32,1)
Marxa conservada	127 (94,8)	52 (89,7)	53 (67,9)

*p<0,001*

Taula V-119. Distribució de les alteracions en la marxa per grups d'edat.



Mitjançant l'anàlisi per regressió logística, s'observa que l'edat és un factor de risc per alteració de la marxa, augmentant entre un 10- 20% per cada any que passa. Després d'ajustar la resta de variables per l'edat, el tenir patologia neurològica té una probabilitat 7 vegades superior, 5 vegades en el cas de prendre habitualment AINES i 3 en el cas de les BZD. Taula V-120.

	<i>OR</i>	<i>IC 95% de OR</i>		<i>p</i>
Edat	1,16	1,08	1,2	***
Patologia neurològica	7,4	2,8	19,2	***
Consum habitual antiinflamatoris	5,3	1,8	15	**
Consum habitual benzodiacepines	3,2	1,3	7,7	**
Nagelkerke x 100	38,5			
$\chi^2_5$	60,1			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=263. OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. . \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V- 120. Efecte de les variables associades a alteració de la marxa*

Hem comprovat que la pressa d'AINES, no està associada ni amb el diagnostic, ni amb la percepció subjectiva de patologia osteoarticular, com tampoc amb la resta de variables de funcionalitat. El consum de benzodiacepines, en canvi, si ho està amb la dependència per AIVD i ABVD.

Al ajustar l'anàlisi multivariant, per la presència de patologia osteoarticular, persisteix la toma d'AINES com a factor de risc independent per alteracions de la marxa.



#### V-4-4. Avaluació social

En aquest apartat, fem una anàlisi de la situació social de l'entrevistat, des de el punt de vista subjectiu i de manera objectiva a través de la valoració de risc social, amb la escala socio-familiar de Gijon. També s'analitzen les característiques de l'habitatge.

##### *Recolzament social subjectiu*

L'apreciació subjectiva per part dels entrevistats, del suport que reben a nivell socio-familiar és positiu. Un 83,8 %, refereixen tenir gairebé sempre suport, un 81,9% tenen qui els cuidi en cas de malaltia i un 70,4% tenen amb qui sortir a divertir-se.

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
<b><i>Tinc suport quan ho necessito (p=0,000)</i></b>			
Gairebé mai	11 (5,4)	2 (1,9)	12 (7,8)
De vegades	28 (10,8)	3 (2,8)	25 (16,3)
Gairebé sempre	218 (83,8)	102 (95,3)	116 (75,8)
<b><i>En tenen cura de mi quan estic malalt/a (p=0,000)</i></b>			
Gairebé mai	12 (4,6)	2 (1,9)	10 (6,5)
De vegades	35 (13,5)	2 (1,9)	33 (21,6)
Gairebé sempre	213 (81,9)	103 (96,3)	110 (71,9)
<b><i>Tinc amb qui sortir i divertir-me (p=0,000)</i></b>			
Gairebé mai	39 (15,0)	6 (5,6)	33 (21,6)
De vegades	38 (14,69)	10 (9,3)	28 (18,3)
Gairebé sempre	183 (70,4)	91 (85,0)	92 (60,1)

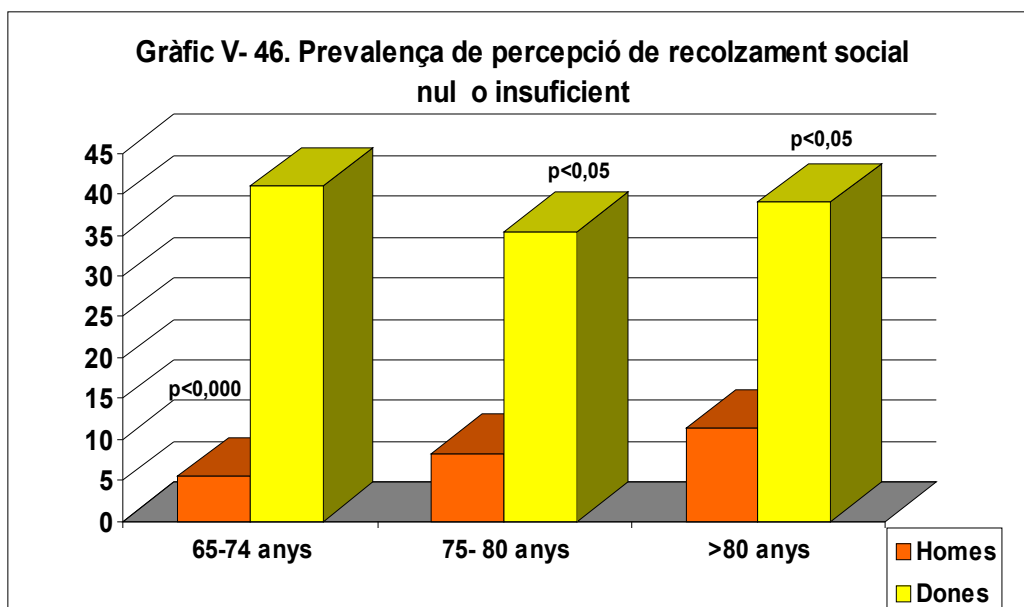
Taula V-121 Percepció subjectiva del suport socio-familiar, global i per sexe.

	65-74 anys (%)	75-80 anys (%)	>80 anys (%)
<b>Tinc suport quan no necessito (p=N.S.)</b>			
Gairebé mai	7 (5,3)	3 (5,4)	4 (5,6)
De vegades	14 (10,5)	5 (8,9)	9 (12,7)
Gairebé sempre	112 (84,2)	45 (85,7)	58 (81,7)
<b>En tenen cura de mi quan estic malalt/a (p=N.S.)</b>			
Gairebé mai	7 (5,3)	3 (5,4)	2 (2,8)
De vegades	23 (17,3)	6 (10,7)	6 (8,5)
Gairebé sempre	103 (77,4)	47 (83,9)	63 (88,7)
<b>Tinc amb qui sortir i divertir-me (p=N.S.)</b>			
Gairebé mai	15 (11,3)	10 (17,9)	14 (19,7)
De vegades	20 (15,0)	7 (12,5)	11 (15,5)
Gairebé sempre	98 (73,3)	39 (69,6)	46 (64,8)

Taula V-122. Percepció subjectiva del suport socio-familiar, global per grups d'edat

Les dones perceben significativament menys suport que els homes, en tots els grups d'edat.

Gràfic V-46.



En l'anàlisi multivariant les variables associades de manera més important a una millor percepció de recolzament social són: ser home, nivell d'estudis secundaris/superiors, nombre de patologies cròniques i no existència de depressió. La taula V- 123 mostra l'efecte d'aquestes variables sobre la percepció de recolzament social.

	<b>OR</b>	<b>IC 95% de OR</b>		<b>p</b>
Sexe masculí	5,5	2,3	13	***
Estudis secundaris/superiors	4,6	1,2	17	*
Ingressos econòmics > a 600 € / mes	2,7	1,3	5,7	*
Menys de 3 patologies cròniques	5,3	1,1	25	*
Exercici físic habitual	3,8	1,8	7,9	***
No tenir depressió probable/establerta	7,3	2,6	20	***
Número consultes mèdiques	0,91	0,84	0,98	*
Nagelkerke x 100	41,2			
$\chi^2_5$	83,6			***

*Dades ajustades per sexe. Numero de casos=251. OR: Odds Ratio. Nagelkerke: index corregit de incertesa. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-123 Efecte de les variables associades a la percepció de bon recolzament social.*

### ***Avaluació dels risc socio-familiar***

Els resultats de l'aplicació de l'escala de Gijon de valoració socio-familiar es poden veure a les taules V-124 i V- 125, on es mostren les mitjanes i els intervals de confiança, així com la seva significació estadística. Les dones i els majors de 80 anys, tenen significativament una puntuació més alta en l'escala, el que suposa una pitjor valoració de la seva situació socio-familiar.

	<b>Total</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>
Mitjana i (DE)	4,7 (2,6)	3,8 (2,2)	5,3 (2,7)
Rang	0 - 13	1 - 13	0 - 13
IC 95% de la mitjana	4,4 – 5,0	3,4 – 4,2	4,2 - 5,7

*p<0,001*

*Taula V- 124. Distribució de les mitjanes de valoració de l'escala Gijon, total i per sexe*

	<b>65-74 anys</b>	<b>75-80 anys</b>	<b>&gt; 80 anys</b>
Mitjana i (DE)	4,1 (2,5)	4,5 (2,5)	5,8 (2,4)
Rang	0 - 13	1 - 11	1 - 11
IC 95% de la mitjana	3,6 – 4,5	3,8 – 5,1	5,3 – 6,4

$p < 0,001$

Taula V- 125. Distribució de les mitjanes de valoració de l'escala Gijon per grups d'edat.

De manera global, el risc socio-familiar (variable categòrica de l'escala de Gijon), és baix i per tant l'avaluació en l'àrea social, positiva. Les taules V-126 i V-127, mostren la distribució per sexe i grups d'edat del risc social. S'observa que la prevalença d'aquest es significativament més gran en les dones.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
No risc social	254 (94,1)	108 ( 98,2)	146 (91,3)
Si risc social	16 (5,9)	2 (1,8)	14 (8,8)

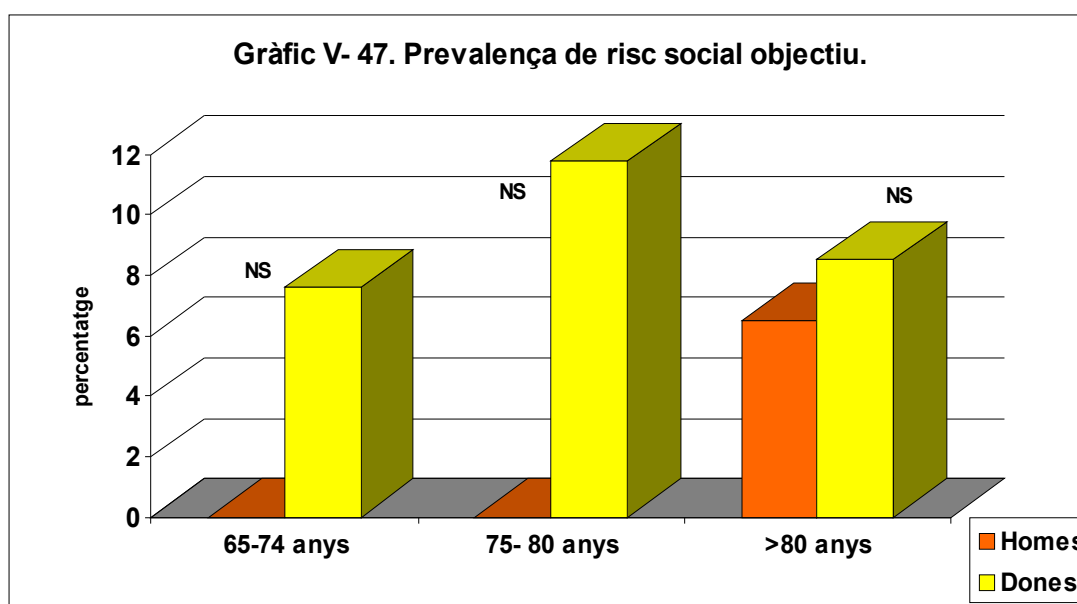
$p < 0,05$

Taula V- 126. Distribució de la prevalença del risc social, total i per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
No risc social	128 (95,5)	54 (93,1)	72 (92,2)
Si risc social	6 (4,5)	4 (6,9)	6 (7,7)

$p = NS$

Taula V- 127. Distribució de la prevalença del risc social per grups d'edat



Analitzant l'associació entre risc social i altres variables que no formessin part de l'escala, no hem trobat cap, ni en l'anàlisi bivariant ni en el multivariant, ni tan sols el sexe.

La pregunta sobre el recolzament subjectiu comparant-la amb l'escala objectiva en el nostre cas dona una sensibilitat del 84,6%, una especificitat del 77%, un valor predictiu positiu del 16,4% i un valor total del 77,3%. S'observa que en el 77,3% (187 + 11), coincideixen ambdues valoracions Taula V-128..

	<i>Risc social (%)</i>	<i>No risc social (%)</i>	<i>Total</i>
Recolzament social nul /insuficient	11 (84,6)	56 (23,0)	67
Bon recolzament social	2 (15,4)	187 (77,0)	189
<b>Total</b>	<b>13 (100)</b>	<b>13 (100)</b>	<b>256</b>

Taula V- 128. Relació entre recolzament subjectiu i risc social objectiu.

En els homes, la coincidència es més alta (94,8 %) que en les dones (62,8%). Taula V-129

	<i>No risc social (%)</i>		<i>Risc social (%)</i>	
	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>
Bon recolzament social	108 (94,4)	93 (63,7)	--	2 (16,7)
Recolzament social nul/insuficient	6 (5,6)	56 (36,3)	2 (100)	10 (83,3)

Taula V- 129. Relació entre recolzament subjectiu i risc social objectiu, per sexes.

**Condicions de l'habitatge**

De entre totes les variables utilitzades per valorar les condicions de l'habitatge, es pot veure que la dificultat per la higiene (banyeres altes i sense agafadors) és la més freqüent i que el 50% dels habitatges de la gent gran, no tenen condicions adequades pel bany. La ventilació i la il·luminació són adequades en un 95%, dels casos. Tenen escales altes, sense baranes un 23% en el grup de més de 80 anys. La presència d'obstacles, existeix en un 20,7% dels casos. No tenen condicions de calefacció adequades el 41,5 % dels entrevistats. No hi ha d.s. Entre sexes ni entre grups d'edat. Taula V-130

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Il·luminació deficient	14 (5,2)	5 (4,6)	9 (5,6)
Ventilació insuficient	13 (4,8)	5 (4,6)	8 (5,0)
Escales altes i/o sense baranes	54 (20,0)	18 (16,5)	36 (22,4)
Bany inadequat	135 (50,0)	54 (49,5)	81 (50,3)
Obstacles deambulació	56 (20,7)	21 (19,3)	35 (21,7)
Calefacció incorrecta	112 (41,5)	44 (40,4)	68 (42,2)
No existència d'ascensor	102 (37,8)	38 (34,9)	64 (39,8)

*p=NS*

Taula V-130. Prevalença dels diferents ítems de l'habitatge, global i per sexe.

Aplicant els criteris que utilitza l'escala de Gijon, un 25,6 % dels nostres ancians, tenen una llar amb característiques òptimes, amb tots els serveis necessaris. Un 26,6% presenta com a màxim un ítem considerat inadequat, que com ja s'ha dit el més freqüent es la dificultat pel bany. Presenten barreres arquitectòniques al voltant del 20 % de les llars i viuen en habitatges considerats clarament inadequats el 14% i amb greus deficiències al voltant del 15%. Taula V-131.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Habitatge òptim	69 (25,6)	26 (23,9)	43 (26,7)
Equipament inadequat	72 (26,7)	35 (32,1)	37 (23,0)
Barreres arquitectòniques	51 (18,9)	22 (20,2)	29 (18,0)
Habitatge inadequat	38 (14,1)	11 (10,1)	27 (16,8)
Habitatge amb greus deficiències	40 (14,8)	15 (13,8)	25 (15,5)

*p=NS*

Taula V-131. Valoració de les condicions del habitatge aplicant l'escala de Gijon, global i per sexes

## V-5. Autopercepció de salut i qualitat de vida

En aquest apartat s'analitzen aspectes relacionats amb la percepció de salut i la qualitat de vida (QV), mitjançant la valoració del propi subjecte, del seu estat de salut, de les patologies percebudes i finalment de la qualitat de vida, valorada a través d'un instrument de mesura genèric, en aquest cas el Nottingham Profile Health

Tots els paràmetres de morbiditat percebuda han estat valorats en 256 subjectes, ja que en 14 d'ells per les seves condicions cognitives o de comunicació no es va considerar valorable la resposta

### V-5-1. Patologia percebuda

Durant l'entrevista se li va preguntar a l'individu sobre una llista de patologies cròniques perquè ell/a indiquessin si la presentaven o no.

Les persones que declaren tenir com a mínim una patologia crònica, és del 91,4 %, amb una mitjana de 2,6 (IC-95% 2,3-3,0) en homes i de 3,0 (IC 95% 2,7-3,2) en dones. (p=0,134). Tampoc hi han d.s. entre les mitjanes dels diferents grups d'edat (p=0,712).

La majoria dels entrevistats declaren tenir entre 1-3 malalties, sense d.s. entre sexes ni grups d'edat. Taules V- 132 i V- 133

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Cap malaltia	22 (8,6)	13 (12,3)	9 (6,0)
1-3 malalties	147 (57,4)	59 (55,7)	88 (58,7)
>3 malalties	87 (34,0)	34 (32,1)	53 (35,3)

p=NS

Taula V-132. Nombre de patologies cròniques percebudes, global i per sexe

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt;80 anys (%)</b>
Cap malaltia	10 (7,5)	5 (9,1)	7 (10,3)
1-3 malalties	77 (57,9)	31 (56,4)	39 (57,4)
>3 malalties	46 (34,6)	22 (34,5)	22 (32,4)

p=NS

Taula V-133 Nombre de patologies cròniques percebudes per grup d'edat

Les malalties més habituals percebudes són: osteoarticulars, HTA i cardiovasculars. Les dones declaren de manera significativa major prevalença en patologia osteoarticular, mental i HTA. Els homes: patologia respiratòria i nefrourològica. Entre grups d'edat no hi ha d.s. Taules V-134 i V- 135.

	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
Cor i Circulació	28,3 (32,7)	36,7 (22,5)	33,2 (26,7)	N.S.
Bronquis i pulmó	23,6 (27,0)	10,7 (9,4)	16 (16,7)	**
Ossos i articulacions	48,1 (28,2)	70,7 (46,3)	61,3 (38,9)	***
Cap i nervis	17,0 (17,3)	16,7 (21,3)	16,8 (19,6)	N.S.
Depressió, ansietat o altres	10,4 (8,2)	27,3 (18,8)	20,3 (14,4)	**
Fetge, budells o estomac	26,4 (26,4)	30,7 (21,9)	28,9 (23,7)	N.S.
Càncers	9,4 (16,4)	6,7 (10)	7,8 (12,6)	N.S.
Ronyó, bufeta o pròstata	19,8 (37,3)	3,3 (3,8)	10,2 (17,4)	***
Te vostè diabetis o sucre a la sang	20,8 (20,9)	18,7 (18,1)	19,5 (19,3)	N.S.
Te la Ta alta o pren medicaments	30,2 (40,0)	47,3 (55,6)	40,2 (49,3)	**
Te Colesterol o pren medicaments	18,9 (23,6)	26,0 (33,8)	23,0 (29,6)	N.S.

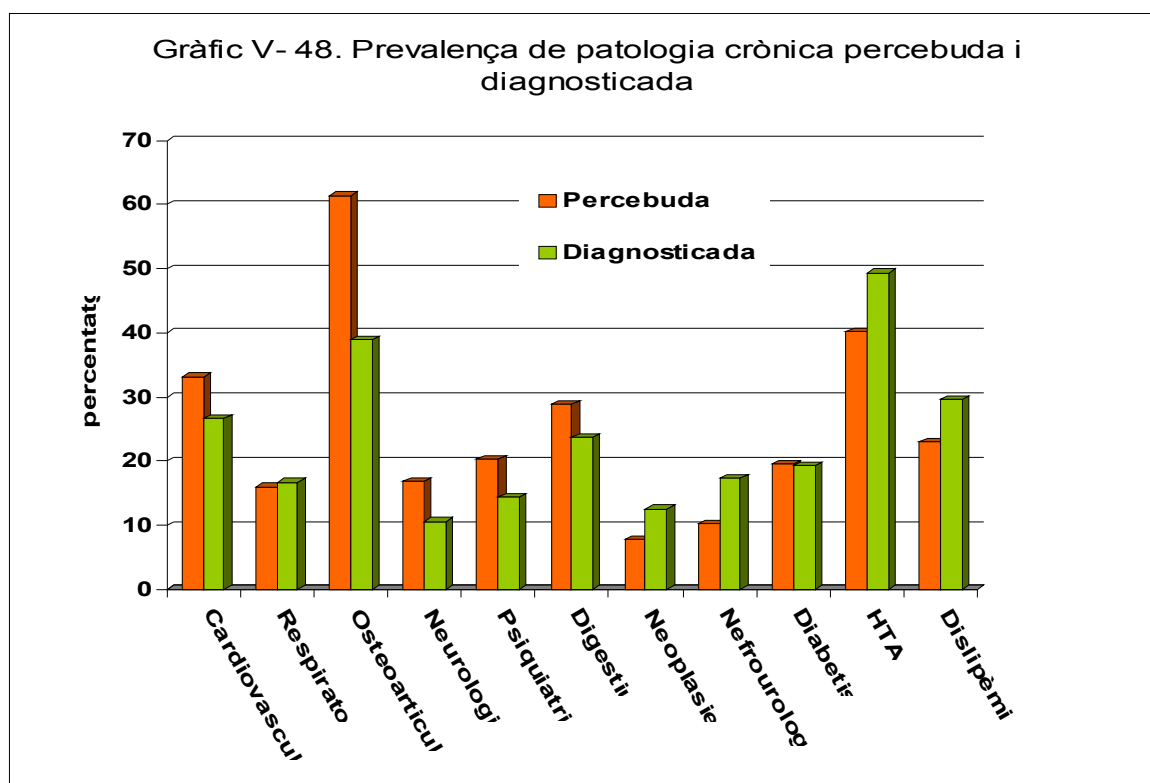
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

*Taula V-134. Prevalença del tipus de patologia percebuda, global i per sexe.*



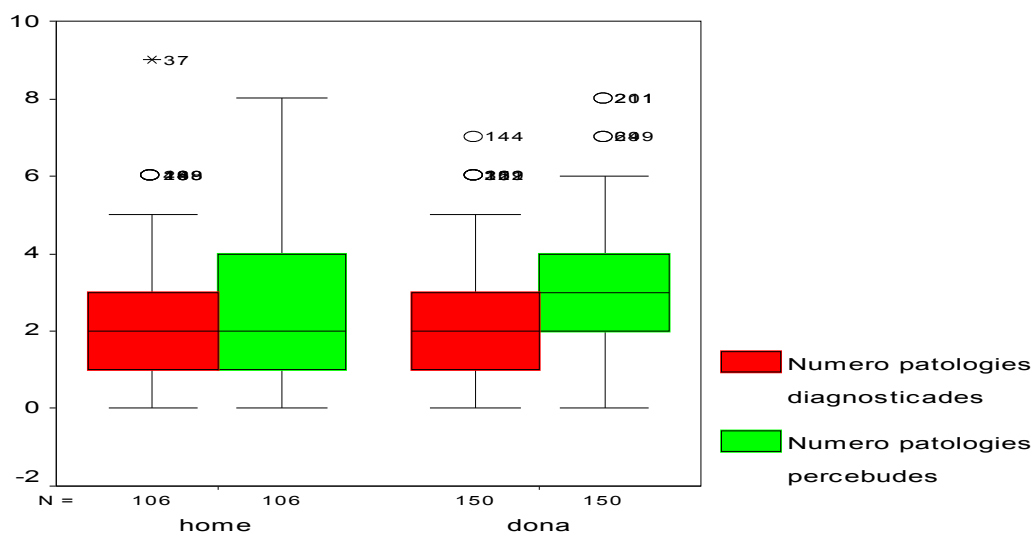
	65-74 anys	75-80 anys	>80 anys	p
Cor i Circulació	30,8 (23,9)	32,7 (20,7)	38,2 (35,9)	N.S.
Bronquis i pulmó	11,3 (13,4)	18,2 (17,2)	23,5 (21,8)	N.S.
Ossos i articulacions	63,9 (41,8)	63,6 (41,4)	54,4 (32,1)	N.S.
Cap i nervis	15,0 (17,2)	16,4 (22,4)	20,6 (21,8)	N.S.
Depressió, ansietat o altres	22,6 (17,2)	20,0 (13,8)	16,2 (10,3)	N.S.
Fetge, budells o estómac	27,8 (23,9)	34,5 (27,6)	26,5 (20,5)	N.S.
Càncers	7,5 (9,7)	12,7 (15,5)	4,4 (15,4)	N.S.
Ronyó, bufeta o pròstata	12,1 (17,2)	5,4 (17,2)	10,3 (17,9)	N.S.
Te vostè diabetis o sucre a la sang	21,1 (22,4)	21,8 (19)	14,7 (14,1)	N.S.
Te la Ta alta o pren medicaments	41,4 (51,5)	34,5 (44,8)	42,6 (48,7)	N.S.
Te Colesterol o pren medicaments	27,1 (31,3)	18,2 (31,0)	19,1 (25,6)	N.S.

Taula V-135. Prevalença del tipus de patologia percebuda per grups d'edat.



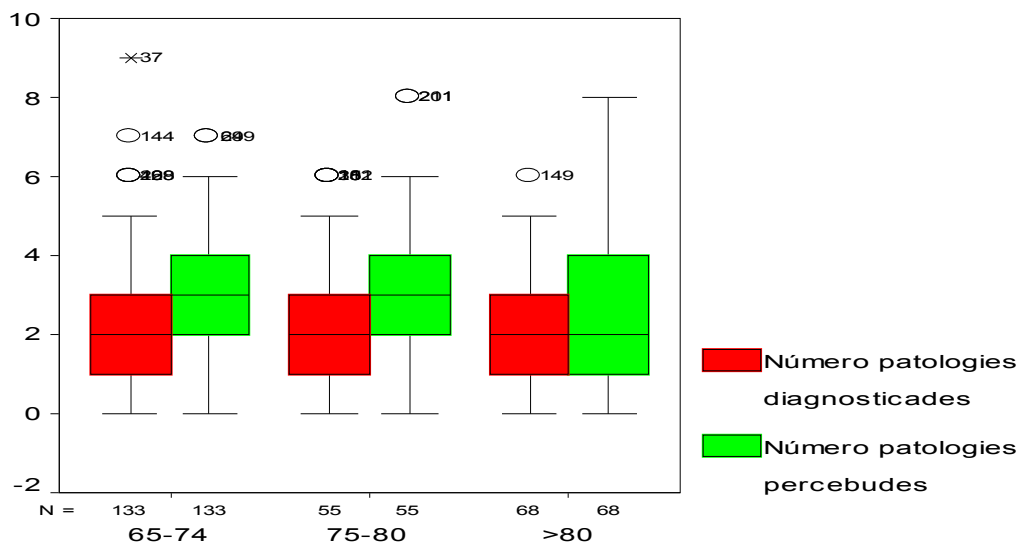
Comparant la concordança entre patologia percebuda i diagnosticada, s'observen diferències importants. La patologia osteoarticular esdevé la més divergent.

Les dones mostren majors diferències entre patologia percebuda i diagnosticada i també els majors de 80 anys. Gràfics V-49 i V-50.



sexe

Gràfic V-49. Distribució de les mitjanes de patologia percebuda i diagnosticada en funció del sexe.



grup d'edat

Gràfic V- 50. Distribució de les mitjanes de patologia percebuda i diagnosticada per grups d'edat.

**V-5-2. Autopercepció de salut**

La majoria (50,8%) dels nostres ancians, perceben la seva salut com “ millor que els altres de la seva edat”, una mica més entre els homes i en les majors de 80 anys. Al voltant del 13 % refereixen que no ho saben.

Les dones i el grup d'edat més jove, perceben més sovint la seva salut com pitjor, encara que no significativament. Taules V-136 i V-137

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Pitjor que els altres	21 (8,2)	6 (5,7)	15 (10,0)
Igual que els altres	71 (27,7)	31 (29,2)	40 (26,7)
Millor que els altres	130 (50,8)	56 (52,8)	74 (49,3)
No ho se	34 (13,3)	13 (12,3)	21(14,0)

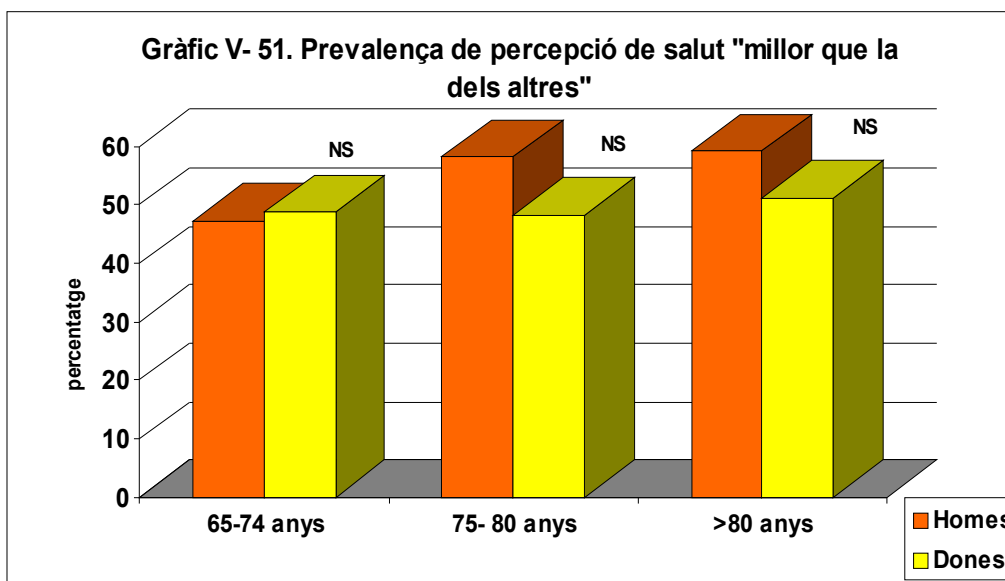
*p=NS*

*Taula V-136. Distribució de la percepció de salut global i per sexe*

	<b>65-74 anys</b>	<b>75-80 anys</b>	<b>&gt; 80 anys</b>
Pitjor que els altres	12 (9,0)	3 (5,5)	6 (8,8)
Igual que els altres	35 (26,2)	19 (34,5)	17 (25,0)
Millor que els altres	64 (48,1)	29 (52,7)	37 (54,4)
No ho sap	22 (16,5)	4 (7,3)	8 (11,8)

*p=NS*

*Taula -V-137. -Distribució de la percepció de salut per grups d'edat*



L'efecte de les diferents variables independents sobre la percepció de la salut després de realitzar l'anàlisi multivariant es mostra en la taula V-138. L'edat augmenta entre un 3 i un 14% la probabilitat de percebre una millor salut. El no tenir hipoacusia, ser independent per les ABVD, equilibri conservat i un bon recolzament social, donen totes elles entre 2,5 i 3 vegades més probabilitat de percebre un millor estat de salut

	<b>OR</b>	<b>IC 95% OR</b>		<b>p</b>
Edat	1,08	1,03	1,14	**
No tenir hipoacusia	2,4	1,3	4,3	**
Independència ABVD	2,9	1,2	7,3	*
Equilibri conservat	2,4	1,2	5,1	*
Bon recolzament social	2,1	1,1	3,7	*
Nagerkelke x 100	18,8			
$\chi^2_3$	37,9			***

Numero de casos=254. OR: Odds ratio. Coeficient de regressió. Nagerkelke: quadrat del coeficient de determinació corregit. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V-138. Efecte de les diferents variables associades a millor percepció de salut.

**V-5-3. Qualitat de vida**

La qualitat de vida (QV) és una variable subjectiva, valorada a partir de l'aplicació del Nottingham Health Profile (NHP). Valora 6 àrees. Els resultats s'expressen en percentatge de pèrdua, global i per cada àrea.

Descrivim en primer lloc, els valors aconseguits (mitjana, desviació estàndard i IC 95%) per al total d'individus entrevistats, global i per àrees. Hem exclòs de l'anàlisi, els subjectes amb deteriorament cognitiu moderat i sever. En segon lloc i mitjançant l'anàlisi multivariant s'han estudiat les variables amb valor predictiu sobre la pèrdua de qualitat de vida.

La mitjana de pèrdua de QV global, és del 22,8%. Les àrees amb percentatges més alts de pèrdua són: energia (31,1%), son (29,2%) i dolor (25,7%) i la menys afectada és l'àrea d'aïllament social (11,4%). Les dones manifesten significativament major pèrdua, a nivell global i en gairebé totes les àrees, excepte son i mobilitat. Taula V-139.

En els diferents grups d'edat, la pèrdua de QV és similar. Tan sols hi ha diferències significatives en les àrees d'energia, aïllament social i mobilitat, pitjorant aquestes en els grups de més edat. Taula V-140.

	<i>Total</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>p</i>
Global	22,8 (19,3)	17,5 (16,6)	26,6 (20,2)	***
	20,5 - 25,1	14,4 - 20,7	23,3 - 29,8	
Energia	31,1 (38,7)	25,3 (36,5)	35,2 (39,8)	*
	26,4 - 35,8	18,4 - 32,2	28,8 - 41,5	
Dolor	25,7 (26,3)	18,3(21,5)	30,9 (28,1)	***
	22,5 - 28,9	14,2 - 22,4	26,4 - 35,4	
Son	29,2 (28,8)	25,3 (26,5)	31,9 (30,2)	N.S.
	25,6 - 32,7	20,3 - 30,3	27,1 - 36,7	
Aïllament social	11,4 (18,9)	6,6 (13,4)	14,9 (21,3)	***
	9,2 - 13,7	4,1 - 9,2	11,5 - 18,3	
Reaccions emocionals	18,1 (22,3)	12,1 (18,4)	22,3 (23,8)	***
	15,4 - 20,8	8,6 -15,6	18,5 - 26,1	
Mobilitat	23,7 (25,3)	20,6 (23,5)	25,9 (26,3)	N.S.
	20,6 - 26,8	16,3 - 25,2	21,6 - 31	

Es mostra la mitjana, (DE) i el IC al 95%. \* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula V-139. Deteriorament en la qualitat de vida, total i per sexes

	<i>65-74 anys</i>	<i>75-80 anys</i>	<i>&gt; 80 anys</i>	<i>p</i>
Global	20,4 (18,6)	24,3 (22,6)	26,1 (17,3)	N.S
	17,2 - 23,6	18,2 - 30,3	22,1 - 30,2	
Energia	24,5 (34,7)	35,0 (41,4)	40,1 (41,5)	*
	18,5 - 30,4	23,9 - 46,1	30,4 - 49,8	
Dolor	25,6 (27,5)	27,9 (29,0)	24,0 (21,9)	N.S
	20,9 - 30,4	20,1 - 35,6	18,9 - 29,1	
Son	26,9 (27,7)	31,1 (33,7)	31,8 (26,8)	N.S
	22,3 - 31,7	22,1 - 40,1	25,5 - 38,0	
Aïllament social	8,6 (16,3)	12,5 (19,1)	15,7 (22,4)	*
	5,8 - 11,4	7,4 - 17,6	10,6 - 20,9	
Reaccions emocionals	16,6 (21,4)	19,6 (24,4)	19,6 (22,2)	N.S
	12,9 - 20,3	13,0 - 26,1	14,4 - 24,8	
Mobilitat	19,3 (22,0)	23,5 (26,6)	32,1 (27,9)	**
	15,5 - 23,0	16,4 - 30,6	25,6 - 38,6	

Es mostra la mitjana, desviació estàndard (DE) i el IC al 95%. \* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Taula-V-140. Deteriorament en la qualitat de vida per grups d'edat

Les taules següents mostren els resultats de l'anàlisi multivariant i l'efecte de les variables predictorres de pèrdua de QV, de manera global i en les diferents àrees que avalua el NPH. L'anàlisi s'ha fet diferenciant per sexes i ajustant per l'edat en les àrees en que la diferències de mitjanes ha estat significativa.

En la taula V-141, es pot observar que les variables amb més efecte sobre la pèrdua de QV global en homes són la depressió i l'alteració de la marxa, la seva presència suposa una pèrdua del 23 i 21% respectivament. La resta de variables tenen un efecte menor. L'exercici físic habitual i l'ingrés hospitalari en el darrer any, actuen com factors protectors.

El model explica un 70,6% de la variança.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Exercici físic habitual	- 7,6	- 12,6	-2,6	**
Consum > 4 fàrmacs	10,5	6	15,1	***
Depressió probable/establerta	23,4	15,6	31,3	***
Incontinència urinària	6,7	2,7	10,8	**
Alteració marxa	21	13,2	28,6	***
Alteració equilibri	7,6	1,5	13,7	*
Numero visites mèdiques darrer any	0,9	0,5	1,2	***
Ingrés hospitalari darrer any	-8	-12,3	-3,6	***
R <sup>2</sup> c x 100	73,2			
cR <sup>2</sup> c x 100	70,6			
F <sub>8,101</sub>	28,2			***

Numero de casos=102. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 141 Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida global, en homes.



La taula V-142, mostra l'efecte predictor d'algunes variables sobre la pèrdua de qualitat de vida global en dones. La presència de depressió, com en el cas dels homes, explica un 23% de pèrdua. Menys efecte tenen la resta de variables predictors, que oscil·len entre el 14% de la dependència per ABVD i el 6,5% de la incontinència urinària. En les dones apareixen com a factors protectors, tenir estudis secundaris /superiors, tenir un bon recolzament social i també com en els homes, l'ingrés hospitalari en el darrer any.

En el cas de les dones, el model escollit explica menor percentatge de la variança ( 53%)

	<i>B</i>	<i>IC al 95 % de B</i>		<i>p</i>
Estudis secundaris/superiors	- 8,5	-15,4	-1,6	*
Depressió probable/establerta	22,7	15,6	29,8	***
Mes d'una caiguda darrer any	6,5	1,4	11,8	*
Consum > 4 fàrmacs	8,5	2,9	14,2	**
Incontinència urinària	6,5	1,8	11,1	**
Algun grau de dependència per ABVD	13,7	7	20,3	***
Ingrés hospitalari darrer any	- 6,8	- 13,1	-0,5	*
Bon recolzament social	-5,6	- 10,6	-0,7	*
R <sup>2</sup> c x 100	55,8			
cR <sup>2</sup> c x 100	53			
F <sub>8,146</sub>	19,4			***

Numero de casos=147. *B*: Coeficient de regressió. *R<sup>2</sup>c*: quadrat del coeficient de determinació corregit. *cR<sup>2</sup>c*: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. *F<sub>gl1, gl2</sub>* de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; *gl1*: graus de llibertat del numerador; *gl2*: graus de llibertat del denominador. \* *p*< 0.05, \*\* *p*<0.01, \*\*\* *p*<0.001.

Taula V- 142. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida global en dones.

La taula V-143, mostra com les variables amb més efecte sobre la pèrdua de QV, en l'àrea d'energia en homes són: tenir algun grau de dependència per les ABVD (entre un 28 i un 60%) i la presència de depressió (entre un 15-59 %). Menor efecte tenen la resta de les variables predictores: incontinència urinària, habitatge amb deficiències i polifarmàcia que oscil·len entre el 14-18%. El número de visites mèdiques, augmenta la pèrdua de QV en homes en l'àrea d'energia un 10% per cada visita realitzada. No hem trobat en el model escollit, cap variable protectora de la pèrdua de QV en l'àrea d'energia.

El percentatge de la variança que explica el model és del 48,7%.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Depressió probable/establerta	36,6	14,3	58,8	**
Consum > 4 fàrmacs	18,3	5,6	31,1	**
Incontinència urinària	14,1	2,4	25,8	*
Algun grau de dependència per ABVD	44,4	28,4	60,3	***
Habitatge amb deficiències importants	14,5	4,1	24,8	**
Numero visites mèdiques darrer any	1,1	0,1	9,7	*
R <sup>2</sup> c x 100	52,2			
cR <sup>2</sup> c x 100	48,7			
F <sub>6,101</sub>				***

*Dades ajustades per edat . Numero de casos=102. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador.. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001*

*Taula V- 143 .Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en energia , en homes.*

En les dones, les variables amb major efecte sobre la pèrdua de QV en l'àrea d'energia són: depressió probable o establerta (29,5%), risc de malnutrició (22,1%) i dependència per les ABVD (19,7%). Les altres variables: incontinència urinària i caigudes tenen un efecte menor. Actua com a factor protector, tenir estudis secundaris/superiors, que respecte als que tenen estudis primaris dóna una disminució en la pèrdua de QV entre el 3-35%.

El model escollit, explica un 34% de la variabilitat de la QV en l'àrea d'energia, inferior a la del model escollit en homes. Taula V-144.

	<i>B</i>	<i>IC al 95 % de B</i>		<i>p</i>
Estudis secundaris/superiors	-19	-34,8	-3,1	*
Depressió probable/establerta	29,5	13,4	45,5	***
Risc/malnutrició	22,1	3,7	36,2	**
Incontinència urinària	17,3	6,5	28,2	**
Més d'una caiguda darrer any	16,4	4,1	28,5	**
Algun grau de dependència per ABVD	19,7	3,5	36	*
R <sup>2</sup> c x 100	37,0			
cR <sup>2</sup> c x 100	33,8			
F <sub>6, 146</sub>	11,6			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=147. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c: quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>g11, g12</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; g11: graus de llibertat del numerador; g12: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

Taula V- 144. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en energia en dones.

En la taula V-145 s'observa com en els homes, el consum habitual d'analgèsics és la variable amb més efecte sobre la pèrdua de QV en l'àrea del dolor (20,5%). En menor grau, el consum d'AINES, tenir dèficit visual i patologia osteoarticular prediuen la pèrdua de QV en aquest àrea. L'edat, que disminueix un 6% per cada any, els estudis superiors que ho fan en un 12%, el bon recolzament social en un 20% i l'exercici físic habitual en un 12%, protegeixen de la pèrdua QV en aquest àrea.

El model explica un 42,5% de la variança.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Edat	- 0,6	- 1,1	- 0,04	*
Estudis secundaris/superiors	- 12,1	- 21	- 3,2	**
Patologia osteoarticular	7,8	0,4	15,3	*
Exercici físic habitual	-12,2	- 21	- 3,5	**
Dèficit visual	15,2	4,6	25,7	**
Consum habitual analgèsics	20,5	8,4	32,6	**
Consum habitual AINES	16	4,1	27,7	**
Bon recolzament social	- 19,6	- 32,2	- 7,2	*
R <sup>2</sup> c x 100	47			
cR <sup>2</sup> c x 100	42,5			
F <sub>7, 101</sub>	10,4			***

*Dades ajustades per patologia osteoarticular. Numero de casos=102. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V- 145 Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de dolor en homes*

En les dones, les variables que més efecte tenen sobre pèrdua QV en l'àrea del dolor són: depressió probable o establerta (26%), consum habitual d'AINES (20,5%) i analgèsics (13,7%). Amb menor efecte estan: viure sola (8,8%), tenir patologia osteoarticular (9%), i l'índex de massa corporal, que augmenta un 9% la pèrdua de QV, per cada unitat que augmenta aquest. Taula V-146.

La variabilitat en la variable dependent que explica el model escollit és del 32,3%.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Viure sola	8,8	0,1	17,5	*
Patologia osteoarticular	9	1,2	16,8	*
Depressió probable/establerta	26,3	15,1	37,6	***
Consum habitual analgèsics	13,7	2,5	24,9	*
Consum habitual AINES	20,5	7,9	33,1	**
Índex massa corporal	0,9	0,7	1,7	**
R <sup>2</sup> c x 100	35,5			
cR <sup>2</sup> c x 100	32,3			
F <sub>6, 146</sub>	10,9			***

*Dades ajustades per patologia osteoarticular. Numero de casos=147. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V-146 Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de dolor en dones*

L'efecte de les diferents variables sobre la pèrdua de QV en l'àrea de la son, en homes són : la depressió probable o establerta (29,9%), polifarmàcia (20,4%) i consum habitual de benzodiacepines (24,7%). En canvi, actuen com a factors protectors, tenir un bon recolzament social i l'ingrés hospitalari en el darrer any, que disminueixen la pèrdua de QV en aquesta àrea un 11% i un 16% respectivament. Taula V-147 .

El percentatge de la variança d'aquest model és del 36,4%.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 %</b>		<b>p</b>
Depressió probable o establerta	29,9	10,3	49	**
Consum > 4 fàrmacs	20,4	9,3	31,5	***
Consum habitual benzodiacepines	24,7	12,7	36,7	***
Ingrés hospitalari darrer any	- 11,2	- 21,2	-1,2	*
Bon recolzament social	- 16,1	- 32,4	- 0,3	*
R <sup>2</sup> c x 100	39,5			
cR <sup>2</sup> c x 100	36,4			
F <sub>4, 101</sub>	8,5			***

Numero de casos=102. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 147 Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de la son en homes.

En les dones, les variables amb major valor predictiu sobre la pèrdua de QV en l'àrea de la son. han estat: la toma habitual de benzodïacepines (17%), dependència per les AIVD (16,2%) i el consum habitual d'analgèsics (14,7%). Un augment d'una unitat en l'índex de massa corporal suposa una pèrdua de QV d'un 30% en aquest àrea. No hem trobat cap variable amb efecte protector.

El percentatge de variabilitat de la variable dependent en el model escollit és del 22,3%

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Consum habitual analgèsics	14,7	2,2	27,3	*
Consum habitual benzodïacepines	17	7,7	26,2	***
Índex massa corporal	1,3	0,4	22,2	**
Algunes graus dependència AIVD	16,2	6,5	25,8	**
R <sup>2</sup> c x 100	24,6			
cR <sup>2</sup> c x 100	22,3			
F <sub>3, 145</sub>	11,6			***

Numero de casos=146. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 148 Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de la son en dones

La variable que més efecte té sobre la pèrdua de QV, en l'àrea de l'aïllament social, en els homes, és la presència de depressió probable o establerta (13,4%). L'alteració de la marxa (10,5%), haver caigut més d'una vegada (7,3%) i l'ingrés hospitalari en el darrer any (5,3%), també tenen efecte però en menor grau. Tenir un bon recolzament social disminueix en un 14,7% la pèrdua de QV en l'àrea d'aïllament social en homes. Taula V-149.

Aquest model explica un 36,6% de la variança.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Depressió probable o establerta	13,4	3,6	23,2	**
Marxa alterada	10,5	2,8	18,1	**
Més d'una caiguda darrer any	7,3	0,4	14,3	*
Ingrés hospitalari darrer any	5,3	0,4	10,1	*
Bon recolzament social	- 14,7	- 23	- 6,5	**
R <sup>2</sup> c x 100	40,3			
cR <sup>2</sup> c x 100	36,6			
F <sub>5, 102</sub>	10,8			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=103. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

Taula V- 149. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de l'aïllament social en homes



La pèrdua de QV en l'àrea d'aïllament social en dones, es veu afectada en major percentatge, per la presència de depressió probable/establerta (25%) que en els homes i és amb diferència el factor predictiu més potent. L'efecte de les caigudes és menor (10,2%). No hem trobat cap factor protector.

El model explica un 33,8% dels canvis en la variable dependent

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Edat	0,8	0,4	1,3	***
Depressió probable o establerta	25	17,1	33,6	***
Més d'una caiguda darrer any	10,2	4	16,5	**
Index massa corporal	0,7	0,1	1,3	*
R <sup>2</sup> c x 100	35,6			
cR <sup>2</sup> c x 100	33,8			
F <sub>3, 147</sub>	19,9			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=148. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V- 150. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en l'àrea de l'aïllament social en dones.*

Si com s'observa en les taules anteriors, la depressió està present en la majoria de les àrees com causa de pèrdua de QV, és d'esperar que en l'àrea de reaccions emocionals sigui on més efecte produeixi. En efecte, la depressió probable o establerta té un efecte sobre la pèrdua de QV en aquesta àrea de 38,7% en els homes i de 39,2% en les dones. Les altres variables tenen un efecte menor. En homes hem trobat com variables protectores: l'edat i tenir estudis secundaris o superiors Aquest model explica el 65% de variabilitat en la pèrdua de QV en reaccions emocionals en homes i un 22,3% en dones. Taules V-151 i V-152.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Edat	- 0,6	- 0,9	- 0,2	**
Estudis secundaris /superiors	- 7	- 12	- 1,9	**
Patologia osteoarticular	5,7	1,2	10,1	*
Incontinència urinària	7,2	2,8	11,6	**
Depressió probable establerta	38,7	30	47,5	***
Marxa alterada	13,9	5,5	22,3	**
Equilibri alterat	9,6	2,6	16,5	**
R <sup>2</sup> c x 100	67,7			
cR <sup>2</sup> c x 100	65,4			
F <sub>6, 102</sub>	28,7			***

Numero de casos=103. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; gl1: g

raus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

Taula V- 151. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en reaccions emocionals en homes

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Depressió probable/establerta	39,2	30,8	47,6	***
Més d'una caiguda darrer any	7,7	1,3	14,2	***
R <sup>2</sup> c x 100	24,6			
cR <sup>2</sup> c x 100	22,3			
F <sub>1, 147</sub>	11,6			***

Numero de casos=148. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>g1, g2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la varianza de la regressió lineal múltiple; g1: graus de llibertat del numerador; g2: graus de llibertat del denominador. \* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001.

Taula V- 152. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en reaccions emocionals en dones.

La pèrdua de QV en l'àrea de mobilitat, en els homes, es relaciona en primer lloc amb alteració de la marxa (29,3%) i depressió probable o establerta (18,1%). L'exercici físic habitual actua com a factor protector. Taula V-153.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Exercici físic habitual	- 11,5	- 19,7	- 3,4	**
Depressió probable/establerta	18,1	5,1	31,1	**
Patologia osteoarticular	12	5,4	18,5	***
Incontinència urinària	8,7	2	15,4	*
Marxa alterada	29,3	19,2	39,4	***
R <sup>2</sup> c x 100	57,9			
cR <sup>2</sup> c x 100	55,3			
F <sub>5, 102</sub>	11,6			***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=103. B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>gl1, gl2</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; gl1: graus de llibertat del numerador; gl2: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

Taula V- 153. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en mobilitat en homes

En les dones, les variables amb major efecte sobre la pèrdua de QV en mobilitat són: dependència per les ABVD, que provoca una pèrdua del 20,3%, marxa alterada amb un 18,3% i presència de depressió amb el 13,2. NO hem trobat cap factor protector. Taula V-154.

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>		<b>p</b>
Patologia articular	7	1	13	*
Depressió probable /establerta	13,2	4,4	22	**
Més d'una caiguda darrer any	6,7	0,2	13,2	*
Index massa corporal	1,2	0,6	0,9	***
Marxa alterada	18,3	7,9	28,6	**
Equilibri alterat	10,6	3,3	18	**
Algun grau dependència ABVD	20,3	10,8	29,8	***

	<b>B</b>	<b>IC al 95 % de B</b>	<b>p</b>
R <sup>2</sup> c x 100	54,3		
cR <sup>2</sup> c x 100	51,7		
F <sub>7, 147</sub>	20,8		***

*Dades ajustades per edat. Numero de casos=148 B: Coeficient de regressió. R<sup>2</sup>c : quadrat del coeficient de determinació corregit. cR<sup>2</sup>c: canvi del quadrat del coeficient de determinació corregit en relació al model que conté només la variable usada per ajustar el model. F<sub>g11, g12</sub> de Snedecor de l'anàlisi de la variança de la regressió lineal múltiple; g11: graus de llibertat del numerador; g12: graus de llibertat del denominador. \* p< 0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.*

*Taula V- 154. Efecte de les diferents variables associades a la pèrdua de qualitat de vida en mobilitat en dones*

### V-6. Prevalença d'ancians fràgils

Hem utilitzats els criteris més utilitzats a nivell internacional per definir a l'ancià fràgil: criteris de Barber i els criteris de l'O.M.S. S'han aplicat ambdós a tots els subjectes de la mostra.

Es pot veure que els criteris de l'OMS donen més prevalença d'ancians fràgils que els de Barber, i que en tots dos la prevalença de fragilitat és més alta en les dones. Taula V-155.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>	<b>p</b>
Criteris de l'O.M.S.	156 (57,8)	54 (49,1)	102 (63,8)	*
Criteris de Barber	147 (54,4)	52 (47,3)	95 (59,4)	*

\*  $p < 0.05$

Taula V- 155. Prevalença de ancians fràgils per sexe, segons l'escala aplicada

La taula V- 156, mostra com la fragilitat augmenta significativament amb l'edat i que a partir del 75 anys, la meitat compleixen criteris d'ancià fràgil, en les dues escales. En la de l'O.M.S. els majors de 80 anys són fràgils en el 100 % dels casos ja que aquesta edat per si sola és un criteri de fragilitat

	<b>65-74 anys (%)</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; de 80 anys (%)</b>	<b>p</b>
Criteris de l'O.M.S.	48 (35,8)	31 (53,4)	68 (87,2)	***
Criteris de Barber	49 (36,6)	30 (51,7)	78 (100)	***

\*\*\*  $p < 0,001$

Taula V- 156. Prevalença de ancians fràgils per grups d'edat, segons l'escala aplicada.

L'index kappa de concordança entre les dues escales és del 76,7 %. El 87,2 % estan diagnosticats d'ancià fràgil per totes dues. Taula V-157.

	<b>Criteris de l'O.M.S.</b>	
<b>Criteris de Barber</b>	<b>Ancià no fràgil</b>	<b>Ancià fràgil</b>
<b>Ancià no fràgil</b>	103 (90,4)	20 (12,8)
<b>Ancià fràgil</b>	11 (9,6)	136 (87,2)

Taula V- 157. Taula de classificació d'ancià fràgil segons l'escala aplicada, percentatge per columnes

### V-7. Classificació segons la VGI

Mitjançant la VGI hem pogut classificar als nostres ancians. La majoria, 51,9 %, compleixen criteris d'ancià fràgil. El 9% són ancians geriàtrics i el 24% són ancians sans. Aquestes proporcions es mantenen sense d.s entre sexes. Entre els grups d'edat, les prevalences dels diferents tipus d'ancians són significatives. En el grup de més de 80 anys, el 76,9 % son fràgils i la resta (23,1 %), són ancians geriàtrics. Taules V-158 i V-159.

	<b>Total (%)</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Ancià sa	65 (24,1)	31 (28,2)	34 (21,3)
Ancià malalt	41 (15,2)	21 (19,1)	2 (12,5)
Ancià fràgil	140 (51,9)	49 (44,5)	91 (56,9)
Ancià geriàtric	24 (8,9)	9 (8,2)	15 (9,4)

*p= NS*

Taula V- 158. Classificació del ancians , per sexe segons la VGI

	<b>65-74 anys</b>	<b>75-80 anys (%)</b>	<b>&gt; 80 anys</b>
Ancià sa	49 (36,6)	16 (27,6)	
Ancià malalt	36 (26,1)	6 (10,3)	
Ancià fràgil	49 (36,6)	31 (53,4)	60 (76,9)
Ancià geriàtric	1 (0,7)	5 (8,6)	18 (23,1)

*p<0,001*

Taula V- 159. Classificació del ancians per grups d'edat segons la VGI

En relació al tipus de convivència els ancians fràgils, viuen majoritàriament en parella o família (64,4 %), igual com els geriàtrics (67 %). Aquests darrers ho fan en institucions en un 29,2 %. Els considerats ancians sans i malalts viuen en la seva totalitat en família o parella.

Des del punt de vista assistencial, estan inclosos en programa ATDOM (després d'excloure als institucionalitzats) el 3,6 % dels ancians fràgils i el 70,6 % dels geriàtrics, Tenen dificultats per accedir de manera autònoma sistema sanitari un 18,1 % total dels ancians fràgils el 94,1 % dels geriàtrics.

Com s'observa en la taula V-160, els pacients considerats geriàtrics, són els que presenten un pitjor estat de salut. Els ancians fràgils presenten una major prevalença de síndromes geriàtriques, incapacitat funcional i risc social, que els malalts i sans.

	<i>Ancià sa</i>	<i>Ancià malalt</i>	<i>Ancià fràgil</i>	<i>Ancià geriàtric</i>
2 o més caigudes	12,3	19,2	25,7	41,7
Risc malnutrició	3,1	2,4	15,0	75,0
Incontinència urinària	27,7	34,1	54,3	62,5
Restrenyiment	16,9	26,8	32,1	79,2
Polifarmàcia	9,2	12,2	35,0	37,5
Deteriorament cognitiu	1,5	4,9	9,4	45,8
Depressió		12,2	12,3	45,0
Dependència AIVD	13,8	17,1	49,3	100
Dependència ABVD			22,8	100
Marxa alterada		2,4	12,9	79,2
Ingrés hospitalari	4,6	2,4	34,3	37,5
Risc social			9,3	12,5

*Taula V- 160. Variables que tenen diferències estadísticament significatives entre els diferents tipus d'ancians , expressat en percentatge.*



# VI-DISCUSSIÓ

## VI-1. Metodologia de l'estudi

Per obtenir informació sobre fenòmens objectius relacionats amb la salut i morbiditat percebuda d'una població, els seus hàbits de vida i quina utilització fa dels serveis sanitaris, l'instrument d'elecció és l'enquesta de salut. La informació obtinguda a través d'aquesta, dóna elements de suport per a la presa de decisions sanitàries, tant pel que fa a la planificació, com la gestió del serveis i l'establiment de programes de salut.

La unitat bàsica de mostreig actualment més utilitzada en les enquestes de salut es l'individu. Nosaltres hem utilitzat com a unitat bàsica cadascun dels habitants residents i empadronats al municipi, nascut abans del 1937. Hem entrevistat només els individus seleccionats per la mostra. Aquesta opció és la que aconsegueix una major representativitat de la població objecte d'estudi. Aquesta és la metodologia emprada en la Enquesta de salut de Catalunya 2002 (Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya 2003), Encuesta Nacional de Salud de España 1997 (Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999), Enquesta de Salut de Barcelona 2000 (Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública 2002), Enquesta de Salut de les Illes Balears (Departament de salut de les Illes 2001), Enquesta de Salut de Terrassa (Ajuntament de Terrassa 1998), i les més properes al nostre àmbit poblacional: Enquesta de Salut de l'Alt Camp i Conca de Barberà (Vila i col. 1993), Enquesta de Salut de Vandellòs-Hospitalet (Montañés 1997).

Malgrat la mostra, és inferior a la d'enquestes realitzades en poblacions properes (Vandellòs 1997, Alt Camp i Conca de Barberà 1993), es dóna la particularitat que en aquestes, la població d'estudi és població general i la nostra es limita a la població major de 65 anys, és per això que la fracció de mostreig és elevada (8,38 %), en comparació a d'altres estudis: Vila i col: 1,51 %, Vandellòs: 9,15 %, Terrassa 1998: 7 %, Barcelona 2000: 6 %, Catalunya 2002: 1,4 %.

El tipus de mostreig ha estat del tipus aleatori estandarditzat per edat i sexe, a fi d'obtenir estimacions més precises, ja que aquestes dues variables poden distorsionar els resultats i podrien actuar com possible factor de confusió. Donat que ha estat un estudi en un sol municipi no ha estat necessari realitzar la fase d'estratificació de la població.

El nivell de confiança utilitzat (95%), és l'habitual. El màxim error acceptat, en el nostre cas del 4%, similar a la resta : Alt Camp i Conca Barberà 3%, Vandellòs 5%, Barcelona 2000, 1%

global i 3% per districtes, Illes balears, 2,6%, Terrassa 3,2%, Catalunya 2002, al voltant del 3% per regions sanitàries.

La tècnica d'estandarditzar la mostra per edat i sexe, evita la possibilitat d'obtenir mostres amb biaix, aconseguint que la distribució sigui el més similar possible a la població d'origen. Hem obtingut una mostra que no es diferencia significativament en les principals variables (edat i sexe) de la població d'origen ni tampoc de la població global de Catalunya (IDESCAT-2002), quan s'observa el grup de població major de 65 anys que és la nostra població d'estudi.

La majoria d'enquestes de salut exclouen les persones institucionalitzades; nosaltres les hem inclòs. Donat que la població d'estudi en el nostre cas, són els majors de 65 anys, considerem important conèixer la prevalença dels institucionalitzats. D'aquesta manera podem valorar d'una manera real la situació social dels ancians.

El nivell de participació ha estat alt (83,8 %) si ho comparem amb altres estudis similars : 84 % (Alt Camp i Conca de Barberà), 82,9 % (Vandellòs 1997), 61,7 % (ESCA-2002). Cal destacar que la distribució de "no respostes" segons sexe i grups d'edat no mostra diferències significatives, les quals podrien actuar com a factor de confusió que modifiquin els resultats.

## **VI-2. Instruments de mesura**

### **VI-2-1. Qüestionari**

En el disseny d'un qüestionari, l'èxit consisteix en obtenir un bon mètode que permeti aconseguir els objectius de l'estudi, amb la informació més completa i exacte possible, en un temps i amb uns recursos factibles (Navarro 1994). Nosaltres ens hem basat en aquest principi.

En aquesta tesi hem utilitzat com instruments de mesura, un qüestionari i un examen físic al 100% dels entrevistats. La majoria d'enquestes esmentades consten tan sols de l'entrevista personal domiciliaria. L'ESCA-2002, també inclou examen de salut, però tan sols en el 16,6% dels d'entrevistats.

Agafant com a base els qüestionaris de les enquestes de salut ja citats, hem creat un qüestionari propi que inclou les parts més importants d'aquestes, però tenint en compte les característiques especials de la nostra població d'estudi. És un qüestionari únic, passat per

entrevista domiciliaria personal mitjançant entrevistadors.

El qüestionari consta de 4 grups de preguntes:

**1-Dades sociodemogràfiques:** a banda de les habituals, hem inclòs d'altres específiques, que es comenten tot seguit i que creiem necessàries per obtenir informació adient als nostres objectius, tenint en compte les característiques especials de la població d'estudi

*Lloc d'origen, anys de residència a Valls i coneixement del català.* Vam considerar que podrien ser característiques importants a l'hora de valorar l'arrelament social. Aquesta variable, no freqüent en les ES, si que es va utilitzar també en l'enquesta de salut Hospitalet- Vandellòs 1997.

*Nucli familiar i tipus de convivència.* En el nostre cas contemplem també la institucionalització. Ens interessava conèixer la prevalença d'aquest darrer tipus de convivència per motius de necessitats socio-sanitàries i de funcionalitat.

*Nivell d'ingressos.* Sempre és difícil valorar els ingressos econòmics de la població, però en ancians encara més. La majoria d'enquestes, no inclouen aquest apartat i consideren la classe social com indicatiu del nivell econòmic. En el nostre cas la majoria dels entrevistats reben pensió, en determinats casos, més d'una. Hi pot haver altres tipus d'ingressos, per rendes o béns immobiliaris i de vegades per ajuts de tercers. Vam creure necessari incloure en el qüestionari aquestes dades.

*Subjectivitat dels ingressos* Quan parlem de gent gran, la sensació global de la falta de recursos econòmics és general. Vam considerar interessant preguntar sobre la percepció subjectiva que ells tenen dels seus ingressos econòmics; per això vam incloure una variable per valorar-la.

*Canvis freqüents de domicili.* Per valorar l'anomenat fenomen de "l'avi oreneta", específic d'aquest grup poblacional.

**2-Dades d'utilització de recursos sanitaris.** A diferència de les enquestes de salut esmentades, no hem inclòs preguntes sobre el tipus de cobertura sanitària. En aquestes, al

voltant del 90% dels entrevistats tenien cobertura a càrrec de la sanitat pública i l'utilitzaven de manera majoritària i gairebé de manera exclusiva en el grup de majors de 65 anys. Tampoc preguntem sobre la satisfacció amb els serveis sanitaris. L'enquesta realitzada a la nostra zona (Alt Camp i Conca de Barberà, 1993), després de la implantació de la reforma sanitària contemplava un percentatge de satisfacció al voltant del 90 % i una mica superior en els majors de 65 anys, dades similars a enquestes més recents com l'ESCA 2002 i Barcelona 2000. Per aquest motiu i perquè moltes vegades l'entrevistador formava part de l'equip que habitualment tenia cura de l'entrevistat, no hem inclòs aquest tipus de pregunta en el qüestionari. En canvi, si que hem introduït una pregunta no habitual: l'accessibilitat de manera autònoma als serveis sanitaris, component important a l'hora de valorar les necessitats de serveis en la gent gran.

**3- Dades sobre morbiditat percebuda i hàbits de vida**, comuns en altres estudis. Aquí s'hi ha afegit la valoració de la qualitat de vida de l'entrevistat, un aspecte no habitual en les enquestes de salut. En aquest apartat cal dir que la majoria, basen la morbiditat en la percebuda pel pacient. En el nostre cas i a través de la consulta de les històries clíniques, hem pogut també analitzar la patologia diagnosticada i comparar-la.

**4- Presència de patologia específica.** Aquest apartat, d'elaboració pròpia, té pocs antecedents, ja que són escasses les referències bibliogràfiques sobre enquestes de salut dirigides exclusivament a ancians que viuen a la comunitat. Aquest grup de preguntes, basat en la utilització d'escales específiques, té com objectiu avaluar l'existència de síndromes geriàtriques.

## **VI-2-2. Examen de salut**

Hem avaluat, mitjançant l'exploració física, algunes característiques importants per valorar l'estat funcional de l'individu.

Un altra característica que diferencia el nostre estudi, és la inspecció estructurada del domicili de l'entrevistat. Hem pogut comprovar si les condicions eren adequades o no, a les característiques d'aquesta població.

## VI-3. Resultats

### VI-3-1. Dades sociodemogràfiques

#### *Edat i sexe*

Com es pot veure en la taula VI-1, el percentatge de majors de 65 anys de Valls és similar a la de la resta del Camp de Tarragona i Catalunya. Les petites diferències observades, d'altra banda no significatives, poden ser conseqüència del fet, que l'envelliment de la població és més acusat a mesura que disminueix la mida del municipi (Pla de Salut de Catalunya 2003-2005)

	<i>Total (%)</i>	<i>Homes (%)</i>	<i>Dones (%)</i>
VALLS	18,0	15,1	20,7
ALT CAMP	19,4	16,9	21,9
CAMP TARRAGONA	16,3	14,3	18,2
CATALUNYA	17,4	14,8	19,9

*Taula VI-1. Distribució de la població major de 65 anys (Font: Idescat, dades del 2001)*

L'envelliment poblacional amb un component majoritàriament femení no es diferencia del que succeeix a tota Catalunya (ESCA-2002).

L'índex de sobrenvelliment (majors de 85 anys / majors de 65 anys), que actualment a Catalunya és de 10,5%, en el nostre municipi arriba al 13,1%, possiblement, per la mateixa causa exposada anteriorment de l'envelliment poblacional.

#### *Estat civil*

L'estat civil més habitual és el de "casats", sobretot en els homes. La distribució de l'estat civil, és diferent entre els ancians i la població general adulta, ja que en aquests és més freqüent la viduïtat.

Al comparar l'estat civil dels subjectes de la mostra amb les dades del Institut Nacional d'Estadística de Catalunya (IDESCAT-2001), s'observen algunes diferències en la distribució d'estat civil per sexes respecta a la global de Catalunya. (Taula VI-2)

	<i>Solter/a</i>	<i>Casat/da</i>	<i>Vidu/a</i>	<i>Divorciat/da</i>
MOSTRA				
Total	6,2	60,4	31,5	1,9
Homes	1,9	81,6	14,6	1,9
Dones	9,3	46,0	42,8	1,9
VALLS				
Total	5,7	62,4	30,8	1,0
Homes	5,4	81,2	16,8	1,2
Dones	5,9	48,4	44,7	0,9
CAMP DE TARRAGONA				
Total	6,2	61,8	30,4	1,6
Homes	6,0	79,1	12,9	1,9
Dones	6,3	48,2	44,2	1,4
CATALUNYA				
Total	4,9	44,4	49,5	1,3
Homes	5,0	68,9	24,4	1,7
Dones	4,8	30,6	63,5	1,1

*Taula VI-2. Distribució de l'estat civil en diferents àmbits geogràfics, total i per sexes, expressat en percentatge.*

No hi ha diferències entre la mostra i la població d'estudi, excepte en el percentatge d'homes solters

### ***Tipus convivència***

La Taula VI-3, mostra els diferents resultats del tipus de convivència, segons l'enquesta comparada. Les dades són diferents, com també ho són els grups d'edat estudiats. En l'enquesta Barcelona 2002, el percentatge d'ancians, tant d'homes com de dones, que viuen sols, és similar al nostre. En la de Terrassa 1998, on fan 2 grups d'edat: 60-74 i majors de 75 anys, el percentatge de homes que viuen sols en el primer grup és més gran, però no així el de les

dones. D'altres enquestes no especifiquen el tipus de convivència per al subgrups de > 65 anys.

	<i>BARNA-2002</i>		<i>TERRASSA-98</i>		<i>VALLS-2001</i>	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Viuen sols (%)						
Majors de 65 anys	10,4	32,6			4,6	25,5
Entre 60-74 anys			6,8	13,8		
Entre 65-70 anys					1,9	23,8
Majors de 74 anys				24,1	7,3	27,2

*Taula VI-3. Dades comparatives entre diferents estudis de salut en el percentatge de gent gran que viuen sols.*

Comparant amb altres estudis fets exclusivament en gent gran, les dades sobre el tipus de convivència (Azpiazu 2003, Casado 2002), són similars a les nostres. Entre un 10-30% dels majors de 65 anys, viuen sols, al voltant del 50% en parella i entre un 10-20 % amb membres de la família. Les dades diferenciades entre sexes també es repeteixen.

### **"Avi oreneta"**

Aquesta és una forma característica de convivència d'alguns ancians amb algun grau de dependència, que en el nostre estudi xifrem en un 3%, sensiblement inferior a altres estudis que parlen d'una prevalença del 15 % (Sánchez 2000). Aquest fet es podria explicar, si es té en compte el tipus de població, àrea semi-urbana, amb un ampli teixit social, que podria donar suport informal en major grau que en les grans zones urbanes. També podria explicar-se pel fet de existir tres residències per a gent gran al municipi.

### **Classe social**

Els estudis de salut ja esmentats, que utilitzen el mateix sistema de classificació que nosaltres, mostren uns percentatges de classe I i II, en els majors de 65 anys, de entre 10-15% en els homes i 2-5% en dones, una mica superior a les nostres (8,2 i 1,9 % respectivament), que podria ser també explicable, pel fet de ser una població semi-urbana.

### **Nivell d'instrucció**

Comparant el nivell d'instrucció dels nostres ancians amb les dades de l'Idescat, s'observa que el percentatge d'homes analfabets a Valls, és inferior (1,8%) al global de Catalunya (5,6%). En les dones els percentatges són similars, al voltant del 9%. El individu amb estudis superiors també tenen uns valors semblants als nostres. Les dones tenen un menor nivell



d'instrucció en ambdós casos.

### ***Coneixement del català i lloc d'origen***

Aquestes són variables poc estudiades en les enquestes de salut. Nosaltres les hem inclòs per creure que podrien tenir alguna relació amb el suport social. S'observa en l'anàlisi bivariant, una relació positiva entre el fet de conèixer el català i el nivell d'estudis, sobretot en els originaris de comarques de fora de Catalunya; també amb el grau de recolzament social subjectiu; però al ajustar-les per altres variables, l'efecte desapareix. Cal dir que la gran majoria feia molts anys que vivia a Valls i per tant, amb temps suficient per poder formar un teixit social de suport. El coneixement de la llengua catalana al voltant del 90 % no mostra diferències respecte al global de Catalunya.

L'origen de la població, la meitat de la qual es nascuda a Valls o comarca de l'Alt Camp, tampoc no es diferencia de la resta de Catalunya. Un 52% de la població gran viu en el mateix lloc on va néixer (Idescat 2001).

### ***Situació econòmica i tinença de l'habitatge***

La principal font d'ingressos declarada pels entrevistats, és la pensió de jubilació o viduïtat. Aquestes dades són similars a les publicades l'any 2004 per l'Institut de l'envelliment de Catalunya.

La valoració dels ingressos econòmics te sempre important dificultats de fiabilitat. No hem trobat relació en l'anàlisi bivariant, entre els ingressos declarats i la sensació subjectiva de la idoneïtat d'aquests, per poder viure. Creiem poc fiable, la declaració d'altres ingressos diferents de la pensió, què tan sols són reconeguts en una proporció molt baixa. Cal destacar que en molts casos el cuidador o familiar present en l'entrevista discrepava de les dades declarades pel entrevistat.

La propietat de l'habitatge és un fet habitual entre la gent gran. Les dades de l'Idescat, similars a les nostres, indiquen que entre un 74-81% de les persones grans son propietàries del lloc on viuen i que un 16 % viuen de lloguer.

**VI-4. Utilització recursos sanitaris.**

El coneixement de la utilització dels serveis sanitaris per part d'una població, és una constant en les enquestes de salut. L'ús d'aquests serveis, té una sèrie de determinants lligats tant al pacient/usuari, com a l'estat de salut, les característiques socio-demogràfiques i el reconeixement de símptomes. També està lligada a factors del sistema sanitari, com la disponibilitat i l'accessibilitat. (de la Revilla, 2003)

Creiem necessària, la valoració de l'accessibilitat als recursos sanitaris, en un estudi de salut de població anciana, ja que aquesta, és la primera causa d'inclusió dels pacients en el programa d'atenció domiciliària (de la Revilla, 1991).

S'observa que gairebé una cinquena part dels nostres ancians tenen algun grau de dificultat per accedir-hi de manera autònoma i és del 41% en els majors de 80 anys. Coincideixen amb les nostres dades les valoracions d'alguns autors com Fernández 1988, que parla d'un 20-25 % de majors de 65 anys amb algun grau d'invalidesa. Genè 1997 i Espejo 1997, xifren entre un 8-13%, la gent gran que viuen en els seus domicilis immobilitzats. Aquestes dades són similars a les nostres, si considerem que el 15,4 % dels nostres avis, consideren impossible l'accés als serveis sanitaris. Els principals motius de la falta d'accessibilitat, expressats per alguns autors, ha estat la patologia crònica múltiple (Hernando 1992), tenir alguna discapacitat i tenir dificultats per les activitats de la via diària. En el nostre estudi hem observat que l'equilibri i la dependència per ABVD són variables amb un important valor predictiu sobre l'accessibilitat.

Hi ha pocs estudis que valorin el percentatge de població major de 65 anys que estan en programa d'ATDOM. Escudero i col. 2003, a partir de dades del INSALUD, recomanen que el percentatge d'ancians inclosos en el programa, hauria de ser: d'un 5% entre el grup de 75-79 anys, 10% entre els de 80-84 anys i 20% en els majors de 85 anys. Els nostres resultats, són una mica inferiors en el grup més jove, però molt similars als recomanats pel INSALUD en la resta de grups d'edat. S'observa que entre els subjectes amb dificultat per accedir al servis sanitaris, una tercera part no estan inclosos en el programa ATDOM i en aquells que tenen l'accés impossible, hi ha una cinquena part que tampoc ho estan. Els resultats no mostren diferències en quan al tipus d'equip assistencial, sigui reformat o no. Això podria explicar-se, per ser principalment infermeria (Grup ATDOM de la Societat de Medicina Familiar i Comunitària, 2003), els responsables de les visites i aquests si estan tots reformats. En quant els factors que

s'associen a la inclusió en el programa, els nostres resultats coincideixen amb els criteris recomanats per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, en el seu Programa d'Atenció Domiciliària i els trobats per altres autors (Escudero 2003, Segura 2004), que són principalment: l'edat, determinades patologies i dependència per algunes ABVD. Cal destacar, que en el nostre cas la mitjana de visites fetes ha estat molt superior a la del grup de treball del Raval Nord (Segura 2004). L'explicació possiblement és, que nosaltres hem comptabilitzat totes les visites fetes a un pacient d'ATDOM, ja fos de metge, infermeria, a demanda o programada, i el grup de Segura les compatibilitzen per separat.

El percentatge dels majors de 65 anys, que han visitat al metge de capçalera en el darrer any, en els enquestes de salut consultades (Vandellòs-Hospitalet 1997, Terrassa 1998, Barcelona 2000, Illes Balears 2001, ESCA, 2002), està entre el 85-90%, similar al nostre 87,4%.

Més difícil és comparar el nombre de visites realitzades, ja que en les enquestes de salut, aquesta dada no s'acostuma a demanar, possiblement pel fet que l'obtenció de les dades es fa a través de les respostes dels entrevistats, i això pot tenir biaixos de memòria en preguntar dades del darrer any. Nosaltres hem comprovat la freqüentació subjectiva i l'objectiva, a partir dels sistemes de registre informàtic i les diferències no han estat significatives.

La mitjana de visites fetes per infermeria, és una mica superior a la mitjana del metge. Les visites de seguiment són més habituals en infermeria i poc freqüents en la consulta mèdica on majoritàriament es fan visites de cita prèvia o del mateix dia. En la enquesta de Vandellòs-Hospitalet van trobar una mitjana de visites al metge de capçalera de 11,2. Aquesta xifra superior a la nostra (5,6), es pot explicar, segurament, si tenim en compte que en el nostre anàlisi, hem exclòs els pacients en programa ATDOM, els quals tenen una freqüentació més alta.

Per alguns autors (Revilla de la 1991), els principals factors que intervenen en la utilització dels serveis sanitaris són: l'edat, sexe, estat civil, instrucció, percepció de salut i ingressos econòmics. En el nostre cas, hem observat que els factors que estan associats a la freqüentació en consulta són diferents, si es tracta de consulta mèdica o d'infermeria. En el primer cas, ni el sexe ni l'edat han estat significatius i si en canvi el nivell d'instrucció i alguns factors de risc (hipertensió arterial, dislipèmia). En infermeria tanmateix, els factors amb més impacte sobre el número de consultes són: l'hipertensió, diabetis, el consum de fàrmacs i l'edat.

De la Revilla afirma: que els models multivariants usats en la investigació sobre la utilització dels serveis sanitaris, aconsegueixen explicar tan sols un petit percentatge en la varianza, i que una part d'aquesta, es deu a variables clíniques i a necessitats de salut. També conclou, que son aquestes, de fet, el determinant principal i el predictor més important. Això coincideix plenament amb el nostre estudi, ja que els diferents models utilitzats no aconseguien explicar més que el 18-19% de la varianza.

Les diferències en el nombre d'especialistes visitats al darrer any, que refereix l'entrevistat i les dades objectives obtingudes dels registres, no han estat significatives i són similars a les obtingudes en les enquestes ja esmentades. Montañés 1997, troba que el 33,8 % dels homes i 54,1% de les dones, majors de 65 anys, han consultat algun especialista el darrer any. Nosaltres hem trobat valors una mica superiors (68,1%), sense diferències entre sexes. Això es podria explicar pel fet que en la nostra zona, el especialistes són tots a l'hospital i que algunes visites, són directament derivades del servei d'Urgències, sense passar per l'atenció primària.

El percentatge dels nostres ancians que han acudit a consultar a urgències hospitalàries, en el darrer any, ha estat superior al descrit en la de l'enquesta de Barcelona 2000, on troben uns xifres al voltant del 20 %, enfront del nostre 40% . Això es pot explicar el fet que en la nostra àrea bàsica no hi ha servei d'atenció continuada, coberta directament pel servei d'urgències de l'hospital i moltes consultes, que podrien ser ateses per la primària, ho són en aquest nivell assistencial.

El percentatge d'ingressos hospitalari, és similar als dels altres estudis. Coincidim amb la enquesta de Barcelona 2000, al voltant del 17 % i una mica inferior a la de Terrassa on troben valors al voltant del 30% en homes i del 15% en dones.

En la present tesi s'ha observat poca utilització dels serveis socio-sanitaris (hospital de dia, treballadora familiar o tele-assistència). Caldria tenir-lo en compte, ja que segurament fora necessari utilitzar més aquests serveis.

## **VI-5. Resultats de la VGI**

### ***Prevalença de FR***

#### ***Hipertensió arterial***

La hipertensió arterial (HTA) en els ancians, comporta un augment del risc cardiovascular (RCV), d'aquí, la seva importància. Per altra banda, hi han pocs estudis que mesurin la prevalença d'aquest factor de risc, en població anciana.

En el nostre estudi, hem observat una prevalença global d'HTA del 49,3%, més alta en dones (55,6%) i en el grup d'edat de 65 a 74 anys (51, %). Dels pocs estudis de base poblacional que valoren la prevalença d'HTA en població geriàtrica, cal destacar l'estudi EPICARDIAN (Sanchez, Alonso i col, 1996), que va mostrar una prevalença del 44,8% seguint criteris de l'OMS ( $> 160/90$ ) i del 66,7 % si es consideren els criteris del JNV-VI. Gonzalo i col 2004, de l'Escola Andalus de Salut Pública, a partir de dades de la Encuesta de Salud-1997, troben unes xifres de 35,1% en dones i 23,6% en homes. L'ESCA 2002, troba prevalences més altes, al voltant del 40%. En l'estudi de Pineda i col 2002, del grup d'investigació clínica del Sureste (Valencia), xifres del 51,7%. Lopez- Fernandez i col. 2002, d'Astúries, esmenten unes dades al voltant del 60%. Al igual que en el nostre estudi, tots els autors coincideixen en una major prevalença de HTA en dones.

Estudis poblacionals a nivell internacional, donen xifres al voltant del 50% (Black 1998). Cal considerar que els valors trobats en el nostre estudi, s'han extret de les històries clíniques i no permeten establir quins criteris es van seguir per al seu diagnòstic. Atès que els criteris han canviat en el temps i que en molts casos, els utilitzats en les històries de molt pacients han pogut ser : HTA si  $>160/90$ , això suposaria una infravaloració de la prevalença d'aquest FR.

#### ***Diabetis Mellitus***

Estudis de prevalença de DM, en el nostre país, tant en població general com també en ancians, mostren valors que oscil·len entre un 15 i un 20 % (Gonzalo i col 2004, ESCA-2002, Pineda i col 2002) En l'ESCA 2002, donen prevalences una mica superiors en homes que en dones (REGICOR, ESCA-2002). En tots la prevalença augmenta amb l'edat.

Les dades obtingudes en el nostre estudi, coincideixen amb els treballs esmentats

anteriorment en quan a les xifres de prevalença de diabetis. Hem observat que aquesta disminueix en el grups de més edat, cosa que es pot explicar pel fet de que les dades les hem recollides de les històries clíniques i aquestes tenen menys dades registrades en els pacients més grans.

### ***Hipercolesterolemia***

La xifra de prevalença de hipercolesterolemia és difícil d'establir degut a l'àmplia disparitat dels criteris diagnòstics, segons els estudis i les àrees geogràfiques.

En el nostre àmbit (ESCA-2002), troben unes xifres del 26,4% en majors de 64 anys. Gonzalo i col 2004, sobre el 20% (amb un cert predomini en dones) i Pineda i cols 2002, al voltant del 32,5%. La prevalença del 29,6% de manera global, una mica més alta en les dones, observades en el nostre estudi, són similars a les descrites.

### ***Obesitat***

L'obesitat és un problema de salut que afecta a una gran part de la població anciana, en major proporció a les dones.

Una tercera part dels nostres ancians (33,8%), n'estan afectats. Aquestes dades són semblants a les aconseguides en l'examen de salut d l'ESCA 2002, on van trobar en el subgrup de població estudiat de 60-74 anys, una prevalença en homes del 20,2 % i en dones del 35,8%. En els estudis de Gonzalo 2004 i Pineda 2002, les xifres son de 31 i 46,7% respectivament. Cal destacar en aquest darrer estudi una troballa molt poc habitual: una prevalença més alta en els homes.

### ***Patologia crònica***

La presència de trastorns crònics es considera un indicador objectiu de salut, tant si és mitjançant avaluacions clíniques o preguntant directament a l'entrevistat. En les enquestes de salut per investigar la presència de patologia crònica, s'utilitzen preguntes obertes o mitjançant llistats específics. En el nostre estudi, ens hem basat per mesurar la freqüència de malalties cròniques, en els registres de la història clínica. Creiem que es més objectiu, ja que de vegades, en la gent gran per la freqüència de pluripatologia que els caracteritza, algunes podrien estar infravalorades i la indefinició d'altres, podria fer difícil la valoració (ex: mala circulació). No

obstant, consultar tan sols les històries clíniques pot donar prevalences més baixes, degudes a un baix registre. Per això, també hem interrogat sobre la patologia percebuda i les hem comparat.

En les enquestes de salut consultades (Vandellòs 1997, Terrassa 1998, Barcelona 2000, ESCA 2002), troben en els majors de 65 anys (al preguntar als entrevistats sobre una llista de malalties), una xifra de patologia crònica percebuda del 88,5 % en la de Barcelona i gairebé del 100 % en l'ESCA 2002, molt pròximes a les nostres en la valoració subjectiva, però inferior a les diagnosticades en la història clínica.

En els estudis específics sobre població anciana, les dades són més divergents. Gonzalo i col 2004 troben que 57,5% del homes i 63,5% de les dones tenen algun trastorn crònic. Per Perula de Torres i col. 1997, aquesta xifra arriba al 94,8%. Les nostres dades amb valors propers al 90% s'assemblen més a aquest darrer. Cal dir que la diferència de percentatge trobat, entre patologia crònica registrada en història clínica i la percebuda pels entrevistats, podria ser deguda a un infraregistre, sobretot en aquelles de tipus subjectiu, com les osteoarticulars que per considerar-les de vegades “normals”, podríem tenir un certa tendència a no registrar-les.

El tipus de patologia crònica més habitual en tots els estudis esmentats i les enquestes consultades, correspon a la patologia osteoarticular, seguides per les cardiovasculars. Idèntics resultats hem obtingut nosaltres.

### ***Hàbits relacionats amb la salut***

Totes les enquestes de salut consultades, indiquen una disminució de la prevalença d'hàbits tòxics amb l'edat. En l'ESCA-2002, per exemple el percentatge de fumadors actius en l'edat de 45-64 és del 24,5% i de 7,6 %, en majors de 65 anys. El mateix succeeix amb el consum habitual d'alcohol, que disminueix de 54,1 % en adults joves a 39,2% en ancians.

Estudis específics sobre població anciana (Gonzalo,2004, Pineda, 2002, Perula de Torres, 1997), mostren xifres de prevalença de tabaquisme entre el 10-20 %, pràcticament exclusiu dels homes. Amb el consum d'alcohol habitual passa el mateix, les xifres són entre un 50-60%, en els homes i del 20-30% en les dones. Els nostres resultats coincideixen, tant a nivell de prevalença global d'aquests hàbits com en la seva major freqüència en els homes.

Un altre hàbit relacionat amb la salut i també sovint estudiat en les enquestes de salut, és la realització d'exercici físic habitual. En aquest cas, els diferents criteris utilitzats, fan difícil les comparacions. El nostre estudi contempla com a activitat física la realització d'exercici (caminar, natació...) com a mínim, una hora diària, 3 dies a la setmana. Aquesta dada ha estat difícil de valorar, ja que en ocasions i sobretot en els homes, de vegades, tenen petites peces de terra, que cultiven i que són a les afores del poble, és difícil calcular l'exercici físic que això pot suposar. En els cas de les dones, amb molta freqüència cuiden nets, i els porten i els van a buscar a l'escola. Els hem preguntat si consideraven que aquestes activitats suposaven un temps superior al recomanat. Això ens ha donat una prevalença d'activitat física regular (75% dels homes i 45,3% de les dones), superior a les de les enquestes de salut i estudis esmentats on consideren exercici físic el temps dedicat al gimnàs o activitat física esportiva estricta.(3,3% en el estudi de Gonzalo, 2004)

### ***Salut dental***

Interrogar en les enquestes de salut sobre les visites al dentista és una pràctica habitual. Aquestes troben dades molt baixes de consulta en el grup de majors de 65 anys. Al voltant del 11 % consulten de manera habitual i el 17,5 % ho havien fet alguna vegada en el darrer any (Vandellos.1997). El 11,3 % del nostres entrevistats havien consultat alguna vegada en el darrer any, xifra una mica inferior, però explicable possiblement pel fet de que les dades van ser tretes del registres del centre i alguns d'ells podien haver anat en alguna ocasió a algun centre privat.

No hem trobat dades sobre prevalença de dificultats per la masticació en aquest sector de població, tot i que les societats de geriatria i de MFIC aconsellen investigar aquesta dada a l'hora de fer la valoració geriàtrica. Els valors trobats en el nostre treball, amb un 22% dels entrevistats amb dificultats per la masticació, també ens indiquen la necessitat de registrar aquesta dada per poder fer, si fos possible, algun tipus d'intervenció

### ***Activitats preventives***

Les activitats preventives en els ancians, tenen per objectiu, segons alguns autors (Frame 1999), no principalment augmentar els anys de vida, sinó que aquests siguin lliures d'incapacitat. Es per això que en aquest grup d'edat les activitats s'ha de fer en funció del benefici individual, es a dir, per l'expectativa de vida i no per l'edat de l'individu. En geriatria



tenen major transcendència les activitats encaminades a disminuir la incapacitat i dependència (González 1995). En la gent gran es recomana fer 2 tipus d'activitats preventives ( Golberg 2003, PAPPS 2003): per una banda les comuns a d'altres grups d'edat i unes altres d'específiques. En l'atenció primària les primeres estan plenament integrades en les activitats dels equips assistencials, però no així les específiques, on hi manquen estudis de l'efectivitat de la valoració geriàtrica, en el medi comunitari (Alvarez 2004). Segons Fries 1993, els programes de promoció de la salut en la gent gran, tenen la capacitat potencial de millorar la salut d'aquest col·lectiu.

Hi ha poques dades, en la bibliografia mèdica, sobre el compliment de les activitats preventives en gent gran. Resultats de la valoració del PAPPS 2003, donen xifres globals de compliment, però no per edats i encara menys específiques dels ancians. En aquest estudi els percentatges de seguiment de les diferents activitats varien segons quina sigui l'activitat que es mesura.

La cobertura vacunal entre els nostres ancians es situa al voltant del 60%, una mica superior en el cas de la vacuna antigripal, sobretot en les dones i en el grup de més edat. Aquesta xifra és similar a la que obtenen en el subgrup de majors de 65 anys en l'ESCA-2002 (61,2%) i una mica superior a la de l'enquesta de Barcelona 2000 (55%). Cal tenir en compte que en aquesta última, les dades es van obtenir mitjançant pregunta directa als individus i això podria donar un biaix de memòria. De fet nosaltres no hem trobat diferències entre el registre i la pregunta directa a l'entrevistat en quant a la vacuna antigripal, però sí en la antineumocòccica i en la vacuna antitetànica, obtenint un percentatge per registre a la història clínica superior a l'obtingut per entrevista, Aquest fet segurament es deu a la periodicitat anual de la vacuna de la grip, fet que ajuda a recordar si la vacunació s'ha fet o no.

En relació al registre de cribratge d'obesitat, en la present tesi, tan sols en el 50% de les històries clíniques constava, encara que fos una sola vegada, la talla i el pes de l'individu. Crèiem que aquest percentatge és baix i més quan els individus entrevistats, en un 80% o més, acudeixen com a mínim una vegada a l'any a la consulta. Sospitem que aquesta activitat molt probablement es fa en un percentatge superior, però que no es registra, probablement per no donar-li massa importància a aquesta activitat.

La mesura de la tensió arterial (TA) registrada, és d'un 60%. Aquesta xifra coincideix amb

els rangs de les diferents enquestes de salut, que donen xifres entre un 50-80%. Creiem que les diferències poden ser degudes al diferent sistema de valoració emprat en cada enquesta. Nosaltres tan sols hem considerat les presses de TA enregistrades en l'història clínica, en aquells individus no diagnosticats d'HTA. En l'ESCA 2002, es preguntava sobre la toma de TA com a mesura preventiva, obtenint un percentatge similar al nostre (61,2%). Subias i col, 2003, en l'enquesta per valorar el coneixement i la percepció de la població sobre activitats preventives, troben que el 67,9 % de la població global declaren que el seu equip sanitari li pren periòdicament la TA. Si això ho extrapolem a població anciana amb una major freqüentació, possiblement el percentatge seria més alt. Les dades trobades en el nostre estudi és possible que siguin degudes a un baix infraregistre, més encara si considerem que la toma de TA es un tècnica associada a múltiples actes sanitaris.

El cribratge de hipercolestolemia en el nostre estudi, avaluat sobre el registre en la història clínica, és similar al que obtenen Subias i col 2003, i està al voltant del 70%. Es una mica superior al de l'ESCA 2002 (65,6%). Aquesta diferència podria ser deguda a que el pacient no ho recordi quan se li pregunta, però si estigui registrat en la història clínica .

Consta haver realitzat l'activitat sobre detecció del consum de tabac i alcohol en el 76% dels homes i 52% de les dones. Aquestes dades són inferiors a les obtingudes per el Grup d'experts del PAPPS 2003, quan pregunten a la població general sobre si el seu metge/infermera li han preguntat sobre el hàbit tabaquic (88,4%), el consum d'alcohol (73,6%). Les diferències es podrien explicar pel fet de que no es registra l'activitat, però també perquè en aquest grup de població es consideri innecessària l'activitat, sobretot en dones per la baixa prevalença d'aquests hàbits tòxics

L'activitat de detecció precoç de càncer de mama i coll uterí en les dones del nostre estudi, amb un compliment del 80% en el primer cas i d'un 37 % en el segon, són superiors a les trobades en les enquestes de Barcelona (34,2 % i 25,5%) i de Terrassa (31,6 % i 26,2 %), el poc temps d'evolució des de la implantació del programa poblacional de detecció de càncer de mama, podria ser la causa d'una implementació tan baixa en aquestes dues. El valors superiors trobats en l'ESCA 2002 (85% i 84,5%), podrien ser conseqüència de no registrar una activitat, habitualment feta fora de l'atenció primària, però que sigui declarada com realitzada al preguntar a l'entrevistada.

*Prevalença síndromes geriàtriques**Caigudes*

Les caigudes en ancians, són un important problema de salut, cada cop més acceptat i estudiat. A la bibliografia es diu, que una tercera part dels majors de 65 anys cauen com a mínim un cop a l'any (Salvà 2004, Pujiula 2003, Tromp 2001, Tinetti 1997, Mendez Rubio 1997). Els resultats dels diferents autors sobre la seva prevalença, varien segons la metodologia emprada i el nivell assistencial estudiat. En l'ESCA-2002, a nivell comunitari, troben que un 17,9 % dels majors de 65 anys, han caigut en el darrer any i en el Centre Geriàtric Municipal de Barcelona (Salvà 2004), fins un 46,6 %.

Els nostres resultats amb una prevalença del 40 %, són similars als descrits en la majoria de referències bibliogràfiques esmentades.

En l'estudi "Envejecer en Leganés" (Mendez Rubio i col 1997), d'àmbit comunitari, troben una prevalença de caigudes del 14%, molt inferior a la nostra. Els propis autors comenten que, respecte a altres estudis, la baixa prevalença es podria explicar pel baix índex d'envelliment de la població (8%), inferior al nostre (20%). Les caigudes amb alguna conseqüència representen un 6% del total, contra un 70% del nostre estudi. Aquesta diferència, es pot explicar, pel diferent criteri seguit a l'hora de categoritzar la variable "conseqüències de la caiguda". Els autors de Leganés, només contempen les lesions greus. En el nostre cas, les lesions lleus són les més freqüents (75,9%). Si tan sols comparem les lesions greus, ambdós estudis obtenen resultats similars. En l'associació entre diferents variables i les caigudes, coincidim amb Mendez- Rubio, en gairebé totes menys en el cas de deteriorament cognitiu, on nosaltres no hem trobat d.s. Les diferències trobades en l'anàlisi multivariant, es poden explicar pel major número de variables introduïdes en el model, en el nostre cas. Analitzat la relació entre les caigudes i la capacitat funcional, les diferències dels dos estudis es poden explicar per la diferent metodologia emprada: nosaltres hem utilitzats tests ja validats i els autors de Leganés una escala pròpia. Coincidim, en canvi, en que l'edat no es un factor independent per caigudes.

En el treball publicat per Sèculi Sánchez i col 2004, amb dades obtingudes de l'ESCA-2002, troben una prevalença del 17, % de caigudes, superior en les dones i en els grups d'edat més alta. També associen factors demogràfics, com la classe social i el nivell d'estudis, patir més de

3 patologies cròniques i discapacitat. Nosaltres no hem trobat associació estadísticament significativa entre els grups d'edat, classe social ni nivell d'estudis. Si coincidim, en l'anàlisi bivariant, en l'associació entre caigudes i tenir més 3 patologies cròniques, tan si aquestes estan diagnosticades i registrades en la història clínica com si són patologies percebudes pel propi ancià. També en la presència de discapacitat, dèficit visual, alteració de la marxa i equilibri. En l'anàlisi multivariant, els autors perden com variables predictores, l'edat i la classe social i conserven la resta. Les diferències trobades podrien explicar-se per les diferències metodològiques. Aquests autors, pregunten sobre l'existència d'alguna caiguda que requereix assistència, la qual cosa exclou aquelles sense conseqüències, que representen el 30%, en el nostre estudi. No se li pregunta al subjecte sobre la medicació consumida, ni es fa la valoració de l'estat funcional, variables que nosaltres si hem observat que tenen efecte sobre el fet de caure.

En l'estudi de Salvà 2004 (Institut català de l'envelliment), per valorar la incidència de caigudes i la seva relació amb altres variables, troben una prevalença del 25,1% en homes i 37% en dones. Un 71% de les caigudes tenen conseqüències d'algun tipus i un 7,7% van suposar una fractura. Aquestes dades s'assemblen a les obtingudes per nosaltres. Troben, com variables associades a major risc de caure, en la regressió logística, amb significació clínica: l'edat, sexe femení, dependència per les AIVD i les ABVD i haver patit prèviament una caiguda. Excepte en l'edat, en la resta de troballes, coincideixen amb els nostres resultats.

Cal assenyalar que en el nostre entorn la majoria d'estudis sobre prevalença de caigudes en la comunitat exclouen els institucionalitzats. Contràriament al que esperàvem per la bibliografia consultada (Jensen 2002, Porta 2001), els 33,3% dels institucionalitzats van patir alguna caiguda, enfront el 42,2 % dels que viuen al seu domicili, diferències que no són estadísticament significatives. Aquesta dada es podria explicar per el petit nombre de subjectes institucionalitzats de la mostra.

De manera gairebé consensuada (Gillespi 2003), s'accepten, com factors intrínsecs de risc de caigudes: l'ús de determinats fàrmacs, alteracions de la marxa i l'equilibri, audició i visió, malalties agudes i cròniques. En el nostre estudi no hem trobat relació amb algunes d'aquestes, possiblement per tractar-se d'un estudi transversal, no dissenyat específicament per estudiar caigudes. Això explicaria el petit percentatge de variabilitat de la variable dependent amb el

model escollit (16%). Possiblement un estudi prospectiu dissenyat exclusivament per trobar associacions, podria donar resultats diferents i amb major valor predictiu.

### ***Incontinència urinària***

Els estudis epidemiològics sobre prevalença d'incontinència urinària, mostren que és un problema de salut important (Abrams 2002, Stoddart 2001). S'han identificat diferents factors associats: l'edat (Locher 2002), altres de caràcter obstètric-ginecològic (Benassi 2002, Pregazzi 2002) i en gent gran factors associats a determinades patologies (neurològiques i osteomusculars) (Hunskaar 2000). Hi ha estudis, molt recents que parlen inclús de risc familiar (Hannestad 2004).

Alguns autors (Shaw 2001, Gavira-Iglesias 2001, Hunskaar 2004), consideren la incontinència urinària com un problema ocult, ja que calculen tan sols en un 20-40%, el percentatge d'afectats que demanen ajut mèdic. Per aquest motiu, en la present tesi, es valora la presència d'incontinència urinària a través del qüestionari, preguntant als entrevistats directament sobre la seva existència i no per la consulta de histories clíniques, acceptant que el registre d'aquesta síndrome podria ser molt baixa.

Entre els diferents estudis, la prevalença de incontinència urinària, mostra valors diferents, amb un interval molt ample, que va del 5-56%, depenent de la metodologia emprada (Hunskaar 2004, España 2002). En el nostre entorn, no hi ha gaires estudis de prevalença d'incontinència urinària a nivell comunitari.

Un estudi realitzat sobre població espanyola (Damian 1998), utilitzant com instrument de valoració, la pregunta directa a l'entrevistat, aporta una prevalença del 15, %, molt inferior a la nostra (45,6%), i a la majoria dels estudis citats. Tampoc no troba diferències significatives entre sexes, al contrari de la de la resta d'estudis, incloent el nostre. Assenyala que un 34,3% dels subjectes no havien consultat mai el tema amb el seu metge. També estudia l'ús d'absorbents (20,2%), superior al que hem trobat nosaltres (7%). Cal dir, que en el nostre cas, les dades s'obtenen de la pregunta directa a l'individu, completada per la consulta de la prescripció feta. Aproximadament un 50% dels que consumeixen bolquers, no declaren tenir incontinència durant l'entrevista.

En un estudi realitzat a Galícia ( Dios-Diz 2003), on sols valoraven prevalença, les dades de

35,1%, entren dintre de l'interval i són similars a les nostres. En l'estudi de Zunzúnegui 2003, amb una mostra de 1150 persones d'una zona urbana, mostren una prevalença en homes del 14% i en dones del 30%. De manera global, la prevalença del nostre estudi és superior a la trobada en la resta d'estudis citats. L'explicació podria ser, que hem preguntat directament, sobre la incontinència urinària habitual, però també sobre l'espòròdica i és aquesta última la més prevalent. Si tan sols considerem la habitual, les xifres són similars a la de la resta d'autors. Un estudi recent de prevalença en població rural (Gavira-Iglesias 2005), troba xifres del 46% con nosaltres.

La freqüència trobada per nosaltres, dels diferents tipus de incontinència urinària, és similar a la de altres autors (Sánchez 1999, Hunskaar 2004)

En quant a l'associació entre incontinència urinària i altres variables, considerades factors de risc, la coincidència amb els estudis citats, ha estat alta. Al fer l'anàlisi multivariant moltes d'aquestes associacions desapareixen. Així tan sols han quedat en el nostre model com factors predictors: sexe femení, consum habitual d'analgèsics i la dependència per AIVD. En la bibliografia hi ha consens en el fet de que la incontinència urinària, és un problema majoritariament femení (Hannestad 2004, Hunskaar 2004, Espuña 2003, Sanchez 1999). Alguns autors parlen de diferents factors predictors segons el sexe (Zunzunegui 2003). En els homes, els que més efecte tindrien serien: l'edat, la comorbiditat i l'alteració cognitiva. En les dones, a més de les anteriors, les alteracions de la mobilitat, el numero de fills i l'índex de massa corporal. En el nostre estudi, la no associació amb algunes de les variables descrites, podria ser pel fet, que algunes d'elles tenen baixa prevalença i la mostra estudiada és petita.

En l'estudi de Gavira 2005, després d'un seguiment de 5 anys, troben com a variables predictorres de tornar-se incontinent: l'edat, sexe, alteracions per la marxa, percepció de salut dolenta i viure acompanyat.

En una revisió del tema feta per Espuña 2002, afirma que en els estudis de qualitat de vida, les persones amb incontinència tenen major pèrdua que els no incontinents. Aquesta dada també l'hem observat en el nostre estudi. En els homes, l'afectació de la qualitat de vida per incontinència urinària és més freqüent. S'associa a pèrdua de qualitat de vida, de manera global i en les àrees d'energia, reaccions emocionals i mobilitat. En les dones l'afectació es menor, hi ha pèrdua que qualitat de vida de manera global i en l'àrea d'energia.

***Restrenyiment***

El restrenyiment és una queixa freqüent en la gent gran, i que comporta un elevat consum de laxants. Malgrat això, hi ha dificultats a l'hora d'establir la seva prevalença (Mateo 2003, Bixquert 2002, Espinosa 2000, Talley 1996). Per aquests autors, hi ha una diferència important entre la percepció subjectiva de restrenyiment, d'un 18-21% entre els ancians i les xifres reals d'aquest, aplicant els criteris de Roma II (Drossman 1999) que seria del 2%. En persones institucionalitzades la prevalença pot arribar al 40% (Espinosa 2000).

En l'estudi de Talley i col 1996, sobre 1833 individus de Minnessota majors de 65 anys, realitzat a través de qüestionari, amb una participació del 75%, van trobar una prevalença del 40,1%, superior en les dones i en els individus d'edat més avançada. Els nostres resultats al voltant d'un 30% són una mica inferiors.

Per altra banda s'ha evidenciat una escassa concordància ( $kappa=0,12-0,38$ ) entre la presència de símptomes de restrenyiment quant aquests són referits pels cuidadors o pels propis ancians (Espinosa 2000).

Ribera Casado 1987, en el seu tractat de Geriatria, comenta que en la majoria d'estudis sobre restrenyiment, el factor edat és el més important. Les causes: el propi canvi a nivell digestiu sofert pel envelliment, però també factors associats com el sedentarisme, major prevalença de malalties cròniques, canvis nutricionals, polifàrmacia, alteracions cognitives, de l'estat emocional i d'abandó social (Romero 1996). Talley troba associació amb la toma habitual d'antiinflamatoris no esteroïdals i altres fàrmacs, falta d'exercici i dependència funcional. En el nostre estudi, hem trobat com a factors associats: l'edat, ingressos econòmics superiors a 600 euros/mes, presència de patologia articular, existència de depressió, toma de benzodiazepines i dependència en AIVD. Malgrat que d'antuvi podríem relacionar que l'associació amb patologia articular podria ser per la falta de mobilitat conseqüència de la primera, ajustant el model per aquesta, no varia el resultat. No hem trobat relació en quant al sexe, polifàrmacia, alteracions cognitives i falta de recolzament social, però sí en l'associació amb alteracions emocionals.

En el nostre estudi, el model triat, explica un 32% de la variança de la variable restrenyiment. No hem trobat, en la bibliografia consultada, cap estudi en que puguem comparar aquesta xifra.

Cal destacar que entre el 30-50 % dels ancians consumeixen laxants (Navarro 1997). Les

dades obtingudes en el nostre cas, són de un 8,5% dels entrevistats, que a la pregunta: “quins medicaments consumeix de manera habitual”, van anomenar els laxants. Possiblement molt no considerin aquests com un medicament. Probablement preguntant directament sobre els seu consum la prevalença seria més alta.

### ***Malnutrició***

Les xifres sobre prevalença de malnutrició, en la població anciana que viu a la comunitat, ofereix una ampla variabilitat, en part per les diferències metodològiques utilitzades: paràmetres biològics, antropomètrics, qüestionaris. (Ramon i col 2001). L'instrument de mesura utilitzat en el nostre cas (Mini Nutritional Assessment.), és un test validat i molt utilitzat, en ocasions per valorar de manera global l'estat nutricional i d'altres per valorar els hàbits dietètics juntament amb les dades antropomètriques (Garcia 2002, Moreiras 2001, Salvà 1996). Hi ha diversos estudis que avaluen l'estat nutricional de la gent gran que viuen en la comunitat (Vellas 2001, Charlton 1999), també en el nostre entorn (Garcia-Lorda 2002, Beltran 2001, Ramon 2001). Gairebé tots ells situen entre el 3-10% la prevalença de malnutrició de la població anciana.

La prevalença del 1,8% de malnutrició establerta, de la present tesi, en població que viu en la comunitat és inferior a la trobada per Ramon 2001, tot i haver inclòs població institucionalitzada (3% de la mostra), però una mica superior a l'aconseguida per Salvà 1996, del 0,5%. Cal assenyalar que la mostra estudiada per aquests autors, és 10 vegades superior a la nostra i el estudi es fa de manera multicèntrica en diverses comunitats autònomes.

Els estudis en ancians institucionalitzats, mostren unes prevalences molt superiors, encara que amb una gran variabilitat depenent de l'estudi. Els valors més baixos els obtenen Ramon i col (7,7%). La resta d'autors (Hernandez 2001, Garcia-Lorda 2002, Vellas 2001, Esteban 2000), troben xifres que oscil·len entre el 26-60% depenent també, si es tracta d'una residència geriàtrica o d'unitats d'hospitalització. Inclús en aquestes últimes hi ha diferències de prevalença entre els diferents serveis hospitalaris. Alguns autors refereixen una major prevalença en dones no institucionalitzades respecte als homes (Ramon 2001), altres no (Moreiras 2001, Beltran 2001).

Els factors de risc de malnutrició en l'ancià ha estat objecte d'excel·lents revisions (Abassi



1994, Volkert 1992, Robbins 1989). Com a principals factors associats a malnutrició els diferents autors assenyalen: l'edat, deteriorament sensorial, alteracions de la cavitat oral, alteracions en la capacitat funcional, factors psicosocials (ingressos econòmics, depressió i demència) i factors mèdics (patologia crònica i consum de fàrmacs). Cal destacar que estudis del nostre entorn (Serra-Majem 1996 i Fernández-Ballart 1989), on valoren la composició de la dieta d'aquest grup de població, conclouen que la població anciana sana, que viu de manera autònoma al seu domicili, s'alimenta en relació als principis immediats, millor que la població adulta jove i amb una ingesta calòrica menor. Per Garcia-Lorda, tan sols aquells ancians molt grans i que viuen amb aïllament social, presentarien un alt risc de patir dèficits nutricionals causats per una dieta deficitària i /o monòtona

En el nostre estudi, únicament hem trobat, com factor predictiu sobre el risc de patir malnutrició, després d'ajustar-lo per edat, la dependència per les ABVD. Hem exclòs del model de regressió logística, totes aquelles variables incloses en el test MNA. Variables com: viure sol, presentar depressió o deteriorament cognitiu i d'altres descrites a la literatura com a causa de malnutrició, entren dintre dels ítems del test. Possiblement utilitzant altres criteris per valorar la malnutrició (biològics, antropomètrics), on es pogués relacionar amb un anàlisi multivariant totes aquestes variables, sense el risc de colinealitat, els resultats serien diferents. El fet de que, tan sols, les variables introduïdes en el model expliquin un 19% de la varianza, ens fa sospitar que hi ha encara molts factors que influeixen en la malnutrició que caldria contemplar.

### ***Dèficit visual***

Els trastorns de la visió són freqüents en la gent gran i donen lloc a diferents formes d'incapacitat (Klein 1996). Malgrat que els problemes visuals poden ser detectats per les persones mentre llegeixen o miren la televisió, una tercera part de les persones grans tenen pèrdues visuals importants no percebudes (McMurdo1988). Les diferents societats científiques recomanen el cribratge de les alteracions visuals (US Task Force, Canadian Task Force, PAPPS de la semFYC). La Generalitat de Catalunya en el seu Pla de salut 2003-2005, l'aconsella en els majors de 64 anys i recomana la tècnica dels optotips de Snellen, tot i que es desconeix la seva fiabilitat diagnòstica en atenció primària (Garcia de Blas i col 1999). Estudis fets per comparar la fiabilitat dels optotips davant una visita oftalmològica donen una

sensibilitat del 79 % i una especificitat del 98 % (Loewestein 1985). La tècnica utilitzada habitualment en les enquestes de salut (Encuesta Nacional de Salud 1997 del Ministerio de Sanidad, ESCA-2002 de la Generalitat de Catalunya), per valorar la capacitat visual és la pregunta directa a l'entrevistat, tot i que aquesta té una baixa sensibilitat i especificitat comparant-la a la valoració de l'agudesia visual per un optometrista (Smeeth 1998).

Nosaltres recollint aquestes recomanacions, hem utilitzats els dos sistemes i els hem comparat. Hem trobat, que respecte als optotips, la pregunta directa sobre l'estat de visió, té una sensibilitat i una especificitat baixes, similars a les descrites a la bibliografia (Grupo de Trabajo de Atencion al Mayor de la semFYC 2004).

Hi ha pocs estudis al nostre país sobre la salut visual de la gent gran. En altres països, estudis fets per optometristes i oftalmòlegs sobre ancians que viuen als seus domicilis, mostren un resultat que varien entre el 26 i 77 % segons els mètodes emprats ( Smeeth 2003, Rosenthal 2001, Klaver 1998).

Evans i col 2002, van fer un estudi al Regne Unit, amb l'objectiu de comparar l'efectivitat del cribratge d'agudesia visual entre metges d'atenció primària i especialistes. Van utilitzar un sistema de targetes, semblant als optotips, amb uns criteris similars als que hem utilitzat nosaltres per definir el dèficit visual. Van trobar un 12,4 % dels entrevistats (14,4% en dones i 9,1% en homes) amb dèficit visual i una prevalença de ceguesa del 2,1%. Smeeth 2003, en un estudi també anglès troben valors similars.

En estudis del nostre àmbit sobre l'estat de salut en població anciana on descriuen prevalences de diferents síndromes geriàtriques (Musoll i col 2002, Martin Lesende 2001), parlen de valors al voltant del 14%, amb un cert predomini en les dones. En els resultats de l'ESCA 2002, el 13,8 % dels entrevistats majors de 64 anys, refereixen tenir dificultats greus. En el present estudi, els resultats al voltant d'un 19% global, amb major freqüència en les dones i en els grups més grans, són similars als del nostre àmbit, però una mica superiors als de Evans i Smeeth. Com que la metodologia emprada i els criteris seguits són similars, la diferència es podria explicar per la mida de la mostra, 14.600 subjectes en el de Evans i 4.340 en el de Smeeth.

És difícil la comparació dels nostres resultats amb els d'altres estudis del nostre entorn, per

diferències metodològiques. En el estudi de Mussol 2002, utilitzen com a mètode de mesura, la valoració feta pel propi entrevistat, sobre població que compleix alguns criteris de fragilitat i excloent els pacients inclosos en programa ATDOM, tots ells factors que fan difícil la inferència dels resultats a la població anciana general. En el estudi de Martin-Lesende en el subgrup de població rural, més similar a la nostra en quant a les característiques sociodemogràfiques, els resultats són superiors amb una prevalença del 27,5%.

Les variables associades al dèficit visual, segons la bibliografia consultada són: l'edat, pèrdua de qualitat de vida (Ee-Munn-2004, Wolffsohn-2000), incapacitat funcional (Cacciatore 2004, Owsley-2004, Lopez-Verdejo 2002), depressió (Rovner 2002), caigudes (Coleman 2004) i inclús com a factor predictor de mortalitat (Borger 2003).

En el nostre estudi trobem com factors predictors de dèficit visual: l'edat, com la resta d'autors, la classe social I,II,III, d'aquesta no hem trobat referències a la bibliografia sobre la seva associació amb l'agudesia visual, podria ser explicable pel fet de que en el nostre estudi la majoria han estat de la classe IV-V, sobretot entre les dones, amb un nombre molt petit de subjectes en les classes socials que han estat significatives. Si hem trobat relació d'efecte, en canvi, entre la diabetis mellitus i el dèficit visual, cosa explicable ja que aquesta és una causa reconeguda de dèficit visual. En quant l'estat funcional, coincidim amb altres autors, en que la dependència per les ABVD, és un factor predictor de dèficit visual. No hem trobat en canvi efecte del dèficit visual sobre la pèrdua de qualitat de vida ni en homes ni en dones, ni tampoc sobre la freqüència de caigudes. El motiu podria ser el fet de ser una mostra petita en comparació als estudis que si ho han trobat.

### ***Hipoacusia***

La pèrdua auditiva és una causa de discapacitat freqüent en la gent gran, que es pot associar a alteracions funcionals, mentals i més sovint a situacions com aïllament social, deteriorament cognitiu i pèrdua funcional. Tenint em compte l'alta prevalença d'aquesta i l'existència d'intervencions efectives, es recomana el cribratge en els exàmens periòdics de salut dels ancians (Morera i col. 2001)

Les recomanacions de les societats científiques ( US Task Force, Canadian Task Force, PAPPS, Pla de Salut de Catalunya 2003-2005), aconsellen fer cribratge de la pèrdua auditiva en

majors de 65 anys. La prova de referència per poder valorar la agudesia auditiva és l'audiometria, de la qual no disposem a l'atenció primària. Per això en el nostre àmbit les tècniques recomanades són l'anamnesi, preguntant al propi pacient sobre la seva audició i l'audioscop (Mulrow i Liechtenstein 1991). Aquest últim tampoc no està a l'abast de l'atenció primària. Altres mètodes per avaluar l'audició és el test del xiuxiueig que té segons alguns autors una sensibilitat entre el 80-100 % i una especificitat del entre el 82-89 % respecte a l'audiometria (Mulrow 2001), però cal dir que la variabilitat inter i intraobservador és molt alta.

Nosaltres hem utilitzat l'anamnesi per valorar l'audició subjectiva i el test del xiuxiueig per valorar l'audició objectiva, tot i ser conscients de la limitació d'aquesta tècnica com a mètode diagnòstic. En el estudi de Sindhusake i col. 2001, on valoraven la sensibilitat de la pregunta directa al pacient i del test Hearing Handicap Inventory For the elderly (HHIE-S), van trobar que davant el resultat de l'audiometria, la pregunta simple tenia una sensibilitat del 78 % per pèrdues >25 dB, del 93% per >40 dB i del 100% per >60 dB. El HHI-S tenia una sensibilitat de 59,80 i 100% respectivament pel mateix nivell de pèrdua. La especificitat i el valor predictiu positiu, en canvi eren més elevats en el test. Creiem que aquest estudi és interessant perquè justifica la utilització de la pregunta senzilla en la detecció de pèrdua auditiva en atenció primària on el temps de consulta es escàs.

La sensibilitat de la pregunta: creu vostè que la seva audició és bona?, utilitzada en el qüestionari d'aquesta tesi, obté, comparant-la amb el test del xiuxiueig una sensibilitat molt baixa (41%), sensiblement inferior a la que refereixen els autors abans citats. L'explicació d'aquesta baixa validesa podria ser per la variabilitat inter i intra-observador del test i perquè l'hem utilitzat com a "gold estandar" i no ho és. Comparant la pregunta amb el resultat d'una audiometria, desconexem quina sensibilitat tindria.

Els resultats obtinguts en el nostre estudi, mostren que una tercera part dels entrevistats refereixen tenir problemes d'audició quan se'ls pregunta. Alguns autors (Halvik 1986) donen xifres del 23% en el grup d'edat de 65-74 anys, 33% en els de 75-84 anys i d'un 48% en els majors de 85 anys. Percentatge similar van trobar en la Encuesta de Salud 1997. En l'ESCA-2002, el valor ha estat del 10%, però cal dir que la pregunta que es feia es referia a la presència de dificultat greu. En l'estudi de Sindhusake, la prevalença de resposta positiva davant la pregunta senzilla va ser del 39%. En estudis sobre població anciana de l'àmbit de l'atenció

primària del nostre país ( Martin Lesende 2001, Mussoll 2002), troben xifres entre el 15 i 34%.

Els percentatges de hipoacusia, estudiada amb el test del xiuxiueig, amb unes xifres del 30% global, és difícil de comparar, ja que hi ha pocs estudis que utilitzin aquesta tècnica per la detecció d'hipoacusia.

Alguns autors (Walhagen 2001, Cacciatore 1999, Keller 1999), han trobat associació d'hipoacusia amb : edat, sexe, nivell d'instrucció, estat cognitiu i emocional. Nosaltres no hem trobat associació amb cap de les variables descrites. Tan sols hem trobat, la mala percepció de salut com a variable associada a hipoacusia. Destaca que el model de regressió logística emprat tan sols justifica, un 6,6 % de la variança de “presència d'hipoacusia”. Aquest fet podria ser explicat per la mida de la mostra i la baixa prevalença d'algunes de les variables introduïdes en el model.

### ***Polifarmàcia***

Els ancians són el grup de població que més medicaments consumeix (Ebrahim 2002, Valderrama 1998, Grupo de Trabajo sobre Incumplimiento 1993). La polifarmàcia, justificada en molts casos, és de vegades desproporcionada als problemes de salut de l'ancià. Actualment es consideren problemes associats a la polimediació: les reaccions adverses, les interaccions medicamentoses i l'incompliment (Aguilera 1999) .

En estudis recents tant a àmbit nacional (Aguilera 1999, Tomas i col. 1999, Valderrama 1998, Lopez-Torres 1997), com internacional (Veehof 2000, Carlson 1996), la proporció de persones majors de 65 anys que consumeixen habitualment algun medicament, oscil·la entre un 75-93%. La toma de més de quatre fàrmacs, no varia gaire en els diferents estudis, des de un 28,6% en el de Tomas 1999 a 37,8% en el de Arbas 1998. En un estudi longitudinal, amb seguiment de quatre anys, Veehof 2000, ha observat, que un 42% dels ancians tenen polifarmàcia (el criteri és en aquest cas de > 2 fàrmacs) i que durant el període d'estudi, 19% dels que no prenen cap medicament a l'inici, passaven a prendre més de dos, amb un increment de la mitjana d'1,3 a 1,7. Els factors per aquest augment en la medicació van ser : nombre de fàrmacs a l'inici de l'estudi, l'edat, algunes malalties cròniques i l'ús de medicació sense una indicació clara.

Els nostres resultats coincideixen amb les dades dels estudis mencionats tant en el percentatge d'ancians que prenen algun fàrmac (85,6%), com en la mitjana d'aquests (3,1) i

similar en la prevalença de polifarmàcia (26,2%)

En quan a les diferències per sexe, els diferents estudis no coincideixen. Lopez-Torres 1997 i Arbás 1998, troben major consum de fàrmacs en les dones i en els de major edat. La resta d'autors no troben d.s. Nosaltres tampoc les hem trobat. Coincidim amb Valderrama 1998, en que les dones més joves tenen major consum de fàrmacs que els homes, relació que s'inverteix a favor dels homes, en el grup de més de 80 anys.

El tipus de fàrmacs més consumits de manera global pels ancians, són els fàrmacs cardiovasculars. Aquesta observació coincideix amb la resta d'estudis, com també en que les dones consumeixen més benzodiacepines i els homes, més fàrmacs urològics i per l'aparell respiratori. Però no hem trobat diferències entre sexes en el consum de antiinflamatoris no esteroïdals ni d'antiagregants plaquetars, a diferència de Tomas i Valderrama que troben que significativament, els homes consumeixen més antiagregants i les dones més antiinflamatoris.

Ens ha sorprès que el percentatge d'entrevistats que declaren prendre antiinflamatoris de manera habitual (11,9%), sigui inferior a la d'altres autors (18 %) (López-Torres 1997) , encara que similar al de Valderrama (14%). Aquesta diferència pot ser, perquè sovint aquests fàrmacs, són producte de l'automedicació i es prenen a demanda, la qual cosa pot fer que l'entrevistat no la consideri medicació habitual, i no la declari quan se li pregunta per aquesta.

La majoria d'autors (Baena1997, Valderrama 1998, López- Torres 1997, Tomas 1999) han trobat associació entre polifarmàcia i : tenir més de tres patologies cròniques, mala percepció de salut, edat superior a 74 anys, depressió i major utilització de serveis sanitaris. El model escollit en el nostre estudi, per ser el que explica un major percentatge de la variança (31,1%), no dóna d.s per cap d'aquestes variables. En canvi, si hem trobat que tenen efecte sobre el fet de consumir més de quatre fàrmacs: estar diagnosticat d'hipertensió arterial i cardiopatia, fet explicable per ser els fàrmacs d'aquestes patologies els més consumits. També les caigudes, tenir un recolzament social deficient i haver tingut un ingrés hospitalari el darrer any, estan associades en el nostre estudi a polifarmàcia. Creiem de tota manera que els nostres resultats, no són contradictoris amb la resta d'autors ja que tan ells com nosaltres trobem que la patologia cardiovascular es la més freqüent i que la medicació utilitzada en aquestes és la que té un

percentatge més alt de consum.

Hem trobat unes xifres més altes de les esperades en el coneixement per part dels entrevistats dels noms dels medicaments que consumeixen (57,9%) i també de la seva utilitat (79,4%). Destaca el fet de que el 94,3% dels entrevistats coneixien la posologia dels fàrmacs. Respecta aquesta darrera dada, en un estudi recent (Leal Hernandez 2004) troben unes xifres sensiblement inferiors a les nostres, un 75% dels que prenen un fàrmac ho fan correctament i tan sols un 50% en els que prenen més de quatre. Aquest autor valora de manera individual la posologia de cadascun dels fàrmacs i dona resultats per separat, Nosaltres fem una valoració global. En l'estudi de Valderrama on troben una adequada posologia tan sols en el 40-45%, ho justifiquen dient que la toma de molts medicaments podria interferir en el compliment. L'estudi de regressió logística realitzat en aquesta tesi per veure els factors relacionats amb la correcta posologia, no ha trobat cap variable associada. S'ha observat, en canvi, que el fet de pertànyer a un equip assistencial reformat, és un factor associat a un major coneixement del fàrmac consumit i de la seva utilitat, la dependència per les ABVD, en canvi és un factor de risc per no conèixer els fàrmacs que es prenen.

La prevalença d'ús de fàrmacs amb valor intrínsec farmacològic nul (23%), és similar a la trobada per Arbas (27,9%) i Valderrama (21,3 %), sense diferències entre equips reformats o no

### ***Deteriorament Cognitiu***

El deteriorament cognitiu és una de les principals causes d'incapacitat funcional en ancians. Al voltant del 60% de les discapacitats es deuen a demència (Molinuevo Guix 2004). Diagnosticar una demència en estadis avançats és simple, però no al seu inici, quan els símptomes passen fàcilment desapercebuts. L'anamnesi i l'exploració física habituals, no són procediments sensibles per al diagnòstic, per això habitualment s'utilitzen sistemes de cribratge per la seva detecció. Els més utilitzats són el MMSE, MEC de Lobo i el test de Pfeifer. Aquest darrer, molt utilitzat en atenció primària com a mètode de cribratge té una sensibilitat i especificats bones per a ser utilitzat en aquest àmbit.

Diferents estudis a nivell internacional, estimen que la prevalença de demència es duplica en majors de 65 anys cada 2 anys, fins als 95 (Jorm 1987).

En el nostre estudi, hem trobat una prevalença de demència del 10%. Estudis recents a nivell internacional (Boustani 2003, Hebert 2003, Lobo 2000), estableixen unes xifres de prevalença de demència, a nivell poblacional, al voltant del 10% en majors de 65 anys. La diferència entre grups d'edat, són tan importats, que per exemple, en l'estudi EURODER (Rocca 1991), fet a 8 països europeus, la prevalença global és del 6,4%. És de l'1% en el grup de 65-70 anys, del 13% en el grup de 80-85 anys i superior al 30% en majors de 90 anys.

Hi ha pocs estudis a nivell nacional, sobre prevalença de demència en la població general, utilitzant como mètode de cribratge el test de Pfeiffer. Majoritàriament utilitzen el MMSE o MEC. Escudero 1999, en un estudi amb metodologia similar a la nostra, troba una prevalença global del 19% i fins al 39,8% en pacients amb algun grau de dependència per les ABVD, i troba relació estadísticament significativa, en l'anàlisi multivariant, amb el nivell d'estudis, dependència funcional i edat. Un estudi recent fet per Limon Ramírez i col, 2003, dintre del projecte Cuida'l, presenten una prevalença del 9,5 % en dones i 7,8% en homes, similar a la de Pi i col, 1996, en una població semi-urbana(10%). L'augment de prevalença amb l'edat, queda patent en tots els estudis mencionats. En el nostre estudi, tan sols l'edat i tenir algun grau de dependència per les AIVD, han resultat ser, variables predictores sobre el fet de presentar algun grau de deteriorament. Cal dir que el model escollit en l'anàlisi multivariant explica el 25% de la variança, percentatge superior al obtingut en altres síndromes geriàtriques.

Hem trobat un alt percentatge (70,4%) de persones, amb sospita de deteriorament cognitiu, no diagnosticat, sobretot en aquelles amb un deteriorament lleu. Dades semblants es van obtenir en estudis fets des de l'atenció primària a nivell internacional (Boustani 2003, Olafsdottir 2000, Valcour 2000) i també a Espanya (Zunzunegui 2003). Això fa pensar que en al nostre àmbit assistencial la detecció precoç de demència no és habitual, i el diagnostic es fa en fases ja avançades de la malaltia.

### ***Depressió***

La depressió és el trastorn psiquiàtric més habitual en l'ancià (Gómez-Feria 2002). La seva freqüència és alta i augmenta en aquells que viuen en institucions. Aquests pacients sovint no arriben al psiquiatra i els trastorns poden passar inadvertits per confusió amb símptomes somàtics i per la dificultat de la gent gran en expressar els seus sentiments (Martinez de la Iglesia 1998).



L'escala de depressió geriàtrica de Yesavage (Brink 1982), dissenyada específicament per avaluar l'estat afectiu dels ancians i la seva versió curta, validada al nostre entorn (Aguado i col 2000), ha mostrat la seva efectivitat en el cribratge dels trastorns afectius de la gent gran.

Diferents estudis fets a nivell internacional, donen diferents prevalences de depressió, segons la metodologia emprada i el nivell assistencial on es fa. En l'atenció primària, alguns autors troben prevalences entre 9,6 i 32 % (Marwijk 1993, Evans 1993).

En Espanya les xifres varien entre el 14,3 % de Dewey 1993, en un estudi multicentric i el 8,3% de Fernández 1995. Els realitzats a l'atenció primària en el nostre entorn, aplicant l'escala de Yesavage, mostren diferents resultats segons el punt de tall escollit. Garcia Serrano 2001, aplicant la versió extensa de l'escala de Yesavage, troba un prevalença del 16% per un punt de tall de 15 i un 31% si el punt de tall es de 10. Cerdà i col 2001, troben una prevalença de 22,6% i Hervás 2003, valors del 8,9% en subjectes que viuen al seu domicili i de 29,4 en institucionalitzats. La prevalença trobada en el nostre estudi, sobre un punt de tall de 6 (agrupant les categories depressió probable i establerta), en la versió reduïda del test de Yesavage, han estat d'un 11,7% global i 15,5 % en dones, resultats similar al de Hervás 2003. Garcia-Lozano 2002, troba valors superiors als nostres (58,8%) amb un punt de tall similar, però ho fa sobre població demandant, de quatre equips assistencials, amb el biaix que això pot suposar. També és superior la prevalença trobada per Cerdà 2001 però en aquest cas, varen excloure els pacients amb deteriorament cognitiu i donada la relació entre totes dues, podria explicar aquest major número de subjectes amb símptomes depressius.

Tots els autors esmentats, assenyalen que la presència de depressió possible o establerta és més habitual en dones, però al fer l'anàlisi multivariant tots els estudis, excepte el de Cerdà 2001, coincideixen amb el nostre en que el sexe no és un factor de risc. El mateix passa amb l'edat. Coincidim amb Garcia Serrano, en que la dependència funcional i un pobre recolzament social actuen com a factors de risc de depressió. En canvi no hem trobat relació, a diferencia seva, amb el nivell d'estudis. També Garcia Lozano 2002, troba el recolzament social, com l'única de les variables estudiades amb efecte sobre la presència de depressió.

#### ***VI-5-7. Capacitat funcional***

L'O.M.S. va declarar a l'any 1959, que la millor manera de mesurar l'estat de salut és en

termes de funcionalitat. En els darrers anys s'utilitza el terme “capacitat funcional”, per definir l'habilitat de relacionar-se i adaptar-se a l'entorn i per poder realitzar de manera autònoma les activitats de la vida diària (Lizan 1995). Per valorar aquesta capacitat, la majoria d'autors estan d'acord en fer-ho a través de l'avaluació periòdica de les AIVD, les ABVD i la mobilitat (Rubenstein 1998, 1987, Fried 1997, Stuck 1995, Reuben 1992). Els instruments recomanats, són les escales de mesura existents. Les utilitzades en aquesta tesi, per valorar la funcionalitat dels entrevistats, són instruments ja validats per la seva utilització a l'atenció primària, tant a nivell internacional com al nostre país.

Hem triat el test de Lawton i Brody, per avaluar la capacitat en les AIVD, per ser el més utilitzat. Per conèixer la dependència per les ABVD, hem triat l'index de Barthel: és un dels utilitzats en el nostre àmbit i la seva puntuació numèrica facilita l'anàlisi estadística.

La valoració de l'ancià per ser completa, ha d'incloure una anàlisi de la mobilitat (Tinetti 1988), que inclou resistència neuromuscular, valorada en el nostre cas pel test de la marxa (up and go) i l'equilibri (test unipodal) (Alvarez Solar 2004) Hem utilitzats aquests, per ser d'ús senzill, fàcils de valorar i ràpids per realitzar en el domicili de l'entrevistat.

Hi ha pocs estudis que analitzin de manera individualitzada la capacitat per les AIVD. Nosaltres hem observat que aproximadament un de cada 4 entrevistats, necessita ajut per les AIVD, un de cada 6 és dependent d'un altre persona i que un 4,3 % d'aquests darrers viuen sols. Aquestes dades són inferiors a les de Valderrama 1999, en un àmbit rural, on 50,6% de les dones i 51,5% dels homes, presenten algun grau de dependència. Els propis autors atribueixen els alts percentatges obtinguts, a que la població utilitzada en el seu estudi era molt envellida i amb un nivell d'instrucció molt baix.. En l'estudi de Martin Lesende 2001, en canvi, troba xifres més similars a les nostres. En el de Corrales 2004, les mitjanes de puntuació en el test de Lawton ( 6,0 EE=0,31) són similars a les nostres en les dones, però inferior en els homes (3,9 EE=0,22). Sitjàs 2003, troba a l'inici d'un estudi longitudinal, per valorar factors predictius d'incapacitat, algun grau de dependència en el 65%.

Els estudis citats, valoren l'associació de diferents factors amb la capacitat per les AIVD, però sense anàlisi multivariant, la qual cosa fa difícil la comparació. En la nostra mostra: ser home, l'edat i les alteracions de la marxa, han estat les variables amb més efecte sobre la dependència per AIVD.

La majoria d'estudis que avaluen la capacitat funcional es basen en la dependència per les ABVD. Diferents estudis transversals, internacionals i del nostre país, estudien la prevalença de dependència en la població anciana i algun d'ells inclús fan projeccions mitjançant estudis matemàtics basats en estudis transversals actuals (Otero 2004, Puga 2002, Moran 1999). Puga preveu per al 2010, un augment de prevalença de dependència entre el 2 i 39%. La prevalença de dependència per les ABVD en els diferents estudis, depèn dels criteris de selecció de la mostra. Hem escollits tan sols aquells que usen el índex de Barthel per valorar-lo. En els treballs de Casado 2002, Puga 2002, Béland i Zunzunegui 1999, les xifres de dependència oscil·len entre 15-20%. Aquestes dades coincideixen amb les nostres (20% dels entrevistats tenen algun grau de dependència i en un 5,2 % la dependència és severa). Escudero 1999, troba xifres una mica superiors (27%). En el estudi longitudinal a 10 anys "Envejecer en Leganés", publicat recentment (Otero, Zunzunegui i col 2004), les dades són de 10% en homes i del 16,8% en dones, però es tracta d'una localitat amb un índex d'envelliment baix.

Hem trobat, com a variables que tenen efecte predictiu sobre la dependència per les ABVD: l'edat, amb un augment per cada any del 30%, tenir risc de malnutrició, un Lawton alterat i alteració de l'equilibri. Coincidim amb Escudero 1999, en l'edat com a factor predictiu, però no, en el deteriorament cognitiu i la mala percepció de salut. Com Sitjàs 2003, trobem que el Lawton alterat és un important factor de risc per dependència ABVD i com Sarkisian 2000, trobem que l'alteració de l'equilibri és un factor de risc.

No hem trobat que el deteriorament cognitiu fos una variable amb valor predictiu, al contrari que Escudero i Sitjàs, però això podria ser degut al petit numero de subjectes amb deteriorament cognitiu de la nostra mostra. Aquest model, explica un 70% de la variança de la "dependència ABVD", nivell considerat molt alt en les anàlisi de regressió logística.

Hi pocs estudis sobre la situació de la marxa i l'equilibri en ancians que viuen en la comunitat. Hem trobat un 36,7% dels entrevistats amb alteració de l'equilibri, més en les dones significativament i els majors de 80 anys. Una marxa alterada la tenen un 14,1%, de manera global i un 32,1 % dels majors de 80 anys. Aquestes xifres són superiors a les de l'ESCA 2002, que presenten unes xifres de dificultat en la marxa en el 8,1% en els homes i 15,3% en les dones, majors de 64 anys. Cal tenir en compte, que la metodologia en aquesta és diferent, la valoració sobre les alteracions de la marxa i mobilitat s'obtenen a partir de la percepció

subjectiva del pacient i per tant és difícilment comparable. Un estudi fet al nostre entorn amb metodologia similar (Mussoll 2002), troba una prevalença del 32,5 % d'alteracions de la marxa i del 30,2 % de l'equilibri.

En l'anàlisi multivariant trobem com variables amb efecte sobre alteració de l'equilibri: l'edat, ser dona, tenir alguna malaltia neurològica, depressió i el consum habitual d'analgèsics. El model que resulta amb les variables introduïdes, explica gairebé la meitat de la variabilitat en l'alteració de l'equilibri.

En l'anàlisi multivariant de l'alteració de la marxa, les variables predictoras han resultat ser: l'edat, presentar patologia neurològica, consum habitual d'antiinflamatoris no esteroïdals i benzodiacepines.

La relació directa entre l'alteració de la marxa i l'equilibri i el consum d'analgèsics, antiinflamatoris i benzodiacepines no està establerta. Si hem trobat alguns estudis que parlen de l'associació de caigudes i benzodiacepines (Cumming 1998, Herings 1995, Sorock 1988, Spar 1987). Alguns autors (Lord 1995, Lipsitz 1991, Cumming 1991), han trobat relació entre analgèsics, antiinflamatoris i caigudes, tot i que indiquen que pot haver factors de confusió desconeguts. Nosaltres hem trobat relació entre els analgèsics i alteració de l'equilibri i entre antiinflamatoris i alteració de la marxa, efecte que persisteix en tots dos casos després d'ajustar-lo per patologia osteoarticular (causa més freqüent de pressa d'aquests). Cal dir que el registre de patologia articular és baixa en les històries clíniques. Possiblement donat que en els dos casos, el model escollit explica menys del 50% de variabilitat de la variable dependent, podria haver altres factors de confusió no contemplats. Caldria realitzar més estudis dissenyats específicament per aquest objectiu, per tal de confirmar aquestes dades.

### ***VI-5-8. Valoració social***

La valoració de l'ancià quedaria incompleta, sense l'anàlisi de la seva situació social. Aquesta pot determinar, l'evolució clínica i funcional i influir sobre el pla de cures a llarg termini. Està àmpliament descrit, que factors socials com la soledat i la pobresa, són factors de risc de morbimortalitat (Ross 2002, Berkman 2000, Seeman 1996).

Les escales utilitzades per la valoració del suport social, sovint, tan sols valoren els aspectes subjectius i les que ho fan de manera més completa, són complexes i de difícil aplicació en el

nostre àmbit assistencial. Des de fa uns anys s'està generalitzant la utilització de l'escala de valoració social de Gijón, validada al 1997 (Cabrera 1999), com a eina per a valorar tant el risc social, com la problemàtica social ja establerta.

Nosaltres hem fet la valoració social a partir d'un qüestionari d'elaboració pròpia, semblant al utilitzat en l'estudi de Tomàs 2002. Amb aquest instrument, avaluem la percepció del suport social que té l'ancià. Amb l'escala de Gijón, valorem de manera objectiva el risc socio-familiar.

Els nostres ancians, perceben el suport rebut de manera positiva. 7 de cada 10 entrevistats, consideren que tenen suport gairebé sempre en les tres situacions avaluades. Les variables amb major efecte sobre aquesta percepció positiva, han estat: no presència de depressió, tenir menys de 3 patologies cròniques, nivell d'estudis superiors/secundaris i ser home.

Des del punt de vista objectiu estan en risc social el 1,8% dels homes i el 8,8% de les dones.

El perfil socio-familiar dels nostres ancians és el següent: conviuen majoritàriament en parella (48,9%), en un habitatge amb equipament inadequat amb barreres arquitectòniques (45,6%), tenen bones relacions socials (80%), no necessiten els serveis formals de suport (83,3%) i amb un ingressos econòmics entre 300-600 €/mes (94%). Aquest perfil es diferencia en alguns apartats del trobat per Corrales 2004, amb un major percentatge d'habitatge inadequat i barreres arquitectòniques, pitjor recolzament social i més necessitat de suport formal. Aquestes diferències es poden explicar, a banda de per tractar-se de dues zones geogràfiques diferents, també per la diferent metodologia emprada. En el cas de Corrales i col., sobre població demandant.

Entre els entrevistats, les dones, tenen en un percentatge superior, situació de risc social, però no de manera significativa, ni global, ni entre els diferents grups d'edat. Segurament la causa és el petit nombre d'individus trobat en cada categoria de la variable. El fet de no trobar relació amb cap variable en l'anàlisi multivariant, es podria explicar per haver exclòs del model, totes les variables que formaven part de l'escala (tipus de convivència, ingressos econòmics...). En l'anàlisi, subjectiu si han resultat tenir efecte sobre la percepció positiva de suport social, variables contemplades en la escala objectiva (sexe masculí i ingressos econòmics). En l'estudi de Lahuerta i col.2004, fet a Barcelona, observen com nosaltres, que la majoria, refereixen tenir una bona xarxa de relacions socials i consideren suficient el suport rebut. També observen

pitjor suport social en les dones i en els més grans.

Amb els resultats obtinguts en aquest estudi, creïem que al fer la valoració social de l'ancià es necessari fer-ho des de les dues vessants: la subjectiva i l'objectiva. De no haver-ho fet així, entre els nostres entrevistats, 51 (21,8%) haguessin estat valorats negativament, quan en realitat no presentaven risc social objectiu. Tanmateix, 2 individus, (0,7% ), haguessin estat avaluats positivament, quan en realitat estan en risc social.

### ***VI-5-9. Percepció de salut***

La salut i la situació econòmica són les principals preocupacions de la gent gran. Investigar sobre la percepció de salut, és un fet habitual en les enquestes de salut, que mostren de manera generalitzada, una pitjor valoració en el grup major de 65 anys, comparant amb els grups més joves (ESCA-2002, Barcelona 2000).

En els ancians, la malaltia passa a ser un fet natural amb el que s'aprèn a conviure, sempre que no suposi incapacitat i dependència dels altres (Gonzalo i col. 2004). Es per aquest motiu que en el nostre estudi hem valorat la percepció de salut, no en termes absoluts, sinó de manera relativa. Hem demanat als entrevistats que comparin la seva salut amb la de la resta de la seva edat. Per això, hem aprofitat la valoració d'autopercepció de salut, inclosa en el test de malnutrició (MNA), ja validat al nostre país, que contempla aquesta visió relativa de la salut.

La percepció de salut, bona/excel·lent, en els majors de 65 anys, de les enquestes de salut generals, oscil·la entre el 40-50% (Gonzalo i col. 2004, Sèculi col. 2001). Nosaltres trobem, que el 50,8%, creuen que la seva salut és millor que la dels altres i tan sols un 8,2 %, la consideren pitjor. Aquests valors són similars als descrits per Tomas 2002 i Escudero 1999. Creiem que aquests resultats encara que obtinguts de manera diferent, són comparables.

Les enquestes de salut i els autors esmentats, troben que les dones presenten pitjor percepció de salut que els homes. Nosaltres no hem trobat diferències significatives, en la percepció de salut entre sexes. Encara que no significativament, els més vells del nostre estudi, consideren la seva salut, millor que la resta de la seva edat. Això no és així en el grup més jove. L'explicació creiem, està en el fet, que l'ancià veu com natural cert grau de deteriorament i que amb els anys, les pèrdues freqüents, poden fer valorar com a positiu el sols fet de viure. En aquest fet coincideix la valoració de Seculí 2001, sobre les dades aconseguides en l'ESCA

2002.

L'ESCA 2002, troba associació entre percepció de salut i classe social. En l'estudi de Seculí 2001, es troba associació amb el sexe, edat, classe social, tenir més de 3 patologies cròniques i algun tipus d'incapacitat.

Nosaltres hem trobat com variables predictores de percebre millor salut; l'edat, de manera que augmenta un 8% cada any. No tenir hipoacusia, ser independent per les ABVD, tenir un equilibri conservat i recolzament social augmenta entre 2-3 vegades, la possibilitat de percebre millor salut. El no trobar relació amb la classe social, es podria explicar per l'escàs nombre de subjectes que pertanyen a la classe I, II, i l'elevat percentatge entre les dones de mestresses de casa, catalogades com a classe social V. Som conscients que el model escollit tot i ser el que més variabilitat explica, ho fa en un percentatge baix (18,8%). El motiu podria ser el petit nombre de subjectes en algunes de les categories de les variables introduïdes.

#### ***VI-5-10. Qualitat de vida***

La qualitat de vida, és un objectiu en salut, cada vegada més important. Avalua la repercussió de les malalties, els tractaments i altres variables, en la dimensió social i personal de l'individu (Lizan 2002, Prieto 2001, Badia 2001, 1998).

S'han utilitzat diferents tipus de qüestionaris o instruments per avaluar-la, sobretot en grups de pacients amb determinades patologies. No és tan habitual el seu us, per avaluar la qualitat de vida en població general i encara menys en ancians. Els instruments més utilitzats han estat els genèrics i entre aquests: el SF-36, l'Euroqol, el Nottingham Profile Health (NPH), i les vinyetes COOP/WONCA (Lizan 2002, Herdman 2001, Badia, 2001, Alonso 2000).

En aquesta tesi, hem utilitzat el NPH, perquè és un instrument validat al nostre medi (Alonso 1990, 1994), ràpid, fàcil d'aplicar a l'atenció primària i de càlcul senzill. Investiga 6 àrees, i a pesar que alguns autors, comenten que no valora la situació mental del pacient, això queda solucionat en el nostre cas, ja que valorem amb altres instruments, tant l'estat cognitiu com l'emocional.

Hem observat que els nostres ancians presenten una pèrdua de qualitat de vida al voltant del 20%. Les àrees amb major afectació han estat: energia, son i dolor. La menys afectada,

aïllament social, la qual cosa concorda amb els resultats obtinguts en l'apartat de valoració social. Les dones tenen major percentatge de pèrdua en totes les àrees, encara que no són significatives en les àrees de son i mobilitat. Aquests valors coincideixen amb els trobats per Azpiazu i col. 2003. Altres autors (Casado 2001 i Bayó 1996), troben que les àrees més afectades son : reaccions emocionals, son i mobilitat.

El fet que les dones, en tots els estudis esmentats i també en el nostre, presentin major pèrdua, tant a nivell global com de les diferents àrees, ens ha portat a estudiar l'efecte de les diferents variables sobre la qualitat de vida, seleccionant per sexe i ajustant per edat.

El factor que més influencia té sobre la pèrdua global de qualitat de vida, en tots dos sexes, ha estat el presentar una depressió probable o establerta. També les variables de funcionalitat (AIVD, ABVD, alteració marxa i equilibri), han demostrat tenir efecte, a nivell global i en algunes de les àrees, tant en homes com dones.

#### ***VI-5-11. Ancians fràgils***

Conèixer el tipus d'ancians que tenim sota la nostra cura és important. Les activitats i objectius de salut en cada un d'ells varia. Saber quins estan en situació de risc és imprescindible per poder realitzar les mesures preventives que aquest col·lectiu precisa i que ha demostrat que alenteix el deteriorament, disminueix el nombre d'ingressos hospitalaris i la institucionalització ( Alvarez 2004, Baztan 2002, Rubenstein 1998).

Comparar la prevalença d'ancians fràgils obtinguda en aquesta tesi, amb la d'altres autors és difícil. La metodologia no és comparable, per utilitzar diferents criteris a l'hora de considerar la fragilitat. Nosaltres hem utilitzat per comparar amb altres estudi, els criteris de l'OMS, ja que el grup de Atenció a la gent Gran de la semFyC, considera els de Barber poc adequats, per la seva escassa capacitat de predicció.

Hem comparat els nostres resultats, amb els obtinguts per autors del nostre entorn. La taula VI- 14, mostra els resultats



	<i>Ancià sa</i>	<i>Ancià malalt</i>	<i>Ancià fràgil</i>	<i>Ancià geriàtric</i>
<b>Valls-2005</b>				
Homes (%)	28,2	19,1	44,5	8,2
Dones (%)	21,3	12,5	56,9	9,4
<b>Urbina 2004</b>				
Homes (%)			52,6	
Dones (%)			65,5	
<b>Musoll 2002</b>				
			15,4	
<b>Urbina 1999</b>				
Homes (%)			42,4	
<b>Cortes 1996</b>				
	8,5	52,3	36,0	

*Taula VI-4 Comparació per sexes, en la prevalença d'ancians fràgils, dels diferents estudis.*

En aquest estudi comparatiu, es poden observar, les diferents prevalences d'ancians fràgils obtingudes. Tan sols un, fa una classificació completa dels ancians, la resta es limiten a descriure la fragilitat.

L'estudi de Guadalajara (Urbina Torrija 2004, 1999), es fa en 2 àmbits: rural i urbà. Els resultats s'ofereixen per cadascun dels àmbits. Les visites són realitzades per infermeria i com criteris de fragilitat, van fer una escala pròpia. Alguns dels criteris utilitzats són comuns als nostres, però d'altres no. Tampoc queda clar si es va fer en consulta o a domicili. És van excloure els institucionalitzats. Els seus resultats de fragilitat són més alts, però s'ha de tenir en compte, que tan sols descriuen als fràgils. Els geriàtrics podrien estar comptabilitzats dins de la mateixa categoria. Coincideixen amb el nostre resultat, en la major freqüència de fragilitat en les dones. En l'estudi multicèntric del mateix autor, al 1999, obtenen resultats similars i està fet sobre població demandant, a la consulta, la qual cosa és diferent des de el punt de vista metodològic del nostre estudi.

El grup de Mataró (Musoll 2002), obtenen unes prevalences molt baixes, amb metodologia semblant a l'anterior i també amb un criteris de fragilitat propis i amb una mostra petita, 126 subjectes.

Per últim el grup de Madrid (Cortes 1996), fa una classificació més completa dels ancians tot

i que sense incloure als geriàtrics, però sí als institucionalitzats. Obtenen unes prevalences molt baixes d'ancians sans i molt altes d'ancians malats i fràgils. Les dades són extrems, directament de les històries clíniques, sense veure a l'ancià. No especifiquen si com malaltia inclouen o no factors de risc com hipertensió arterial, i també utilitzen criteris de fragilitat propis.

Queda patent, que les diferències metodològiques a l'hora d'extrapolar resultats en l'estudi d'ancians fràgils, pot ser un problema important per la investigació.

# **VII- CONCLUSIONS**

## VII-1. Dades sociodemogràfiques

L'envelliment de la nostra població i les característiques sociodemogràfiques dels nostres ancians, no difereixen de la resta de Catalunya. Viuen sols un 17% (25,6% de les dones i 4,5% dels homes). Hi un 3,3% que estan institucionalitzats. El 3,3% són “avi oreneta”. Un 6,7% del total són analfabets. El 67,4% procedeixen d'alguna comarca catalana i el 33% no s'han mogut mai de la mateixa població. El 90% declara uns ingressos superiors a 300 € /mes, procedents majoritàriament de pensions de viduïtat o jubilació. Un 50% del total, diuen que els ingressos que tenen, són suficients per poder viure.

## VII-2. Accessibilitat i utilització de recursos

- Es confirma en aquesta tesi, que els ancians són una part important de la càrrega assistencial de les consultes d'atenció primària, tan mèdica com d'infermeria i els destinataris de la majoria de les visites domiciliàries.
- Donat que un 18,9% d'ancians (38% en els majors de 80 anys) al nostre càrrec, tenen dificultats per accedir de manera autònoma a la consulta, i que d'aquests una tercera part, no consta la seva inclusió en el programa ATDOM, caldria fer un esforç en identificar-los per tal de millorar aquesta activitat assistencial
- Hem detectat una baixa utilització dels serveis socio-sanitaris, caldria tenir-los en compte en aquelles situacions on la valoració del risc social ho aconselles.
- El nombre d'ancians que no freqüenten els serveis sanitaris, és baix (11,1%), d'aquests, gairebé la meitat (46,7%), no tenen cap patologia significativa i un 23,3% presenten algun tipus de malaltia que precisaria de seguiment i control.

### VII-3. Síndromes geriàtriques

- Les síndromes geriàtriques més prevalents són: incontinència urinària (45,6%), caigudes (40%), dèficit auditiu (32,8%), restrenyiment (31,9%) i polifarmàcia (26,2%). El seu registre en les històries clíniques és molt baix. Seria necessari investigar de manera sistemàtica la seva presència, per fer algun tipus d'intervenció, en els casos adients.
- El 32,1% dels homes i el 54,7% de les dones, presenten algun grau d'incontinència urinària. El consum habitual d'analgèsics amb una OR=4, és el factor amb més efecte sobre aquesta, independentment de la causa que provoqui el seu consum. Caldria fer més estudis, dissenyats amb aquest objectiu, per comprovar aquesta troballa.
- El 40% dels nostres ancians han caigut alguna vegada en el darrer any i el 23 %, més d'una. Factors predictors de caure més d'una vegada han estat: ser dona (OR=3), prendre més de 4 fàrmacs (OR= 2) i tenir alguna grau de dependència per les ABVD (OR=3,6). En els ancians, s'hauria d'avaluar de manera sistemàtica aquests factors de risc relacionats amb les caigudes.
- El restrenyiment predomina en els majors de 80 anys, amb un risc superior en aquells amb algun grau de dependència en les AIVD (OR=6), en els que tenen ingressos econòmics superiors a 600 €/mes (OR=2,5) i en els que presenten depressió (OR=2,8). Donada l'associació que hem trobat, amb la patologia osteoarticular (O=2,4) i el consum habitual de benzodiacepines (OR=2,4), caldria dissenyar estudis amb l'objectiu específic de comprovar aquesta troballa.
- En relació al consum de fàrmacs: la presència de polifarmàcia és molt freqüent. Els seus principals factors de risc, a banda de la patologia específica que la provoca (cardiopatia i hipertensió arterial), han estat: caigudes (OR=2,2), recolzament social insuficient (OR=2,2) i ingrés hospitalari el darrer any (OR=3,7).
- Els nostres ancians tenen un bon coneixement dels fàrmacs que consumeixen, de la seva utilitat i posologia, sobretot els que pertanyen a un equip assistencial reformat (OR=2,5). Aquest coneixement disminueix amb l'edat i amb el nivell d'estudis. Caldria, en els més grans i en els de nivell d'estudis més baix, assegurar-nos de que coneixen els fàrmacs i la

posologia, per evitar reaccions adverses per polifarmàcia.

- Els fàrmacs més consumits de manera global són els antihipertensius, seguit de les benzodiazepines en les dones i els antiagregants/anticoagulants en homes.
- La prevalença de risc de malnutrició ha estat del 16,6 %. Caldria tenir-la em compte en aquells individus amb dependència per les ABVD, ja que tenen nou vegades més risc de patir-la.
- La valoració del dèficit visual mitjançant optotips d'Snellen és factible des de l'atenció primària. Creiem que s'hauria de fer de manera sistemàtica en els diabètics (OR=3,4), en els d'edat més avançada (OR=1,1) i en aquells amb dependència per ABVD (OR=2,5).
- La valoració de l'audició també s'hauria de fer de manera sistemàtica. A l'atenció primària no disposem de cap mètode objectiu per la seva detecció. Els utilitzats en aquesta tesi, tenen poca sensibilitat i especificitat i un alta variabilitat interobservador. Per això quan sospitem dèficit auditiu en un ancià, caldria derivar-lo per al seu diagnòstic i tractament protèsic si s'escau, al especialista.
- Un 10% dels nostres ancians, tenen algun grau de deteriorament cognitiu. En el nostre àmbit assistencial la detecció precoç de demència o com a mínim el seu registre és poc freqüent. Caldria valorar-la en els pacients més grans (OR=1,1) i en aquells que tenen alguna dependència per les AIVD (OR=3,7), ja que aquests són els dos factors, que hem trobat, tenen més efecte sobre la presència de deteriorament cognitiu.
- La presència de depressió establerta o risc de depressió és més freqüent en el grup de dones de 65-74 anys. Seria necessari investigar la seva existència, en dones d'aquesta franja d'edat i també en tots els ancians que consumeixen benzodiazepines habitualment (OR= 6,4), en els que tenen algun grau de dependència per les AIVD (OR=4,1) i en aquells que perceben un baix recolzament social (OR=5), ja que hem trobat, que aquests són els principals factors de risc.

## VII-4. Factors predictors d'incapacitat.

- L'estat funcional dels nostres ancians, en general, és satisfactori, sobretot en el grup més jove. Comença a declinar a partir dels 75 anys i es deteriora de manera important a partir dels 80. És en les àrees d'alteració de l'equilibri i de la marxa, on el deteriorament és fa més patent, sobretot en les dones.
- El factor que més afecta la capacitat funcional global, és l'edat (OR=1,2). Els homes tenen major afectació de les AIVD (OR= 6,8). Aquestes tanmateix, són el principal factor de risc de dependència per les ABVD (OR=81). També les alteracions de l'equilibri i de la marxa actuen com factors de risc d'incapacitat.
- Donat l'efecte trobat d'alguns fàrmacs, àmpliament utilitzats, sobre l'equilibri i la marxa, caldria més prudència en la seva prescripció i investigar la automedicació. També caldria fer més estudis dissenyats amb aquest objectiu per comprovar aquests efectes.
- La percepció del suport social dels nostres avis, és bona. Al voltant del 80% , declaren que tenen suport gairebé sempre. Les dones, tenen una pitjor percepció. Els principals factors predictors d'un suport social satisfactori, són: no tenir depressió (OR=7,3), ser home (OR=5,5), no tenir més de 3 patologies cròniques (OR=5,3), tenir estudis secundaris o superiors(OR=4,6).

## VII-5. Percepció de salut i qualitat de vida

- La percepció que tenen les ancians de la seva salut és bona, sobretot els homes. El 50% consideren que tenen millor salut que la resta de la seva edat. Tan sols un 8%, consideren que es pitjor. Els factors trobats, amb un major efecte sobre una bona percepció de salut són: edat (OR=1,08), ser independent per les ABVD (OR=2,9).
- La qualitat de vida dels nostres ancians és en general bona sobretot en els homes. Els factors que l'afecten són diferents segons el sexe. En els homes la depressió és una de les variables amb més efecte sobre la pèrdua de qualitat de vida en totes les àrees (OR=23,4). En les dones a banda de la depressió (OR=22,7), variables associades a dependència funcional, són també factors associats a pèrdua de qualitat de vida en les diferents àrees.



## VII-6. Classificació dels ancians segons la valoració geriàtrica integral

- La meitat dels ancians dels quals en tenim cura, són ancians fràgils. Haurem de tenir aquest fet en compte, per programar activitats sobre aquest col·lectiu, sobretot destinat a la detecció de síndromes geriàtriques, incapacitat funcional i risc social.
- Tenim un percentatge considerable d'ancians fràgils amb dificultat per accedir de manera autònoma als serveis sanitaris. Hauríem de fer un esforç per al seu diagnòstic.

**Com a síntesi**, podem dir, que la valoració geriàtrica integral en els ancians majors de 75 anys, hauria de ser una eina habitual en les consultes d'atenció primària:

- Milloraria el registre dels problemes de salut dels ancians.
- Facilitaria el compliment de les activitats preventives.
- Permetria diagnosticar de manera precoç, problemes de salut soterrats.
- Optimitzaria un pla de cures individualitzat.

Cal dir que això comportaria una major pressió assistencial, pels equips d'atenció primària, que caldria tenir en compte a l'hora d'organitzar el temps dedicat a les diferents activitats realitzades al nostre àmbit assistencial i possiblement dotar de major nombre de recursos.

# **VIII-BIBLIOGRAFIA**

**Aaronson NK.** Quality of life assessment in clinical trials: methodology issues. *Controlled Clinical Trials* 1989;10:195-208

**Abassi AA,** Rudman D. Undernutrition in nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutr Rev* 1994;52:113-122

**Abrams P,** Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from Standardization Sub-committee of the International Continence Society *Neurourol and Urodyn* 2002;21:167-178

**Aguado C,** Martinez J, Inos MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. *Aten Primaria* 2000;26:328.

**Aguilera C,** Capellà D. Uso de fármacos en Geriatria. *Medicine* 1999;7(124):5.811-5.815.

**Ajuntament de Barcelona.** Enquesta de Salut de Barcelona 2002. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002

**Alarcón MT,** Gonzalez JL. La escala socio-familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:178-179

**Alba de C,** Gorroñoigoitia A, Litago C, Martin Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en ancianos. *Aten Primaria* 2001(2);28:161-180.

**Alberca R,** López Pousa S editores. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Madrid: Editorial medica Panamericana; 2002.

**Alonso J,** Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80:704-8

**Alonso J,** Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3:385-93

**Alonso J.** La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y en la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000;14:163-67

**Alvarez M**, de Alaiz AT, Gurpegui B, Cabañeros JJ, Calzon J, Cosio et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Katz. *Aten Primaria* 1992;10: 812-816.

**Alvarez M**, Benitez MA, Espinosa JM, Gorroñoigoitia A, Martin I, Muñoz F et al. Programas básicos de salud nº 7: Programa del anciano: valoración geriátrica. Madrid: Doyma S.L; 2000.

**Alvarez Solar M**. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Semfyc ediciones. Barcelona 2004.

**American Geriatrics Society**, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopedic Surgeons Patel of Falls Prevention. Guideline for the Prevention of Falls in older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-672.

**Appollonio I**, Carabellese C, Frattola L, Trabucchini M. Effects of sensory aids on the quality of life and mortality of elderly people: a multivariate analysis. *Age Ageing* 1996 ;225: 89-96.

**Ardanaz J**, Campos J, San Jose A. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito/presión. *Medicine* 1999;7(124):5842-5844.

**Arbas E**, Garzon R, Suarez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Alvarez M, Gonzalez-Nuevo JP, Penedo P, Plaza F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y actores asociados. *Aten Primaria* 1998;22(3):165-70

**Argimon Pallas JM**, Jimenez Villa J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiología. 2ª ed. Madrid: Eds Harcourt; 1999.

**Avorn J**. Including elderly people in clinical trials. *Br med J* 1997;315:033-1.034.

**Azpiazu M**, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, Garcia N, Alvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(5):285-94

**Baena JM**, Griñó A, san Jose A, Armadans L, Selva A, Vilardell M. Comorbilidad, ingreso hospitalario y consumo de fármacos por enfermedad crónica no reagudizada en población anciana. *Revista Clínica Española* 1997;197:472-478.

**Baena Diez JM**, Martínez Adell MA, Tomás Pelegrina J. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7): 501-7

**Badia X, Carné X.** La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin (Barc)1998;110:550-6

**Badia X**, Castro D, Cabañas L, Peña JM, Martínez E, Conejero J et al. Elaboración y validación preliminar del cuestionario para la clasificación clínica de la incontinencia urinaria IU-4. Actas Urol Esp 1999; 23:565-72

**Badia X**, Baró E. Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. Aten Primaria 2001;28:349-56.

**Bannerman C.** Trastornos del sueño en el anciano. Jano 1989;862:77-80.

**Barber JH**, Wallin JB. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J Royal General Practitioner 1980;30:49-51

**Barrero MC**, Parras García de León N. Delirium en el anciano. Salud rural 2001;XVIII (12): 11-49.

**Bayó J**, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó F, Casajuana J, Vila MA. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1996;17:273-80

**Baztan JJ**, Pérez J, Alarcón T; San Cristóbal E, Izquierdo G. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad vasculo- cerebral. Rev Esp Gerontol 1993; 28. 38-40

**Baztan JJ**, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32:26-24.

**Baztan JJ**, Hornillos M, Rodríguez AM. Valoración geriátrica en atención primaria. SEMERGEN 2000;26:77-89

**Baztan JJ**, Gonzalez JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil; de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-717.

**Baztan JJ**. Valoración geriátrica en atención primaria. En: Gonzalez JI, Alarcón T, editores. Valoración geriátrica integral. Barcelona: Glosa Ediciones 2001.

**Béland F, Zunzunegui MV**. Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Aging* 1999; 28:153-159.

**Beltran B**. Carvajal A, Moreiras O, Cuadrado C. Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa: estudio SENECA FINALE en España: estilo de vida, estado de salud, nutrición, funcionalidad física y mental. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(2):82-93.

**Benassi L**, Bocchiliani E, Bertelli M, Kahiura CT, Ricci L, Siliprandi V. Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study. *Minerva Ginecol* 2002;54:317-324.

**Benitez del Rosario MA**, Asensio Fraile A. Trastornos de la movilidad. Ulceras por presión. En: Grupo de trabajo de atención al mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona. semFYC ed; 2004.

**Benitez del Rosario MA**, Asensio Fraile A. Gerontología: nociones básicas. En: Grupo de trabajo de atención al mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona. semFYC ed. 2004.

**Berkman LF**, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LF; Kawachi I. Editions. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press 2000.

**Bermejo F**. Nivel de salud y deterioro cognitivo en ancianos. Madrid SG editores, 1993

**Birren JE**, Woods AM. Psicología del envejecimiento. En: Pathy MSJ eds. Principios y práctica de la Medicina Geriátrica. Madrid. Ediciones CEA, 1988:131-146.

**Bixquert Jimenez M**, Pla Sanz E. ¿Porque es mas frecuente el estreñimiento crónico en la mujer que en el hombre? *Rev Soc Valenciana Patol Dig* 2002;21(1):17-22.

**Black SE**, Petterson C, Freightner J. Preventing Dementia. Can J Neurol Sci 2001;28 (supl.1): 56-66.

**Black HR**. New concepts in hypertension: focus on the elderly. Am Heart J 1998;135(2):2-7

**Borger PH**, van Leeuwen R, Hulsman CA, Wolfs RC, van der Kuip DA, Hoffman A, de Jong PT. Is there a direct association between age-related eye diseases and mortality? The Rotterdam Study. Ophthalmology 2003;110(7):1292-6

**Boustani M**, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr K. Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the US Preventive Task Force. Ann Intern Med 2003; 138:927-37

**Brabyn J**, Schneck M, Haegerstrom-Pornoy G. Lott F. The Smith-Kettlewell Institute longitudinal (SKY) Study of vision Function and Its Impact among the elderly: and Overview. Optom Vis Sci 2001;78:264-269.

**Brinck TL**, Yesavage JA, Lum O et al. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982; 1:37-43.

**Borrell C**, Villalbí JR. Enquesta de Salut de Terrassa 1998. Ajuntament de Terrassa. Barcelona 1998.

**Butch G**, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord 1999;10(S):315-318.

**Buendía J**, Riquelme A. Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento. En: Buendía, ed. Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1997:77-94.

**Byron B** Bair. Delirium. Geriatrics Review Syllabus y Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. Medica Trens SL 2001

**Cabrera D**, Menendez A, Fernandez A, Acebal V, Garcia JV, Diez E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7):389-92.

**Cacciatore F**, Abete P, Maggi S, Luchetti G, Calabrese C, Viati L, Leosco D, Ferrara N, Vitale DF, Rengo F. Disability and 6-year mortality in elderly population. Role of visual impairment. *Aging Clin Expres* 2004;16(5):382-8

**Cacciatore F**, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Observatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology* 1999;45(6):323-8

**Calvo Aguirre JJ**. Caídas en la comunidad y en instituciones. En: Grupo de Trabajo de Caídas de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid. Fundación Mapfre Medicina; 1997.

**Canadian Task Force of the Periodic Health Examination**. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group 1994

**Canadian Task Force**. Screening for visual impairment in the Elderly. Disponible en: [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org).

**Carlson JE**. Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. *Geriatrics* 1996;51: 26-30.

**Carné X**, Moreno V, Porta M, Velilla E. El cálculo del número de pacientes necesarios en la planificación de un estudio clínico. *Med Clin (Barc)*1989;92:72-77

**Casado D**, Lopez-Casnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona. La Caixa 2002. disponible en:

[www.estudis.lacaixa.comunicaciones.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos\\_esp](http://www.estudis.lacaixa.comunicaciones.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos_esp).

**Casado JM**, Gonzalez N, Moraleda S, Carmona J, Gomez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(3): 167-73.

**Cerdá Diaz R**, Lopez-Torres Hidalgo J, Fernandez Olano C, Lopez Verdejo MA, Otero Puime A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Aten Primaria* 1997;19(1):12-17.

**Chamorro J**, Arraiza C. Valoración del estado nutricional. *JANO* 1999; 57 (1.324): 51-54.



**Chandra RK.** Graying of the immune System. Can Nutrient Supplements Improve Immunity in the Elderly. *JAMA* 1997;277:1.398-9

**Charlton KE.** Elderly men living alone: are they at high nutritional risk. *J Nutr Health & Aging* 1999;3:42-7

**Christensen K,** Frederiken H, Hoffman HJ. Genetic and Environmental Influences on self-reported Reduced Hearing in the Old and Oldest Old. *J Am Geriatric Soc* 2001;49:1.512-1517.

**Chumlea WC,** Guo SS. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. *J Gerontol* 2002;47:M197-M203.

**Clark K,** Sowers M, Wallace RB, Anderson C. The accuracy of self-reported hearing loss in women aged 60-85 years. *Am J Epidemiol* 1991;134:704-708.

**Cohen BM,** Renshaw PF, Stoll AL, Wurtman RJ, Yurgelung-Todd D, Babb SM. Decreased brain choline uptake in older adults. An in vivo proton magnetic resonance spectroscopy study. *JAMA* 1995;274:902-907.

**Col N,** Fanale JE, Kronholm P. The role of medication non-compliance and adverse drugs reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:841-845.

**Coleman AL,** Stone K, Ewing SK, Nevitt M, Cummings S, Cauley JA, Ensrud KE, Harris EL, Hochberg MC, Mangione CM. Higher risk of multiple falls among elderly women who lose visual acuity. *Ophthalmology* 2004;111(5):857-62

**Conselleria de Sanitat i Consum.** Enquesta de Salut de les illes Balears (Esib). Govern de les Illes Balears. Palma Mallorca 2001

**Corrales D,** Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional i problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33(8):426-33

**Cortes Rubio JA.,** Mendez-Bonito E., Koutsourais R., Utrilla Moro J, Macias Rodriguez J, Casado Aguado MA, Rozas Barrera Z. ¿Cual es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria ? *Aten Primaria* 1996;18(6):327-330

**Cruz-Jentoft AJ.** El índice de Katz. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991;26:338-348.

**Cuesta F,** Domínguez M, Navarro C, Lázaro del Nogal M. Inestabilidad y caídas. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátrica en Atención Primaria. Barcelona: Uriach;1997.

**Cumming RG** , Miller JP, Kelsey JL, et al. Medications and multiples falls in elderly people: the St. Louis OASIS study. Age Ageing 1991;20:455-461.

**Cumming RG.** Epidemiology of Medication-Related Falls and Fractures in the elderly. Drugs & Aging 1998; 12 (1):43-53.

**Cummings JL.** Alzheimer Disease. JAMA 2002;287:2.335-2.338.

**Damian J,** Martin-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Vervino J, Redondo- Marquez L, Martínez-Agullo E. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. Eur Urol 1998;34(4):333-338.

**De Groot CPGM,** Sette S, Zajkas G; Carbajal A, Amorim-Cruz JA. EURONUT SENECA study on nutrition and the elderly. Nutritional status: anthropometry. Eur J Clin Nutr 1991;45: 31-42.

**Departament de Sanitat i Seguretat Social.** Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA-2002). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2002.

**Departament de Sanitat i Seguretat Social.** Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003

**Dewey ME,** de la Camara C, Copeland JRM, Lobo A, Sanz P. Cross cultural comparison of depression and depressive symptoms in elder people. Acta Psychiatr Scand 1993;87:369-73.

**Diaz ME,** Dominguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994;29:239-245.

**Dios-Diz JM,** Rodríguez Lama M, Martínez Calvo JR, Rodríguez Pérez C, Melero Brezo M, García Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. Gac Sanit 2003;17(5):409-411.

**Domingo A**, Marcos J, Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. Gac Sanit 1989;3:320-6.

**Drossman DA**, Corazzian E, Talley NJ et al. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45(II):II 1-II 81.

**Ebrahim Shah**. The medicalisation of old age. BMJ 2002;324:861-3

**Ee-Munn Chia**, Jie Jin Wang, Rotchina E, Smith W, Cummings R. Impact of bilateral Visual Impairment on Health-Related Quality of Life: the Blue Mountains Eye Study. IOVS 2004;45 (1):71-6

**Eiroa P**, Vazquez-Vizoso FL, Veras R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. Med Clin (Barc) 1996; 106:641-648.

**Eisdorfen C**, Mintzer J. Performance and aging: an integrative biopsychosocial paradigm. En: Bergemer M, Ermini M, Stahelin HB. The 1988 Sandoz Lectures in Gerontology. Crossroad in Aging. London: Academy Press Limited; 1988

**Elmståhl S**, Malmberg E, Annerstedt L. Caregiver's Burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel Caregiver Burden Scale. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:177-82.

**Enright PL**, Kronmal RA, Higgins M, Schenker M, Haponik EF. Spirometry Reference Values for Women and Men 65 to 85 years of Age. Cardiovascular Health Study. Am Rev Resp Dis 1993;125-133.

**Escudero C**, Ibañez A., Gonzalez E, Sanchez F, Utrilla F, Hidalgo MA, Lopez G. Lopez I. Incidencia y factores predictores de atención domiciliar de enfermería en población anciana. Enfermería clínica 2003,3(11):91-96

**Escudero J**. Déficit cognitivo, prevalencia y factores asociados en la población mayor de 74 años. Aten primaria 1999;24:326-31.

**Escudero MC**, Lopez Martin I, Fernandez N, Lopez G, Ibañez A, Garcia R, delgado JC: Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34(2):86-91.

**Espejo J**, Martinez J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (Proyecto ANCO), Aten Primaria 1997;20:3-11

**Espejo J**, Martinez J, Rubio V, Dueñas R, Fernandez MJ, Yun A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud. (Proyecto ANCO). Aten Prima 1998;21:88-96.

**Espinosa JM** (coord). Malnutrición en el anciano. Programa del anciano. Síndromes geriátricos. Programas Básicos de Salud, 8. Madrid: Doyma, 2000.

**Espinosa JM** (coord). Estreñimiento en el anciano. Programa del anciano. Síndromes geriátricos. Programas Básicos de Salud, 8. Madrid: Doyma, 2000.

**Espinosa JM**, Portillo J, Muñoz F, Martos JM. Incontinencia urinaria En: Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Semfyc ediciones. Barcelona 2004.

**España Pons M**. Una paciente con incontinencia urinaria. Med Integral 2002;39(8):343-354.

**España Pons M**. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc) 2003;120(12):464-472.

**Esteban M**, Fernandez-Ballart J, Salas-Salvado J. Estado nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización.. Nutr Hosp 2000;15:105-13.

**Evans JR**, Fletcher AE, Wormald RPL, Siu-Woon Ng E, Stirling S, Smeeth L, Breeze E, Bulpitt CJ, Nunes M, Jones D, Tulloch A. Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from MCR trial of assessment and management of older people in the community. Br J Ophthalmol 2002;86:795-800

**Evans S**, Katona C, Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. Dementia 1999;4(6):327-333.

**Fernandez-Ballart J**, Gordillo BJ, Arija V, Martí-Henneberg C. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus: la dieta y el equilibrio nutricional en los mayores de 60 años. Rev Clin Esp 1989;185:282-90.

**Fernandez-Ballart J**, Gordillo BJ, Arija V, Marti-Henneberg C. Nutrition of the elderly in a Mediterranean city in Spain: effects of life-style patterns. *Int J Vit Res* 1989;59:8-13

**Fernandez MC**, Castilla L, Martín E. Nutrición en el anciano. En : Cervera MC, Saiz J (eds). Actualización en geriatría y gerontología (II). Jaen: Formación Alcalá, 2001;1.133-1.159.

**Fernandez L**, Villaverde ML, Gracia R, Morales CR, Morera A, de la Fuente J. Estudio comunitario de prevalencia de trastornos depresivos en población geriátrica. *An Psiquiatr* 1995; 11:99-102.

**Fernandez F**, Puigdollers JM. Alternativas asistenciales en geriatría. *Rev Clin Esp* 1988; 183:331-332.

**Feuske A**, Lober CW. Implicaciones patológicas del envejecimiento cutáneo. *Modern Geriatrics* 1990;5:247-252.

**Fiatarone MA**, Evans WJ. The Etiology and Reversibility of Muscle Dysfunction in the Aged. *J Gerontol* 1993;48:77-83.

**Findlay D**. manejo practico de las ulceras de decúbito. *Am Fam Phys (ed esp)* 1997;4: 177-190.

**Folstein MF**, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

**Forette F**, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Babarskier MR, Babeanu E, et al. The prevention of dementia With Antihypertensive Treatment. *Arch Intern Med* 2002;162:2.046-2.052.

**Frame PS**. Preventive care for elderly: garring by in the absence of evidence. *Am Fam Physician* 1999;59:1747-50.

**Fried LP**. Frailty. En: Hazzard WR; Bierman EL; Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, eds. Principles of geritric medicine and gerontology. (3ª ed.) New York: McGraw-Hill Inc; 1994; 1,149-1.156.

**Fried LP**, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence, regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:92-100.

**Fries JF**, Bloch DA., Harrington H, Richardson N., Beck R. Two-Year Results of a Randomized Controlled Trial of a Health Promotion Program in a Retiree Population: The Bank of America Study. *Am J Med* 1993;455-561

**Frisoni GB**, Franzoni S, Rozzini R, Ferucci L, Boffelli S, Trabucchi M. Food intake and mortality in the frail elderly. *J Gerontol* 1995;50A:M203-M210.

**Fuller GF**. Falls in the elderly. *Am Fam Physician* 2000; 61:2.159-2.168.

**Fundación Pfizer**, CSIC, IMSERSO. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.

**Garcia de Blas**, Fernandez A, Vinyoles E. Actividades preventivas en el anciano. Curso a distancia de Prevención en atención primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 1999

**Garcia-Lorda P**, Foz M, Salas-Salas Salvadó J. Estudio nutricional de la población anciana de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002;118(18):705-15.

**Gracia P**. Malnutrición en el anciano. *Form Contin Nutr Obes* 2002;5(1):48-51.

**Garcia M**, Vargas E. principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera JM, Cruz AJ, eds. Geriátrica. Madrid: IDEPSA, 1991.

**Garcia Lozano L**, Mendo Quiñones F, Mestre Reoyo I. La depresión en el anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten primaria* 2000; 25(4):226-229.

**Garcia Serrano MJ**, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-488.

**Gardner DL**. Aging of articular cartilage and joints. En: JC Blockehurst ed. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Churchill-Livingstone, 1992;

**Gavira Iglesias F**, Perez del Molino J, Valderrama Gama E, Caridad JM y Ocerin, Lopez Perez M, Romero Lopez M, Pavon Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten primaria* 2001,28(2):97-104.

**Gavira Iglesias F**, Caridad Ocerin JM, Guerrero Muñoz JB, López Pérez M, Romero Lopez M, Pavon Aranguren MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural. *Aten Primaria* 2005;35(2):67-76.

**Gené J**, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Vllafàfila R, Schorlemer C. Salud y utilización de servicios en el anciano según el nivel de convivencia. *Gac Sanit* 1997; 11: 214-220

**Goldberg TH**. Preventive. Medicine and Screening in Older Adults: Summary of Recommendations. [Http//members.aol.com/Tgolberg/prevrecs.htm](http://members.aol.com/Tgolberg/prevrecs.htm). Actualitzada feb.2003.

**Goldberg D**, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*. 1988;32:137-144.

**Gòmez-Feria**. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biol* 2002;9(1):13-17.

**Gonzalez Montalvo JI**, Alarcon MT., Salgado A. Medicina preventiva en las personas mayores. *Medicine* 1995;6:3854-61

**Gonzalez-Montalvo JL**. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: *Valoración geriátrica integral*. Barcelona: Glosa ediciones, 2001.

**Gonzalez-Montalvo JL**, Rodriguez L, Ruiperez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 129-133.

**Gonzalo E**, Pasarin I. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1):69-80

**Gorroñoigoitia A**, Martín I. Valoración geriátrica en atención primaria. En: *Atención a las personas mayores desde la atención Primaria*. Grupo de Trabajo de atención al mayor de la semFYC. Semfyc eds. Barcelona, 2004

**Grau G**, Eiroa P, Cayuela A. Version española del OARS Mutidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria* 1996;17:486-495

**Grossman W.** Diastolic dysfunction in congestive heart failure. *N Engl Med* 1991; 325:1.557-1.564.

**Grupo de Trabajo sobre incumplimiento.** Incumplimiento terapéutico de los ancianos. *Med Clin ( Barc)* 1993;100:736-740.

**Grup ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària** Aten Primària 2003;31(8):473-9

**Grupo de trabajo de atención al mayor.** Atención a las personas mayores desde la atención primaria. *SemFYC* 2004.

**Guigoz Y,** Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54:59S-65S

**Guilleminault C.** Sleep and sleep disorders. En Cassel & John Walsh eds. *Geriatric medicine.* Springer-Verlag,1984:192-197.

**Guillen-Llera F,** Garcia MA. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1972;7:339-346.

**Guillespi LD,** Guillespi WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 2.* Oxford: Update Software, 2003.

**Gutierrez J,** Galeano J, Solano JJ, Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria. Análisis de algunas variables que influyen en medición. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 1998;8(1):13-19.

**Haastregt van J,** Diederiks J, Rossum van E, White de L, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Br Med J* 2000;320.754-58

**Hannestad Yngvild S,** Rolv Terje Lie, Guri Rotveit, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004;329:889-891.



**Hansen FR**, Spedtsberg K, Schroll H. Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. *Br Med J* 1984;288:369-72.

**Havlik RJ**. Aging in the eighties: Impaired senses for sound and light in persons aged 65 and over. Preliminary data from the supplement on aging to the National Health Interview Survey: United States. January-June 1984. Advance data from Vital and Health Statistics. N° 125. Md: National Center for Health Statistics 1986.

**Hebert LE**, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for woman than for men?. *Am J Epidemiol* 2001;153:132-136.

**Hebert LE**, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurolo* 2003;60:1119-22

**Herdan AM**, Durmaskin SC, Weksler ME. Infection. En:Exton-Smith N, Weksler ME eds. Tratado de Geriatria. JIMS 1987:82-3

**Herdman M**, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(6):425-429

**Herings RMC**, Stricker BHC, de Boer A, et al. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures- *Arch Intern Med* 1995;155:1801-1807.

**Hernandez P**, Benitez MA, Barreto J, Rodriguez H, Torres A, Marco T. Despistaje en el anciano con dependencia funcional y riesgo de institucionalización. *Aten Primaria* 1992;10:1000

**Hernandez Mijares A**, Royo Taberner R, Martinez Triguero ML, Graña Fandos J, Lopez Garcia A, Morales Suarez-Varela MM. Prevalencia de malnutricion entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. *Med Clin (Barc)*2001;117:289-294.

**Hernando J**, Iturrioz P, Toran P, Arratible I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1992;9:133-136.

**Hervás A**, Arizcuren MA, Garcia E, Tiberio J, Forcén T. Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de animo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. *An Sis Sanit Navar* 2003;26(2):211-223.

**Hunskaar S**, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR; Mallet VT. Epidemiology natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2000;11:301-19.

**Hunskaar S**, Lose G, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU* 2004;93(3):324-28

**In't Veld BA**, Ruitenbergh A, Hofman A, Launer Lj, et al. Nonsteroidal Antinflammatory drugs and the Risk of Alzheimer's Disease. *N Engl J med* 2001;345:1.515-1.521.

**Inouye SK**, Casarett D. Diagnosis and management of delirium near the End on Life. *Ann Intern Med* 2001;135:32-40.

**Inouye SK**, Van Dyck C, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz RI. Clarifyng confusion: The confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-948.

**Inouye SK**, Bogardus S, Charpentier P, Leo-Summers L. Acampora D, Holford T. a Multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl Med* 1999;340:669-676.

**Isaacs B**, Akhtar AJ. The set-Test: a rapid test of mental function in old people. *Age and Ageing* 1972;1:222-26

**Isach M**, Izquierdo G. Valoración social en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson, SA; 1993;105-124. jiiijj

**Jensen J**, Lundin-Ollson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall in older people living in residential care facilities, *Ann Intern Med* 2002;136:733-741.

**Jorm AF**, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:465-79

**Kark SL.** The Practice of Community-Oriented Primary Care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981.

**Kark SL,** Kark E, Abamson JH, Gofin J (eds). Atención Primaria orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma;1994.

**Karnofsky DA,** Abelmann WH, Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *CANCER* 1948;1:634-56

**Katz S.** Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-919,

**Katzman R.** The Aging Brain. *Arch Neurol* 1997;54:1.201-1.205

**Kaye JA.** Oldest-Old Healthy Brain Function. *Arch Neurol* 1997;54:1.217-1.221.

**Keller BK,** Morton JL, Thomas VS, Potter JF. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(11):1319-25.

**Kenney RA.** Physiology of Aging. A Synopsis. Chicago:Year Book Medical Publishers, inc,1989.

**Khaw KT.** Healthy aging, *BMJ* 1997;315:1.090-1.096

**King MB,** Tinetti ME. Falls in community-dwelling older person. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:1146-54.

**Klaver C,** Wolfs R. Virgenling J, Hofmann A, de Jong P. Age -Specific prevalence and causes of Blindness and Visual Impairment in an Older Population. The Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol* 1998;116:653-658.

**Klein R,** Klein BE, Lee KE. Changes in visual acuity in a population. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1996;103:1.169-78

**Lahuerta C,** Borrell C, Rodriguez-Sanz M, Perez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit* 2004;18(2):83-91

**Launer LJ**, Andersen K, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Amaducci LA, et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analysis. *Neurology* 1999;52:78-84.

**Laurin D**, Verreault R, Lindsay J. Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and dementia in elderly Persons. *Arch Neurol* 2001;58:498-504.

**Lawton MP**, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.

**Lazaro del Nogal M**, Moreno Gonzalez A. Inestabilidad y caídas. En: *Grandes síndromes geriátricos*. Ferrer Internacional S.A. Madrid; 1995.

**Lazaro del Nogal M**, Navarro C, Cuesta F, Vitoria A, Roiz H, Montero N. Evaluación del riesgo de caídas. *Protocolos de evaluación. Unidades de caídas*. En : M. Lázaro (2ª ed.) *Evaluación del anciano con caídas de repetición*. Madrid: Fundación MAPFRE medicina; 2001;77-100.

**Leal M**, Abellan J, Casa MT, Martinez J. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, afirma tomarla correctamente?. *Aten Primaria* 2004;33(8);451-6.

**Levkoff SE**, Evans DA, Liptzin B et al. Delirium: the concurrent and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med*, 1992;152:334-40.

**Liechtenstein MJ**, Hazuda HP. Cross-Cultural Adaptation of the Hearing Handicap a Inventory for the Elderly-Screening Version (HHIE-S) for Use with Spain-Speaking Mexicans Americans. *J Am Geriatric Society* 1998;46:492-498.

**Limon E**, Argimon JM, Vila J, Abos T, Cabezas C, Vinyoles E. Detección del deterioro cognitivo en población mayor de 64 años: primera fase del proyecto Cuida'l. *Aten primaria* 2003;32(1):6-14.

**Lipsitz LA**, Jhonson PV, Keñney MM, et al. Causes and correlates of recurrent falls in ambulatory frail elderly. *J Gerontol* 1991;46:M114-M122.

**Lizan L**, Parra P, Iranzo P. La medición de la capacidad funcional. *Aten Primaria* 1995;16(3): 166.

**Lizan L**, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002;29(6):378-84

**Lobo A**, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europa: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurologyc Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000;54:S4-9

**Lobo A**, Sanz P, Marcos G, Dia JL, de la Cámara C et al. Revalidación y normalización del Mini examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999;112:767-774.

**Locher JK**, Burgio KL, Goode PS, Roth DL, Rodriguez E. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist* 2002;42:515-21.

**Lopez Fernandez V**, Peña Luengo A., Iglesias Heredero A., Herrero Puente P, Vazquez Alvarez J, Suarez Garcia S, Alvarez Cosmea M, Prieto Diaz MA, Martín Iranzo R. Prevalencia de la hipertensión arterial sistólica aislada en una población mayor de 60 años. *Hipertensión* 2002;19(9):384-389.

**López-Torres Hidalgo J**, Cerdà Díaz R, Fernandez Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Pulme A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin ( Barc)* 1997;108:572-576.

**Lopez Verdejo MA**, Lopez-Torres Hidalgo J, Fernandez Olano C, del Campo del Campo JM, Galdon Blesa P, Otero Puime A. Situación funcional de los ancianos con cataratas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(29):111-110

**Loewestein J**, Palmberg PF, Connett J, Wetworth D. Effectiveness of a pinhole method for visual screening. *Ant Ophthalmol* 1985;103:222-3

**Loewestein FW**. Nutritional status of the elderly in the United States of America 1971-1974. *J Am Coll Nutr* 1982;1:165-77.

**Lord SR**, Anstey JK, WilliamsP et al. Psychoactive medication use, sensory-motor function and falls in older women. *Br J Clin Pharm* 1995;39:227-234.

**Lyder CH.** Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289:223-226.

**Mahoney FI,** Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland Stat Med J. 1965;14:56-61

**McCarty CA,** Zanzan MB, Taylor HR. Vision impairment predicts 5 year mortality. Br J Ophthalmol 2001;85:322-326.

**McInnes L,** Rabbit P. Envejecimiento, salud y habilidades cognitivas. En: Buendía, ed. Gerontología y Salud. Perspectivas actuales. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva,;1997

**McMurdoME,** Baines PS, The detection of visual disability in the elderly. Health Bull 1988;46:327-329.

**Martin Graczyk AL,** Vázquez Pedrazuela C. Patología por inmovilidad. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentok AJ, eds. Geriátrica en atención primaria. Barcelona: L.Uriach, 1997, 371-379.

**Martin M,** Agüera L, Pelegrin C, Moriñigo A. Las demencias. En: Agüera L Martin M, Cervilla J directores. Psiquiatria geriátrica. Barcelona: Masson, 2002.

**Martin Lesende I.** Controversias en la intervención a los mayores desde la Atención Primaria. Aten Primaria 2003;32 (Supl1):9-11.

**Martin Lesende I,** Garcia Rodriguez A, Abajo Angulo J, Olabarria Ateca V, Gonzalez Garcia J, Rueda Alonso E, Galindo Chico M, Iribaren Oscoz M. Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural y urbana de 75 o más años de una misma zona de salud. Rev Geriatr Gerontol 2001;36(3):150-155.

**Martín Zurro A,** Cano Perez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Eds Harecoury Barcelona; 1999.

**Martinez JM,** Robles A editores. Alzheimer 2001: teoría y practica. Madrid: Aula medica, 2001.

**Martinez JM,** Martinez P. Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. Med Clin (Barc) 2001;116:418-421.

**Martinez J.** Espejo J, Rubio V, Enciso, Zunzunegui MV, Aranda J. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. Aten Prima 1997;20:43-59.

**Martinez de la Iglesia J,** Espejo Espejo J, Rubio Cuadrado MV, Perula de Torres LA, Albert Colomer C. Factores asociados a los síntomas psiquiátricos en población mayor de 60 años. Proyecto ANCO. Rev Esp Geratr Gerontol 1998;33(6):331-339.

**Marwijk VH,** Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self reported depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. Fam Prac 1993,10(1):63-65.

**Mateo Barrientos M,** Diaz Diez-Picazo I, Barquinero Canales C, Baños Perez I. Valoración del anciano con estreñimiento. JANO 2003;65:57-59.

**Mendez Rubio JI,** Zunzunegui MV, Bèland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med Clin (Barc) 1997;108:128-132

**Mendez C,** Gayoso P, Fariña J, Nuñez C, Garcia E, SanchezB, del Alamo AJ. Validación del test del cronometro como método de cribaje de hipoacusia en pacientes de mas de 65 años. Aten Primaria 1994;13(3):131-134.

**Millar KE,** Zylstra RG, Standridge JB. The geriatric patient. A Systematic Approach to maintaining Health. Am Fam Physician 2000;61:1089

**Miller RA.** The Aging Immune System: Primer and Prospectus. Science 1996;273:70-74.

**Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Insalud; 1997

**Molinuevo Guix JL,** Blesa Gonzalez R. Demencia: una epidemia en el siglo XXI. Introducción. JANO 2004;67(34):22

**Montaner I,** Foz G, de Peray JL et al. Utilidad de la monitorización del estado de salud, fuentes de información, metodología i limitaciones. Ponencia sobre "Monitorización del estado de salud en las ZBS".XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 1994.

**Montañés Bascompte D.** Encuesta de Salud de Hospitalet-Vandellos.1997. Tesis Doctoral.

**Morales JM,** Gonzalez-Montalvo JI, del Ser T y Bermejo F. Validation of the S-IQCODE: the Spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. Arch Neurobiol (Madr) 1992;55(6):262-266.

**Moran Alaez E.** Estimación de la población dependiente y de sus características socio-demograficas. En: Rodríguez Cabrero, Gregorio. La protección social de la dependencia. Madrid: Instituto de Migraciones i Servicios Sociales (IMSERSO);1999:111-162.

**Moreiras O,** Beltran B, Carvajal A, Cuadrado C. Nutrición y salud en personas de edad avanzada en Europa: estudio SENECA FINALE en España. Objetivo, diseño y metodología. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(2):75-81.

**Morera R,** Bayona C, Castell C, Segura M, Duch F. Cribado de les trastorns visuals en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2001;116(Sup11):87-94.

**Morera R,** Bayona C, Roure E, Dicenta M.. Cribado de les trastorns auditivos en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2001;116(Sup11):83-86.

**Mulrow CD.** Screening for hearing impairment in the elderly. Hosp Pract Off Ed 1991;26: 79-86.

**Mulrow CD,** Lichtensein MJ. Screening for hearing impairment in the elderly: rationale and strategy. J Gen Intern Med 1991;6:249-258

**Muñoz Cebrian C.** Inmovilidad. En: Salgado Alba A, Gonzalez Montalvo JL, Alarcón Alarcón MT, eds. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson; 1996

**Musoll J.,** Espinosa MC., Quera D., Serra ME., Pous E., Villarroya I., Puig-Domingo M. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(5):249-253

**Nagelkerke NJD.** A note of general definition of the coefficient of determination. Biometrika 1991;78:691-2



**Navarro C**, Verdejo C. Estreñimiento. Impactación fecal. En: Ribera JM; Geriatria en atención primaria ( 2ª ed.) Barcelona: Uriach; 1997

**Navarro Rubio MD**. Encuestas de salud. Cuadernos metodológicos nº 11. CIS. Madrid 1994.

**O'Keefe S**, Lavan J. the prognostic significance of delirium in older hospital patients. J Am Geriatr Soc 1997;45:174-8

**Olafsdottir M**, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping Study. Dement Geriatr Cogn Disord 2000;11:223-9

**O.M.S.** La salud de las personas de edad. Serie de informes técnicos Nº 779. Ginebra: OMS,1989.

**O.M.S. 1997**. Drugs of the elderly (2ª ed). WHO Regional Publications. European series nº 7.

**Otero A**, Zunzunegui MV, Rodriguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Rev Esp Salud Pública 2004;78:201-213.

**Owsley C**, McGwin G Jr, Sloane ME, Stalvey BT, Wells J. Timed instrumental activities of daily living tasks: relationship to visual function in older adults. Optom Vis Sci 2001;78(5): 350-359

**PAPPS**. Grupo de expertos. Actualización 2003. Aten Primaria 2003;32 (Supl2):102-20

**Peto R**, Doll R. There is no such thing as aging. Old age is associated whit disease, but does not cause it. BMJ 1997;315:1.030-1.032.

**Pèrula de Torres LA.**, Martinez de la Iglesia J., Espejo Espejo J., Rubio Cuadrado MV., Enciso Berge I., Fonseca del Pozo FJ, Aranda Lara JM, Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos. Aten Primaria 1997;20:425-34.

**Pfeiffer E**. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-441.

**Pi J**, Olive JM, Roca J, Massana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya. Spain. Neuroepidemiology 1996;15:33-41

**Pineda Cuenca M**, Custardoy Olavarrieta J, Andreu Ruiz MT, Ortin Arroniz JM. Cano Montoro G, Medina Ferre E. Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área de salud. *Aten Prima* 2002;30(4):207-213.

**Pirozzo S**, Papinczak T, Glasziou P, Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 2003;327: 967-971

**Porta M**, Miralles R, Conill C, Sànchez C, Pastor M, Felip J, Miro M, Catalan M, Cervera AM, Vernhes MT. Registro de caídas del Centro Geriátrico Municipal de Barcelona. Características de las caídas y perfil de los pacientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(5): 270-275.

**Posner BM**, Jette AM, Smith KW, Miller DR, Nutrition and health risks in the elderly: the Nutrition Screening Initiative. *Am J Public Health* 1993;83:972-978.

**Prieto L**, Badia X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten Primaria* 2001; 28:201-9

**Pregazzi L**, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P; Siracusano S et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103: 179-182.

**Programas bàsics de salut**. En: Síndromes geriàtrics. Estreñimiento en el anciano. Ed Doyma. Madrid 2000.

**Pujiula Blanch M**, Quesada Sabaté M y grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten primaria* 2003;32(2):86-91.

**Ramon JM**, Subirà C. y Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin (Barc)* 2001;117:766-70

**Regalado P**, Valero C, Gonzalez-Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja 25 años después: estudio de su validez en un servicio de Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32:93-99.

**Reuben DB**, Franj JC, Hirsch SH, Mcguigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:269-76

**de la Revilla L**, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Aten Prima* 1991;8:664-666.

**de la Revilla L**, Aybar R, de los Rios A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997;19:133-137.

**de la Revilla L**, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003;310(9):587-91.

**de la Revilla L**. En: Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria. Ed Doyma. Barcelona; 1991

**Ribera Casado JM**. Patología respiratoria en Geriátrica. Aran, Madrid: 1986;11-18.

**Ribera Casado JM**. Patología Digestiva en Geriátrica. Aran, Madrid; 1987

**Ribera Casado JM**. Clínicas Geriátricas. Vol V. Patología necrológica y psiquiátrica en geriatría. Ediciones Medicos SA. Madrid; 1989

**Ribera Casado JM**, Cruz Jentoft AJ. Geriátrica en atención primaria. Barcelona: I. Uriach & Cia.; 1997

**Ribera Casado JM**. Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine* 2003;8(108):5765-5771.

**Robbins LI**. Evaluación de la pérdida de peso en ancianos. *Modern Geriatrics* 1989;1:359-62

**Rocca WA**, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODERM-Prevalence Research Group. *Ann Neurolo* 1991;30:381-90

**Rochon PA**, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet* 1995;346:32-36

**Rockwod K**, Kirkland s, Hogan DB, MacKnight C, Merry H, Verreault R et al, Use if Lipid-Lowering Agents, Indication Bias, And the Risk of Dementia In Community-Dwelling Elderly People. Arch Neurol 2002;59:223-227

**Rodríguez Mañas I**. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernandez-Ballesteros R. ed. Gerontología Social. Madrid: Pirámide;2000

**Rodríguez E**, Gea A, Gomez A, Garcia JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. Aten Primaria 1996;17:338-341.

**Romero Y**, Evans JM, Fleming KC, Philips SF. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996;71:81-92

**Ross CE**, Mirowsky J. Family relationship, social support and subjective life expectancy. J Health Soc Behav 2002;43(4):469-83

**Rosenthal BP**. Ophthalmology. Screening and treatment of age-related and pathologic vision changes. Geriatrics 2001;56(12):27-31.

**Rovner BW**, Casten JR, Tasman WS. Effect of depression on vision function in age-related macular degeneration. Arch Ophthalmol 2002;120(8):1041-4

**Rubenstein LZ**. Exposing the iceberg of Unrecognized Disability. The Benefits of Functional Assessment of the Elderly. Arch Intern Med 1987;147:419-20

**Rubenstein LZ**, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC, editores. Brocklehurst Textbook of geriatric medicine and gerontology (5ª ed.).Edimburgo: Churchill Livingstone 1998.

**Rubio MA**. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Masson 2002.

**Rudman D**, Feller AG. Protein-calorie undernutrition in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1989;37:173-83.

**Ruitenbergh A**, Van Switwn JC, Witteman JC, Mehta, Breteler MM. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam study. Lancet 2002;359:281-286

**Sanchez Gabriel R**, Alonso Arroyo M., Bermejo Pareja F, Muñiz Garcia J, Lopez Rodriguez I., Suarez Fernandez C et al. Proyecto EPICARDIAN: estudio epidemiológico sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares en ancianos españoles. Diseño, método y resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:327-334.

**Salvà A**, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2004;122(5):172-6.

**Salvà A**. Fisiología nutricional en el anciano. *JANO* 1996;51:57-59.

**Salvà A**, Bolibar, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el Mini Nutricional Assessment (MNA). *Rev Gerontol* 1996;6:319.

**Sanchez L**, Sanchez F, Uranga A.,Castellanos L, Jimenez F. ¿Podemos asegurar la continuidad de la atención al anciano itinerante? Propuesta de un informe de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;39:43-47.

**Sanchez L**, Sanchez F. Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Aten Primaria* 2000;26: 331-332.

**Sanchez Gonzalez R**, Ruperez Cordero O, Delgado Nicolas MA, Mateo Fernandez R, Hernando Blazquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten primaria* 1999;24(7):421-424.

**Sandberg G**, Stewart W, Smialek J. The prevalence of the neuropathological lesions of Alzheimer's disease is independent of race and gender. *Neurobiol Aging* 2001;22:169-175.

**Sanz R**. Problemas de audición en los ancianos. En: Encuentros de geriatría. Colegio Oficial de Médicos de Madrid; 1999

**San Jose A**, Jacas C, Selva A, Vilardell M. Valoración geriátrica. *Medicine* 1999;7(124): 5.797-5.802

**San Jose A**, Jacas C, Solans R, Vilardell M. Depresión en la persona mayor. *Medicine* 1999;7 (124):5.887-5.891.

**Sarkisian CA**, Lachs MS, "Failure to thrive" in older adults. *Ann Intern Med* 1996;124: 1.072-1.078.

**Sarkisian CA**, Liu H, Gutierrez PR, Seeley DG, Cummings SR, Mangione CM. Modifiable risk factors predict functional decline among older women: a prospectively validated clinical. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:170-78

**Sèculi Sanchez E**, Brugulat Guiteras P, March Llanes J, Medina Bustos A, Martines Beneyto V, Tresserras Gaju R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria* 2004;34(4):178-83.

**Sèculi E**, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rue M., Guillem M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las ultimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001;15(3):217-223.

**Seeman T**. Social ties and health: the benefits of social integration. *Ann Epidemiol* 1996;6:442-51

**Segura JM.**, Bastida N, Marti N, Riba M. El programa ATDOM de Raval Nord: análisis descriptivo sobre 10 años de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 2004;33:217.

**Selva A**. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada. *Med Integr* 1996;27:14

**Selva O'Callghan A**, San Jose Laporte A., Solans Laqué R., Vilardell Tarrés M. Características diferenciales de la enfermedad en los ancianos. *Medicine* 1999;7(124):5789-5796.

**Serra JA**, de Miguel MP. Valoración del estado nutricional. Orientaciones dietéticas. En: Ribera Casado JM, Cruz AJ. *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: Uriach, 1997: 71-82

**Serra-Majem LL**, Ribas L, Garcia R, Ramon JM, Salvado G, Farran A et al. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993. Barcelona: Generalitat de Catalunya 1996.

**Shaw C**, Tansey R, Jackson C., Hyde C., Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice* 2001;18:48-52

**Shulman KI**. Clock- drawing: is it the ideal cognitive screening test?. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(6):548-61

**Sindhusake D**, Mitchell P, Smith W, Golding M, Newall P, Hartley D, Rubin G, Validation of self-reported hearing loss. The Blue Mountains Hearing Study. *Int J Epidemiol* 2001;30:1371-78

**Sitjàs E**, San Jose A, Armadans L, Mundet X i Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003;32(5):282-7

**Sloan RW**. Principles of drugs therapy in geriatric patients. *Am Family Phys* 1992;45: 2.709-2.718.

**Smeeth L**. Assessing the likely effectiveness of screening older people for impaired vision in primary care. *Family practice* 1998;15:S24-S29.

**Smeeth L**, Iliffe S. Community screening for visual impairment in the elderly (Cochran Review). En: *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update soft ware, 2003.

**Smilkstein G**. Family Apgar analyzed. *Family Medicine* 1993;25:293-294

**Sociedad Española de Neurología**. Guías en demencias. Barcelona: Masson, 2000.

**Sorock GS**, Shimkin EE, Benzodiazepines sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Arch Intern Med* 1988;148:2441-2444.

**Sock NW**. Energy metabolism, caloric intake and physical activity in old age. Uppsala: Almquist & Wiksall 1972

**Sosa Henriquez M**. Osteoporosis: factores de riesgo, clasificación i clínica. En FHOEMO ed. *Manual práctico de osteoporosis en atención primaria*.1996:35-44.

**Spar JE**, La Rue a, Hewes C, et al. Multivariate production of falls in elderly inpatients. *Int J Geriatr Psychiatric* 1987;2:185-188.

**Starfield B**. Community-oriented primary care. En: *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

**Stoddart H**, Donovan J, Whitley E, Sharp D, Harvey I. Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem. *Br J Gen Pract* 2001;51(468):548-52

**Stuck AE**, Siu AL, Nieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a metaanalysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6

**Stuck AE**, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1.022-28

**Stuck AE**, Aronow h, Steiner A, Alessi C, Bula C, Gold M et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-89

**Subias Lorén PJ**, Perula de Torres L, Moreno Martin J, Martin-Rabadan Muro M., Llergo Muñoz A, Iglesias Rodal M, Garcia Mata JR, Bauzà Nicolay K. Encuesta a la población para valorar y conocer su percepción sobre actividades preventivas. *Aten Primaria* 2003;32 (Supl 2): 5-14.

**Sullivan DH**. The role of nutrition in increased morbidity and mortality. *Clin Geriatr Med* 1995;11(4):661-674.

**Talley NJ**, Fleming KC, Evans JM, O'Keefe EA, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol* 1996;91(8):1666-7.

**Terpenning MS**, Bradley SF. ¿porque el envejecimiento nos vuelve más susceptible a la infección?. *Modern Geriatrics* 1994;7:263-65.

**Tinetti ME**, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garret P, Trainor K et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*, 1994;331:821-827.

**Tinetti ME**, Falls. En: Cassel CK, Cohente J, Larson EB, et al. Eds. *Geriatric Medicine*. New York: Springer; 1997. p.787-99

**Tinetti ME**, Speechley M, Ginter S. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-1707.



**Tinetti ME**, Ginter SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients. Standard neuromuscular examination or direct assessment. JAMA 1988;259:1.190-1.193.

**de Toro Casado R**, Macias Nuñez JF. Características fisiológicas del envejecimiento renal: Consecuencias clínicas. An Med Intern 1995;4:157-159

**Tomas MT**, Centelles F, Valero C, Alcalá A, cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. Aten Primaria 1999;23(3): 121-126

**Tomas C**, Moreno LA, German C, Alcala T i Andres E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Rev Esp Salud Publica 2002;76:215-226

**Torra JE**, Soldevila A. Atención domiciliaria a pacientes con úlceras por presión. En; Contel JC, Gené J, Peya M. Eds. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona, Springer, 1999:191-205.

**Tromp AM**, Pluijm SMF, Smit JH, Deeg GJH, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: A prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. J Clin Epidemiol 2001;54:837-844.

**Urbina Torija JR.**, Larrañaga M, Zurriaga O.,Garcia MA.,Gil M. Prevalencia de fragilidad en el anciano en las consultas de atención primaria. Gac Sanit 1999;90 (13):9025-25.

**Urbina Torija JR.**, Flores Mayor NJ, Garcia Salazar MP, Rodriguez Estremera E, Torres Buisan L, Torrubias Fernandez RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. Aten Primaria 2004;4(6):293-9

**U.S. Preventive Services Task Force.** Guide to Clinical Preventive Services, 2<sup>a</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.1996

**Valcour VG**, Masaki KH, Curb D, Lanoie-Blanchette P, The detection of dementia in primary care setting. Arch Intern Med 2000;160:2964-8

**Valderrama Gama E**, Rodriguez Artalejo F, Palacios Diaz A, Gabarre Orús, Perez del Molino, Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos; resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:209-219

**Valderrama Gama E** Gavira-Iglesias FJ, López Pérez M, Pérez del Molino J. Dependencia funcional y salud autopercebida en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(5):283-288.

**Veehof LJG**, Stewart RE, Haaiker-Ruskamp FM, Meyboom de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Fam Practice* 2000;17(3):261-67

**Vega JL**. Psicología del envejecimiento. En: Jiménez F, eds. *Gerontología* 1992. Madrid: Jarpyo editores, 1991:93-102.

**Vellas B**, Lauque S, Andrieu S, Nourhashemi F, Rolland Y, Baumgartner R, Garry P. Nutrition assessment in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2001;4(1):5-8.

**Ventry IM**, Weinstein BE. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a new tool. *Ear Hear* 1982;2:128-134.

**Verdejo C**. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentof AJ. *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: Uriach, 1997

**Vetter NJ**, Jones DA, Victor CR. Effects of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomized controlled trial, *Br Med J* 1984;288:369-72.

**Vila Córcoles A**, Alaman Porquet E, Llor Vila C.. Enquesta de salut de l'Alt Camp i Conca de Barberà 1991-199. Valls 1992

**Volkert D**, Kruse W, Oster P, Schlierf G. Malnutrition in geriatric patients: diagnostic and pronostic significance of nutritional parameters. *Am Nutr Metab* 1992;36:97-112.

**Waite KM**, Broe GA, Creasey H, Grayson D, Edelbrock D, O'toole B. Neurological signs, aging, and the neurodegenerative syndromes. *Arch Neurol* 1996;53:498-502.

**Wagner TH**, Patrick DL, Bavendam TG. Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology* 1996;47: 67-72.

**Walghagen MI**, Strawbridge WJ, Shema SJ, Kurata J, Kaplan GA. Comparative Impact of Hearing and Vision Impairment on Subsequent Functioning. *J Am Geriatr Soc* 2001;49: 1.086-1.092.

**Warren MW**. Care of chronic aged sick. *Lancet* 1946;1:841-43

**Weinstein BE**. Age-related hearing loss. How to screen for it, and when to intervene. *Geriatrics* 1994;49:40-45

**WHO**. The public health aspects of aging of the population. Copenhagen: World Health Organization, 1959. [www.un.org/ageing](http://www.un.org/ageing)

**Williamson J**, Stokoe IH, Gray S, Fisher M, Smith A, McGhee et al. Old people at home: their unreported needs. *Lancet* 1964;1:1117-20

**Wolffsohn JS**, Cochran AL, Watt NA. Implementation methods for vision related quality of life questionnaires. *Br J Ophthalmol* 2000;84:1.035-40

**Wozolin B**, Kellman W, Roussau P, Celesia CG. Decreased prevalence of Alzheimer disease associated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors. *Arch Neurol* 2000;57:1.439-1.443.

**Yesevage JA**, Brink TL, Rose TL, Lum O, Muang A, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.

**Zarit SH**, et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980;20:649-655.

**Zunzunegui MV**, Rodríguez A, Garcia MJ, Aguilar C , Lázaro P, Otero A. Prevalencia de incontinència urinària y factores asociados en varones y mujeres de mas de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32(6):337-42

**Zunzunegui MV**, del Ser T, Rodríguez A, Garcia MJ, Domingo J. Otero A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Aten primaria* 2003;31(9):581-6.

# **I X - A N N E X E S**



Tinc dificultats per viure

No puc viure

10- L'habitatge on viu:      és propi                      de lloguer                      dels familiars

11- Recolzament social:

- Tinc algú que m'acompanyi, si ho necessito, per anar al metge, comprar...)

Gairebé sempre

De vegades

Gairebé mai

- Tinc algú que en tingui cura de mi, si estic malalt:

Gairebé sempre

De vegades

Gairebé mai

- Tinc algú amb qui sortir i divertir-me, si ho vull fer

Gairebé sempre

De vegades

Gairebé mai

12-Canvia sovint de domicili?      Si                      No

Cada quant ?

Motiu:

13-Pot anar al metge tot sol?: Si      No                      i si l'acompanyen?      Si      No

14- L'han ingressat en algun hospital en el darrer any                      Si      No

Cada quant diria que va a la consulta del seu metge?                      i a la infermera?

15- Va a Hospital de Dia?                      Te ajuda domiciliària?                      Té tele-assistència?

16- Quines malalties pateix actualment?

- Del cor o de la circulació?                      Si                      No                      Quines?

- Dels bronquis o dels pulmons?                      Si                      No                      Quines?

- Té sucre?: Si No                      Colesterol?: Si No                      Tensió alta? Si No

- Pateix cap malaltia del cap o dels nervis?                      Si                      No
- Quines?

- Pateix de malalties als ossos o ales articulacions?      Si                      No                      Quines?

- Té malalties del fetge, estómac o budells? Si No Quines?
- Té malalties ronyó, o bufeta urinària? Si No Quines?
- Té malalties als ovaris, matriu, mames o pròstata? Si No Quines?
- Té cap nafra, ferida o úlcera en algun lloc? Si No On?
- Està operat d'alguna cosa? Si No de què?
- És al·lèrgic a algun medicament? Si No A quin?
- Creu que la seva visió és bona? Si No
- Porta ulleres habitualment? Si No
- Creu que la seva audició és bona? Si No Porta audiòfon? Si No

17- Ha fumat mai? Fuma actualment? Si No

Quantes cigarretes/dia? Quants anys fa?

Si es ex-fumador, quants anys fa que ho va deixar? Perquè?

18- Beu alcohol habitualment? Si No

Quants gots vi/dia cerveses “carajillos” whisky

19- Fa exercici habitualment? Si No

Quanta estona? Quants dies setmana?

20- Cau sovint? Si No

En el darrer any ha caigut cap vegada? Si No Quantes?

Per que? On? Es va fer mal?

21- Se li escapa l'orina habitualment? Si No

Si se li escapa: És al riure, tossir o portar pesos? Si No

Es per què li agafen ganes i no pot aguantar? Si No

Es per totes dues coses? Si No

Porta alguna protecció habitualment per la pèrdua d'orina?.

Aquesta pèrdua li impedeix fer vida normal o li afecta la seva qualitat de vida?

22- Pateix de restrenyiment habitual: Si No

Quants cops fa de ventre a la setmana. Li costa molt?

Pren alguna cosa per solucionar-lo Quina?

23- Se li escapa habitualment la femta? Si No

24 Porta absorbents o bolquers tot el dia. Si No

25- Porta dentadura postissa? No Parcial Total No té dents ni pròtesi

26- A l'hora de menjar amb la dentadura original o la pròtesi:

Mastego tot be Algunes coses no puc mastegar Menjo tot triturat

27- Pren habitualment cap medicament, encara que avui no l'hagi pres? Si No

28- Sap el nom de les medicacions que pren? Si No Enumerar-los

Sap per que serveixen les medicacions que pren:

Si , és correcte en la majoria No coneix gairebé cap

Com es pren aquests medicaments? Correctament la majoria Incorrectament

29- S'ha vacunat aquest hivern del grip: Si No No ho sap No vol

Esta vacunat del tètanus? Si No No ho sap No vol

Està vacunat de la pneumònia? Si No No ho sap No vol

30- En el darrer any li han pres cap vegada la TA? Si No No ho sap No vol

i el colesterol i el sucre ? Si No No ho sap No vol

31-Quan es va fer la darrera revisió al ginecòleg? Any Era normal?



Se n'havia fet cap mes abans? Si No No ho sap No vol

32- Li han fet mai una mamografia Si No No ho sap No vol?

Quant? Era normal?.

## **Annex 2. Criteris de fragilitat**

### **2-1. Criteris d'ancià fràgil de l'O.M.S.**

1. Edat avançada (majors de 80 anys)
2. Viu sol/a
3. Viduïtat recent (darrer any)
4. Hospitalització en els darrers tres mesos
5. Polimedicació ( més de 5 fàrmacs)
6. Patologia crònica invalidant (física o psíquica)
7. Presència de problemes socials amb incidència sobre la salut.

*La presència d'un o més dels 7 criteris es suficient per suggerir risc.*

### **2-2. Criteris d'ancià fràgil de Barber.**

1. Viu sol/a?
2. No té ningú a qui demanar ajut si el necessita?
3. Hi ha més de dos dies a la setmana que no menja calent?
4. Necessita d'algú que l'ajudi sovint?
5. L'impedeix la seva salut sortir al carrer?
6. Té sovint problemes de salut que impedeixen valdre's per si mateix/a?
7. Té dificultats amb la vista per fer les seves tasques habituals?
8. Li suposa molta dificultat mantenir una conversa perquè no sent bé?
9. Ha estat ingressat alguna vegada en l'hospital en el darrer any?

*Cada resposta afirmativa val un punt. Un punt o més és criteri de fragilitat.*

### Annex 3. Mini Nutritional Assessment (MNA)

<i>Índexs antropomètrics</i>	<i>Avaluació global</i>
<p><b>1- Index de massa corporal (IMC)</b></p> <p>0= IMC&lt;19</p> <p>1= IMC entre 10-20</p> <p>2=IMC entre 21-22</p> <p>3= IMC &gt;22</p>	<p><b>El pacient viu al seu domicili?</b></p> <p>0= No                      1= Si</p>
<p><b>2- Circumferència braquial (CB en cms.)</b></p> <p>0,0= CB&lt;21</p> <p>0,5= CB entre 21-22</p> <p>1,0= CB&gt;22</p>	<p>Pren &gt; 3 fàrmacs /dia?</p> <p>0= Si                      1=No</p>
<p><b>3- Circumferència de la cuixa (CC en cms.)</b></p> <p>0= CC&lt;31</p> <p>1= CC &gt;=31</p>	<p><b>Ha hagut alguna malaltia o situació d'estres psicològic en els darrers tres mesos?</b></p> <p>0= Si                      1= Si</p>
<p><b>4- Pèrdua recent de pes (&lt; 3 mesos)</b></p> <p>0= &gt;3 Kg.</p> <p>1= No ho sap</p> <p>2= entre 1-3 Kg.</p> <p>3= no pèrdua de pes.</p>	<p><b>Mobilitat:</b></p> <p>0= Del llit a la cadira</p> <p>1=Autònom a l'interior</p> <p>2= Surt del domicili</p>
	<p><b>Problemes neuropsicològics:</b></p> <p>0= Demència o depressió severa</p> <p>1=Demència o depressió moderada</p> <p>2=Sense problemes psicològics</p>
	<p><b>Úlceres o lesions cutànies</b></p> <p>0= Si                      1= No</p>

<p><b>Paràmetres dietètics</b></p> <p><b>Quants àpats complets fa al dia</b> (equivalent a 2 plats i postres)?</p> <p>0=1 àpat    1= 2 àpats    2= 3 àpats</p> <p><b>El pacient consumeix:</b></p> <p>Làctics almenys 1 cop/dia?    Si    No</p> <p>Ous o llegums 1-2 cops/setmana? Si    No</p> <p>Carn, peix o aus, diàriament?    Si    No</p> <p>0 = tot 0 o 1 Si    0,5 = 2 Si    1,0 = 3 Si</p> <p><b>Consumeix verdures o fruites almenys 2 cops /dia?</b>    0 = No    1= Si</p> <p><b>H perdut la gana?, Ha menjat menys per problemes digestius, dificultats a la masticació, o alimentació en els 3 darrers mesos?</b></p> <p>0= Anorèxia severa</p> <p>1= Anorèxia moderada</p> <p>2= Sense Anorèxia</p> <p><b>Quants gots d'aigua o d'altres líquids pren al dia? (llet, sucs...)</b></p> <p>0,0=&lt;3 gots    0,5= 3-5 gots    1,0=&gt;5 gots</p> <p><b>Per alimentar-se</b></p> <p>0= Necessita ajut</p> <p>1= Ho fa sol amb ajut</p> <p>2= Ho fa sol</p>	<p><b>Valoració subjectiva</b></p> <p><b>El pacient es considera, a si mateix , ben alimentat? (problemes nutricionals)</b></p> <p>0= Malnutrició severa</p> <p>1= No ho sap o malnutrició moderada</p> <p>2= Sense problemes de nutrició</p> <p><b>En comparació amb les persones de la seva edat, vostè considera el seu estat de salut?</b></p> <p>0,0 Pitjor</p> <p>0,5= No ho sap</p> <p>1,0= Igual</p> <p>2= Millor</p> <p><b>Puntuació:</b></p> <p><b>&gt; 23,5 punts = Bon estat nutricional</b></p> <p><b>17-23 punts = Risc de malnutrició</b></p> <p><b>&lt; 17 punts = Mal estat nutricional</b></p>
--	--

## Annex 4. Índex de Barthel

<i>Índex de Barthel (ABVD)</i>	
<i>Menjar</i>	<i>Punts</i>
Totalment independent. Menja tot sol en un temps raonable ( el menjar pot ser cuinat i preparat per un altre persona.	10
Necessita ajut per tallar la carn, el pa, estendre la mantega.....	5
Dependent: Necessita ser alimentat per altres persones	0
<i>Banyar-se</i>	
Independent. Entra i surt sol del bany. Es capaç de rentar-se tot sencer	5
Dependent. Necessita ajut o supervisió	0
<i>Cura personal</i>	
Independent: Es renta la cara, dents, mans. S'afaita i utilitza l'endoll si cal.	5
Dependent. Necessita algun tipus d'ajut o supervisió	0
<i>Vestir-se</i>	
Independent. Es posa i es treu la roba. Es fa i desfà els botons, es corda les sabates.	10
Necessita ajut. Fa sense ajut més de la meitat d'aquestes tasques en un temps raonable	5
Dependent. Necessita ajut per totes aquestes tasques	0
<i>Deposicions</i>	
Continent	10
Accident ocasional, algún episodi d'incontinència encara que inferior a un cop/setmana. Necessita ajut per administrar-se supositoris o enemes.	15
Incontinent. Més d'un episodi cada 24 hores.	0
<i>Miccions</i>	
Continent o és capaç de cuidar-se la sonda o qualsevol altres dispositiu tot sol (botella, orinal...)	10
Presenta algun episodi ocasional d'incontinència, com a màxim un cop/24 hores. Necessita ajut per la cura de la sonda	5
Incontinent. Més d'un cop/24 hores.	0
<i>Us del WC</i>	
Independent per anar i per treure i posar-se la roba.	10

<i>Índex de Barthel (ABVD)</i>	
Necessita ajut per anar-hi però es neteja sol.	5
Dependent	0
<b><i>Traslladar-se</i></b>	
Independent per anar cadira-llit. Usa la cadira de rodes de manera independent.	15
Precisa de mínima ajuda física o supervisió	10
Precisa de gran ajuda, però es capaç de estar assentat	5
Dependent. Necessita grua o que l'aixequin 2 persones. No es manté assentat	0
<b><i>Caminar</i></b>	
Independent. Camina 50 m, encara que utilitzi qualsevol ajut mecànic, excepte caminador.	15
Necessita ajut físic o supervisió per caminar 50 m, o necessita caminador	10
Independent en cadira de rodes. Empeny la cadira com a mínim 50 m.	5
Dependent.	0
<b><i>Escales</i></b>	
Independent per pujar i baixar escales	
Necessita a jut físic o supervisió	
Dependent. No es capaç de pujar escales	

*100 (90 si va en cadira de rodes) = Independent*

*>60 = Dependent lleu.*

*40-55 = Dependent moderat*

*20-35 = Depenent greu*

*0-20 = Depenent total.*

## Annex 5. Índex de Lawton-Brody

<i>Índex de Lawton-Brody (AIVD)</i>	
<i>Capacitat per utilitzar el telèfon</i>	<i>Punts</i>
L'utilitza per iniciativa pròpia, busca i marca els números.	1
Marca uns quants números coneguts o contesta el telèfon però no marca	1
No l'usa gens.	0
<i>Anar a comprar</i>	
Fa totes les compres necessàries amb independència	1
Compra amb independència petites coses, necessita companyia per comprar qualsevol cosa.	1
És incapaç d'anar a comprar	0
<i>Preparar el menjar</i>	
Planejar, preparar i fer els menjars amb independència	1
Prepara el menjar si li donen els ingredients.	1
Necessita que li preparin i serveixin el menjar.	0
<i>Cura de la casa</i>	
Cuida la casa sol o amb ajut ocasional	1
Fa tasques domèstiques lleugeres (rentar plats, fer llits).	1
Fa les tasques, però no pot mantenir un nivell de neteja acceptable.	0
Necessita ajut per totes les tasques de la casa o no participa en cap.	0
<i>Rentat de la roba</i>	
Realitza de manera independent el rentat de la roba personal o renta petites peces.	1
Necessita que algú altre se n'ocupi del rentat de la roba.	0
<i>Mitjans de transport</i>	
Viatja amb independència en transport públic o porta el seu propi cotxe..	1
És capaç d'organitzar el transport en taxi, però no en altres transports públics	1
Tan sols viatja en transport public si ho fa en companyia d'un altre persona	0
No viatja en absolut.	0
<i>Responsabilitat sobre la medicació</i>	
És responsable de la medicació en les dosis i hores correctes	1

---

<i><b>Índex de Lawton-Brody (AIVD)</b></i>	
Pren la medicació si se li preparen les dosis amb antelació	1
No és capaç de responsabilitzar-se de la seva medicació	0
<i><b>Capacitat d'utilització dels diners</b></i>	
Porta els assumptes financers amb independència, recull i coneix els seus ingressos.	1
Porta control dels diners diàries, però necessita ajut per activitats més complexes ( anar al banc, grans sumes)	1
Incapaç del maneig dels diners	0

---

*Homes: 5 punts: màxima independència*

*Dones : 8 punts màxima independència*



## Annex 6. Test de Pfeiffer

<i>Test de deteriorament cognitiu de Pfeiffer</i>		
1- Quin dia es avui? (dia del mes, mes, any)	Correcte	Error
2- Quin dia de la setmana és avui?	Correcte	Error
3- En quin lloc estem ara?	Correcte	Error
4- Quin és el seu número de telèfon? o la seva adreça? ( tan sols si no té telèfon)	Correcte	Error
5- Quant anys té ?	Correcte	Error
6- Dada del seu naixement ( dia, més i any)	Correcte	Error
7- Quin és ara el president del govern?	Correcte	Error
8- Quin va ser l'anterior?	Correcte	Error
9- Com es deia la seva mare ( nom i 2 cognoms)	Correcte	Error
10- Contar de 3 en 3, des de el número 20 fins arribar a 0	Correcte	Error

*Es permet un error més en analfabets i un error menys si estudis universitaris.*

*Normal= 0-2 errors*

*Deteriorament cognitiu lleu =3-4 errors.*

*Deteriorament cognitiu moderat = 5-7 errors.*

*Deteriorament cognitiu sever = 8-10 errors.*

## Annex 7. Test de Yesevage

<i>Escala de depressió geriàtrica de Yesevage (versió reduïda)</i>		
1- En general, està satisfet amb la seva vida?	Si = 0	No = 1
2- Ha deixat de fer moltes de les seves tasques habituals i aficions?	Si = 1	No = 0
3- Creu que la seva vida és buida?	Si = 1	No = 0
4- Se sent sovint avorrit/da?	Si = 1	No = 0
5- Es troba de bon humor la major part del temps?	Si = 0	No = 1
6- Té por de que li passi quelcom dolent?	Si = 1	No = 0
7- Se sent feliç la major part del temps?	Si = 0	No = 1
8- Sovint es troba desprotegit, desemparat ?	Si = 1	No = 0
9- S'estima més quedar-se a casa, que sortir i fer coses noves?	Si = 1	No = 0
10- Creu que té més problemes que la resta de la gent?	Si = 1	No = 0
11- En aquests moments, pensa que és fabulós estar viu?	Si = 0	No = 1
12- Actualment se sent un/a inútil?	Si = 1	No = 0
13- Se sent ple/na d'energia?	Si = 0	No = 1
14- Se sent sense esperança, en aquests moments?	Si = 1	No = 0
15- Creu que la majoria de la gent, està en millor situació que vostè?	Si = 1	No = 0

*Normal = 0-5 punts*

*Probable depressió = 6-9 punts*

*Depressió establerta > 9 punts*

## Annex 8. Escala socio-familiar de Gijón

<i>Escala socio-familiar de Gijon</i>	
<i>Situació familiar</i>	<i>Punts</i>
Viu en família, amb independència física i psíquica	1
Viu amb una parella de la mateixa edat	2
Viu en família i/o parella i presenta algun grau de dependència	3
Viu sol/a, però té fills a prop	4
Viu sol/a i no té fills o aquests viuen lluny	5
<b><i>Situació econòmica</i></b>	
Ingressos superiors a 660 € /mes	1
Ingressos entre 500-660 € /mes.	2
Ingressos entre 200-499 € /mes	3
Inferiors a 249 € /mes	4
Sense cap ingrés	5
<b><i>Habitatge</i></b>	
Adequat a les necessitats	1
Barreres arquitectòniques ( graons, escales, bany, portes estretes)	2
Equipament inadequat: humitats, mala higiene, sense bany aigua calenta o calefacció.	3
Absència de telèfon, ascensor	4
Habitatge completament inadequat (absència d'equipaments mínims, xabola)	5
<b><i>Relacions socials</i></b>	
Manté relacions socials actives, fora del domicili	1
Tan sols es relacions amb la família i els veïns. Surt de casa	2
Només es relaciona amb la família. Surt de casa	3
No surt del domicili. Rep visites de la família (> 1 / setmana)	4
No surt del domicili ni rep visites (< 1 /setmana)	5
<b><i>Suport de la xarxa social</i></b>	
No necessita suport social	1
Rep suport familiar o veïnal	2
Rep suport domiciliari formal o voluntari	3
Pendent d'ingrés en residència geriàtrica	4
Necessita cures permanents, que no rep	5

*Puntuació superior a 10 = risc social*

## Annex 9. Test Nottingham Health Profile

Test Nottingham Health Profile (NPH)		
Energia		
Ràpidament em quedo sense forces	SI	NO
Tot em costa un esforç	SI	NO
Sempre estic cansat/da	SI	NO
Dolor		
Tinc dolor al pujar i baixar escales	SI	NO
Tinc dolor quan estic de peu	SI	NO
Tinc dolor quan estic assentat/da	SI	NO
Tinc dolor quan camino	SI	NO
Tinc dolor a les nits	SI	NO
Tinc un dolor insuportable	SI	NO
Tinc dolor constantment		NO
Son		
Em desperto abans d'hora	SI	NO
Em costa molt dormir-me	SI	NO
Domo malament a les nits	SI	NO
Prenc pastilles per dormir	SI	NO
Gairebé passo tota la nit despert	SI	NO
Aïllament social		
Em costa molt entendre'm amb la gent	SI	NO
Tinc dificultat per contactar amb els altres	SI	NO
Em trobo sol/a	SI	NO
Crec que soc una càrrega pels altres	SI	NO
Reaccions emocionals		
Trobo els dies interminables	SI	NO
Tinc els nervis de punta	SI	NO
No recordo que és passar-m'ho bé	SI	NO
Darrerament m'enfado fàcilment	SI	NO
Les coses em deprimeixen	SI	NO
Les preocupacions em desvetllen a les nits	SI	NO
Em desperto desanimat	SI	NO

Test Nottingham Health Profile (NPH)		
Noto que estic perdent el control de mi mateix	SI	NO
Crec que no val la pena viure	SI	NO
Mobilitat		
Em costa agafar les coses	SI	NO
Em costa acotar-me	SI	NO
Em costa pujar i baixar escales	SI	NO
Em costa estar dempeus molta estona	SI	NO
Només puc caminar dintre de casa	SI	NO
Necessito ajut per caminar fora de casa	SI	NO
Soc totalment incapaç de caminar	SI	NO

*Els "Si" puntuen. Es calcula de manera global i per cada àrea. El resultat és la raó entre els ítems positius / totals, expressat en percentatge.*

**X- COMUNICACIONS  
A JORNADES I  
CONGRESSOS**

**XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Sevilla, del 8 al 11 de desembre de 2004

*¿Conocen nuestros ancianos los medicamentos que consumen?*

Juarez Laiz MM, Bayona Faro C, Hospital Guardiola I, Garrido Diaz A, Esteso Hontoria O, Andreu Alcover R.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut

**XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Barcelona, del 10-13 de Desembre de 2003.

*Capacidad de nuestros ancianos para vivir en comunidad.*

Juarez Laiz MM, Sanchez Casco S, Marco Dalmau E, Garcia Font M, Hospital Guardiola I, Alvarez Luy M.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut.

**XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Barcelona, del 10-13 de Desembre de 2003.

*Utilidad de la Valoración Geriátrica Integral en la detección de síndromes geriátricos-*

Juarez Laiz MM, Marco Dalmau E, Sanchez Casco S, Garcia Font M, Embid Garcia A, Guinea Orruechevarria I.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut.

**IV Jornades de Recerca en Atenció Primària. Fundació Gol i Gurina.**

Barcelona 12 i 13 de març de 2003.

*Valoració geriàtrica integral en un A.B.S.*

Juarez Laiz MM, Blade Creixenti J.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut.

**XIX Jornades Mèdiques de les Terres de l'Ebre.**

Tortosa 20 de febrer de 2003.

*Avaluant al qualitat de vida dels nostres ancians.*

Ribé Miró A, Juarez Laiz MM, Rodriguez Pago C, Macon Hernan-Gomez A, Marin Canseco LI, Blade Creixenti J.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut.

**XIX Jornades Mèdiques de les Terres de l'Ebre.**

Tortosa 20 de febrer de 2003.

*Factors determinants de la qualitat de vida de la gent gran.*

Rodriguez Pago C, Juarez Laiz MM, Ribé Miró A, Sanchez Casco S, Garcia Font M, Embid Garcia A.

A.B.S. Valls Urbà. Institut Català de la Salut.