

# Indicacions i valoració del risc de les exploracions endoscòpiques en persones d'edat avançada o fràgils



CAMFiC  
societat catalana de medicina familiar i comunitària





### Coordinació Apunts CAMFiC

**Dr. Jordi Mestres Lucero**

Metge de Família, vocal de comunicació de la CAMFiC

### Vocals d'enllaç amb els Grups de Treball

**Dra Laura Conangla Ferrín**

Metgessa de Família, vocal primera de la CAMFiC

**Dra Nuria Casado Pradas**

Metgessa de Família, vocal segona de la CAMFiC

ISBN: pendent d'assignació

#### Alguns drets reservats

(C) 2022, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).



Reconeixement-NoComercial-  
SenseObraDerivada 4.0 Internacional  
(CC BY-NC-ND 4.0)

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercialSenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

## AUTORS

Autors Apunts CAMFiC 02

**Indicacions i valoració del risc de les exploracions endoscòpiques en persones d'edat avançada o fràgils**

Francesc Riba (1\*), Carles Guarner-Argente (2)\*, Mònica Solanes (3), Esther Francia (4), Pilar Garcia-Iglesias (5), Salvador Machlab (5), Juanjo Mascort (6, 7), Juan Manuel Mendive (8), Jordi Ortiz (9), Xavier Calvet (5, 10, 11).

(\*). Ambdós autors han contribuït igualment al manuscrit.

(1) Servei de Geriatria i Cures Palliatives. Hospital de la Santa Creu. Jesús-Tortosa

(2) Servei Aparell Digestiu. Hospital de Sant Pau. Barcelona

(3) CAP Onze de Setembre. Institut Català de la Salut. Lleida

(4) Servei Medicina Interna. Unitat de Geriatria. Hospital de Sant Pau. Barcelona

(5) Servei d'Aparell Digestiu. Corporació Universitària Sanitària Parc Taulí. Institut de Recerca Parc Taulí. Sabadell

(6) CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Institut Català de La Salut. Barcelona

(7) Departament de Ciències Clíniques. Universitat de Barcelona

(8) CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. Institut Català de La Salut

(9) Servei d'Aparell Digestiu. Consorci Sanitari de Terrassa

(10) CIBEREHD. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

(11) Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

Correspondència: [informans@camfic.org](mailto:informans@camfic.org)

# continguts

1/ INTRODUCCIÓ	<b>05</b>
2/ MÈTODES	<b>06</b>
3/ RESULTATS	<b>06</b>
4/ VALORACIÓ DE LA INDICACIÓ I EL RISC-BENEFICI DE LA ED EN PEA/AF	<b>07</b>
A/ Clinical Frailty Scale (Annex 1)	<b>08</b>
B/ L'Índex FRÀGIL-VIG (Annex 2)	<b>09</b>
5/ A QUI CAL FER DIAGNÒSTIC SITUACIONAL ABANS D'UNA ENDOSCÒPIA DIGESTIVA?	<b>10</b>
6/ QUI HAURIA DE FER EL DIAGNÒSTIC SITUACIONAL?	<b>10</b>
7/ INDICACIONS DE ED SEGONS GRAU DE FRAGILITAT	<b>11</b>
8/ COM S'ARTICULA LA RELACIÓ ENTRE AP, GERIATRIA I DIGESTIU?	<b>11</b>
9/ REFERÈNCIES	<b>12</b>
Annex 1/ Instruccions per utilitzar correctament l'Escala Clínica de Fragilitat (CFS)	<b>14</b>
Annex 2/ Index fràgil VIG	<b>16</b>
Annex 3/ Criteras per a la identificació de PCC	<b>24</b>
Annex 4/ Criteris per a la identificació de MACA	<b>25</b>

## 1/ INTRODUCCIÓ

L'endoscòpia digestiva (ED) inclou un grup extens d'exploracions invasives diagnòstiques i terapèutiques que són molt importants per a l'estudi del tracte digestiu. Tot i ser procediments relativament segurs i ben tolerats, en les **persones d'edat avançada i/o amb fragilitat (PEA/AF)** s'associen amb un major risc d'esdeveniments adversos, de preparació insuficient i de què el procediment sigui incomplet (1).

La prevalença de patologia -i, per tant, el rendiment diagnòstic de les proves diagnòstiques- sol ser major en les PEA/AF. Molts cops però la rellevància del fet de detectar una patologia és molt baixa, bé per que no hi ha opcions terapèutiques, o bé per que, encara que hi siguin, no es preveu que permetin millorar la qualitat de vida o la supervivència (2) . Un exemple podrien ser els pòlips colorectals. L'esperança de vida d'una PEA/AF és sovint molt inferior al temps que el pòlip necessita per evolucionar a càncer. Per altra banda, una perforació o hemorràgia després d'una polipectomia en una PEA/AF pot ser extremadament greu. (2) Per tant, **el risc-benefici dels tractaments endoscòpics pot ser clarament negatiu en les persones d'edat avançada o fràgils.**

**L'edat per si mateixa no suposa cap contraindicació per a la realització de cap procediment endoscòpic.** Per contra, la fragilitat extrema sí contraindicaria els procediments endoscòpics, al igual que qualsevol altre procediment agressiu. Els graus moderats de fragilitat, però, no representen una contraindicació absoluta en el pacient simptomàtic, en el que l'ED pot portar a un tractament que millori la qualitat de vida. És aquí on **haurem de valorar individualment el risc-benefici de la prova.**

També, cal recordar que, sempre abans d'un procediment invasiu com una ED cal que la seva indicació sigui basada en una **presa de decisions compartida**. Les persones tenen experiències, creences i prioritats, que els professionals de la salut no coneixen i que poden influir en les decisions que prenen. Compartir les decisions permet als professionals de la salut tenir-les en compte i adaptar les opcions diagnòstiques i terapèutiques a cada individu. (3)

En conclusió, les PEA/AF representen una població heterogènia que obliga a una valoració acurada i individualitzada de la indicació de la ED.

L'objectiu d'aquest document de posicionament de la Societat Catalana de Digestologia (SCD), la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG) i La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) és fer unes recomanacions de consens i basades sempre que sigui possible en l'evidència sobre la valoració del risc i les indicacions per a la ED en les PEA/AF.

## 2/ MÈTODES

El present document de consens ha estat realitzat per un grup d'experts designats per la SCD, la SCGiG i la CAMFiC al 2020 i 2021.

La redacció de cada apartat es va encarregar a un equip multidisciplinari incloent un geriatra, un metge de família i un digestòleg. Els encarregats van fer una revisió no sistemàtica de la evidència i van utilitzar la bibliografia recuperada i les seves bases bibliogràfiques per redactar cada apartat. Finalment els apartats es van ajuntar en un document que va ser revisat individualment per cada un dels experts. Els aspectes controvertits van ser discutits en varies teleconferències al llarg del 2021.

Amb els resultats de les discussions es va redactar el document final, que va ser revisat de nou per cada un dels experts i per les juntes de les societats respectives i finalment aprovat en una última reunió de consens.

## 3/ RESULTATS

Els resultats es van estructurar en 4 apartats: a) valoració del risc-benefici i la indicació de la ED en les PEA/AF, b) a qui cal fer diagnòstic situacional abans d'una ED, c) qui hauria de fer el diagnòstic situacional i d) com s'articula la relació entre Atenció Primària (AP), geriatria i digestiu.

Les recomanacions generals del grup de consens es troben resumides a la taula 1.

### Taula 1: Recomanacions generals del grup de consens.

1	Abans de qualsevol intervenció invasiva -i, específicament una endoscòpia digestiva- en persones d'edat avançada i/o amb fragilitat i/o amb pluripatologia es recomana una valoració geriàtrica integral.
2	Es recomana utilitzar l'índex Clinical Frailty Scale (CFS) com a eina de cribatge ràpid. Una puntuació d'1-4 no limita les exploracions. Amb puntuacions del 7 al 9 es recomana evitar qualsevol intervenció invasiva.
3	En PEA/AF amb CFS 5-6, es recomana Valoració Geriàtrica Integral. Si això no és possible, es recomana fer una valoració més acurada amb l'índex Fràgil-VIG, per decidir la idoneïtat de la prova, informar al pacient i/o als familiars del pronòstic i establir un pla de cures consensuat.
4	L'avaluació de la fragilitat correspon, en primera instància, als equips d'atenció primària (AP).

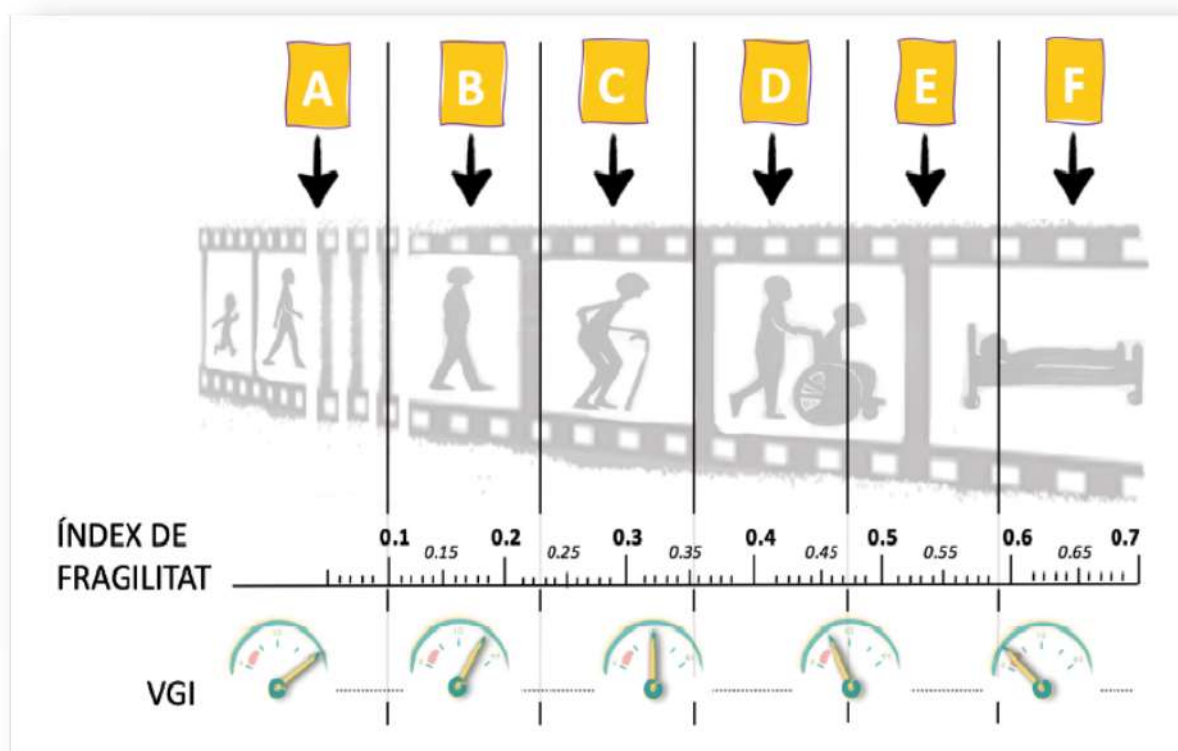
## 4/ VALORACIÓ DE LA INDICACIÓ I EL RISC-BENEFICI DE LA ED EN PEA/AF

L'adequació individualitzada de la intensitat del tractament o de les proves diagnòstiques s'ha de fer sempre en funció del balanç benefici-risc.

En els pacients d'edat avançada la presa de decisions pot veure's facilitada mitjançant l'establiment d'un diagnòstic situacional (4).

El concepte de diagnòstic situacional fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i de les necessitats que permet als professionals de determinar, quin és el grau de reserva o fragilitat de la persona atesa (com de vulnerable és?, en quin punt es troba de la seva trajectòria vital?) així com quins són els dèficits o les dimensions afectades i les necessitats a què cal donar resposta (4).

**Figura 1. Diagnòstic situacional i grau de reserva de la persona: com de vulnerable és?; en quin punt es troba de la seva trajectòria vital?: A?, B?, C?, D?, E?, o F?**



Font: Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils 4

El diagnòstic situacional, idealment, es realitza amb una Valoració Geriàtrica Integral (VGI). Aquesta requereix de temps i d'un equip interdisciplinari, per això es proposa, com a alternativa, considerar eines de valoració multidimensional/geriàtriques ràpides. A continuació, en proposem un parell:

## A/ Clinical Frailty Scale (Annex 1)

L'escala Clinical Frailty Scale (CFS) és una manera molt fàcil de determinar el grau de fragilitat; va de l'1 al 9, i està basada sobretot en el judici clínic. (5) La CFS ha estat validada com a predictora d'efectes adversos en persones d'edat avançada (6), (7).

Aquesta valoració qualitativa de la fragilitat ens pot ajudar a prendre decisions sobre objectius assistencials. Per exemple, els pacients amb nivells de fragilitat (7)-(8)-(9) (fragilitat greu, molt greu i/o condició terminal) són només tributaris d'abordatges no invasius, i no serien candidats a ED.

La CFS està disponible també en APP. La podeu descarregar a: (8).












<https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>



La demència no limita l'ús de l'escala. Les persones que pateixen demència segueix un patró similar al de la CFS: la demència lleu, moderada i severa s'equipararia amb els nivells CFS 5,6 i 7 respectivament. Si no es coneix el grau de demència, cal seguir la classificació estàndard de la CFS. A l'Annex 1 es detallen les recomanacions per utilitzar correctament la CFS. (9)

**Figura 2. Clasificació CFS.**

CLINICAL FRAILTY SCALE (Rockwood, , et al, CMAJ 2005; 173: 489-95)	
 <p><b>1. EN MOLT BONA FORMA</b> Està fort, actiu, vigorós i motivat, practica exercici físic amb regularitat</p>	 <p><b>6. FRAGILITAT MODERADA</b> Necessita ajuda per activitats d'exterior i tasques llar, higiene i escales.</p>
 <p><b>2. EN FORMA</b> Activitat física ocasional. No símptomes de malalties cròniques</p>	 <p><b>7. FRAGILITAT GREU</b> Depenent per autocura personal, de causa física o cognitiva. Supervivència &gt; 6m</p>
 <p><b>3. EN BON ESTAT, ESTABLE</b> Problemes mèdics controlats. Escassa activitat física regular, només camina</p>	 <p><b>8. FRAGILITAT MOLT GREU</b> Depenent per totes les bàsiques i instrumentals. No recuperació en cas d'aguditzadó</p>
 <p><b>4. VULNERABLE</b> No dependència activitats bàsiques. Síntomes limiten activitats físiques</p>	 <p><b>9. TERMINAL</b> Esperança de vida &lt;6 m No necessàriament fragilitat evident.</p>
 <p><b>5. FRAGILITAT LLEU</b> Alentit. Ajuda per activitats instrumentals (no surt sol, necessita ajuda en compres, cuina, finances, llar)</p>	

Adaptat de Rockwood, K. et al. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 173, 489–95 (2005).*

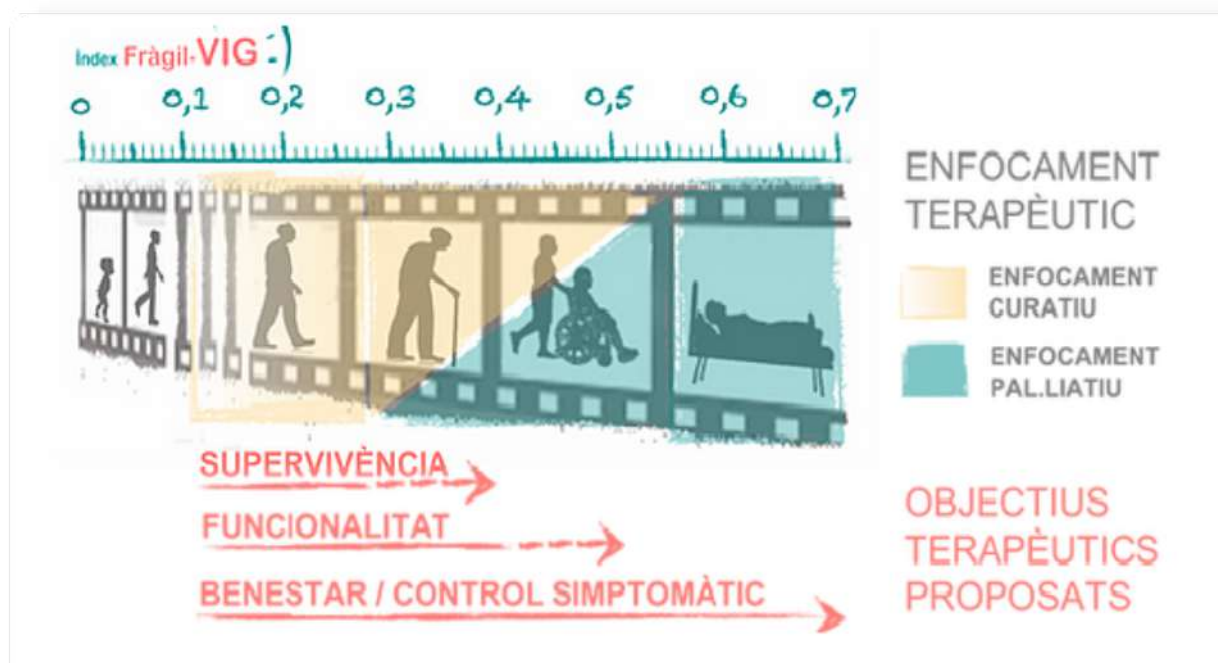


## B/ L'Índex FRÀGIL-VIG (Annex 2)

L'Índex Fràgil-VIG és un índex de fragilitat basat en la Valoració Integral Geriàtrica. Ha demostrat ser un instrument senzill (respecte el contingut), ràpid (amb un temps d'administració de 5-10 minuts), precís (facilita el diagnòstic situacional mitjançant una variable contínua) i altament predictiu (amb elevada correlació amb la mortalitat).

L'Índex Fràgil-VIG facilita l'adequació de la intensitat terapèutica (proporcionant les actuacions d'acord amb la situació clínica i les voluntats dels pacients), la planificació avançada i l'optimització de l'ús de recursos en base a objectius assistencials consensuats entre pacients, familiars i professionals. (10)

**Figura 3: Índex Fràgil-VIG i enfocament terapèutic del pacient. A partir de determinats valors, es recomana anteposar la funcionalitat o el benestar sobre la supervivència.**



Font: Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils (4)

L'Índex Fràgil-VIG disposa d'una calculadora online. En la següent pàgina web us podreu descarregar la calculadora de l'Índex Fràgil-VIG, així com també un breu manual d'instruccions: [Disponible en línia]. (11)



<https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>



## 5/ A QUI CAL FER DIAGNÒSTIC SITUACIONAL ABANS D'UNA ENDOSCÒPIA DIGESTIVA?

Les persones grans i/o amb problemes de salut crònics es beneficien d'un enfocament individualitzat i centrat en la persona. Les persones amb **necessitats complexes d'atenció o cronicitat complexa (PCC)** i les persones amb **necessitats pal·liatives o cronicitat avançada (MACA)**, ateses les seves característiques específiques són les més indicades (annex 3 i 4). (4), (12), (13)

En tota persona de més de 80 anys i en persones més joves amb pluripatologia, si no hi ha una valoració geriàtrica prèvia, caldria fer una valoració abans de qualsevol intervenció invasiva, entre les que inclourem els procediments endoscòpics.

## 6/ QUI HAURIA DE FER EL DIAGNÒSTIC SITUACIONAL?

En situacions de complexitat clínica, la presa de decisions es un procés de col·laboració interdisciplinari i que, a vegades, requereix la col·laboració entre diferents nivells assistencials. Dit això, habitualment la valoració del grau de fragilitat i diagnòstic situacional la faran **els equips de referència habituals** del pacient com són els professionals d'Atenció Primària que coneixen molt bé el pacient, i poden determinar més fàcilment el grau de fragilitat.

**Aquesta valoració** abans de l'ED ha de constar a la història clínica. Si no hi consta, **es recomana que, abans de demanar la ED, els equips assistencials d'Atenció Primària (AP) facin una valoració geriàtrica del pacient.** Es recomana fer una **valoració inicial des d'AP** utilitzant el CFS com a cribratge i l'Index Fràgil-VIG en casos dubtosos i sol·licitar una **valoració geriàtrica especialitzada en els casos més dubtosos o complexes.**

Els equips de Geriatria estan especialitzats en valoracions de màxima complexitat clínica i hauran d'actuar si és necessari. Altres equips hospitalaris, però, poden fer un diagnòstic situacional de qualitat. L'objectiu final serà que tots els equips que atenen habitualment al pacient el considerin sempre des de la seva globalitat, no centrat exclusivament en una malaltia concreta.

El digestòleg que valora la petició de ED pot fer, si la valoració geriàtrica no està disponible a la Història Clínica Compartida, una avaluació provisional en funció de les dades de la mateixa Història Clínica Compartida. Donat que l'avaluació del digestòleg es farà en base a dades indirectes i sense conèixer personalment al pacient es considera que serà menys acurada. Per això es recomana només si no s'han produït una avaluació recent per AP o Geriatria o si hi ha una discrepància molt evident entre la valoració geriàtrica disponible i les dades de la HCC. Si es produeix l'avaluació pel digestòleg, aquesta haurà de ser confirmada o validada conjuntament amb els equips d'AP o de Geriatria corresponents abans de prendre una decisió definitiva.

## 7/ INDICACIONS DE ED SEGONS GRAU DE FRAGILITAT

- Indicacions en fragilitat avançada (IF Fràgil-VIG > 0'5 o CFS ≥ 7)

Tal com s'ha comentat prèviament, en pacients amb fragilitat avançada habitualment els objectius diagnòstico-terapèutics es basen en **garantir el benestar i el control simptomàtic**. Acostumen a **NO** ser **tributaris de mesures invasives** -incloses les exploracions endoscòpiques- a causa de l'esperança de vida més curta i un alt risc de complicacions.

- Indicacions en fragilitat lleu moderada (IF Fràgil-VIG 0'2-0'5 o CFS 5-6)

En pacients amb fragilitat lleu moderada serà més pertinent que els objectius diagnòstico-terapèutics siguin amb intenció d'obtenir un benefici clínic amb finalitat per **promoure i mantenir l'autonomia i la qualitat de vida, però no la supervivència**. Per tant, cal avaluar la indicació de la prova només si el resultat pot dur a mesures que millorin l'estat funcional o la qualitat de vida del pacient.

- Absència de fragilitat o prefragilitat (IF Fràgil-VIG < 0'2 o CFS 1-4)

En pacients amb absència de fragilitat o pre-fragilitat IF Fràgil-VIG < 0'2 o CFS 1-4 els objectius diagnòstico-terapèutics són similars als de la població general, i s'han de considerar també les mesures preventives amb la finalitat de millorar la supervivència.

## 8/ COM S'ARTICULA LA RELACIÓ ENTRE AP, GERIATRIA I DIGESTIU?

Existeixen actualment diferents sistemes de relació als diversos indrets de Catalunya entre els metges de família de l'Atenció Primària (AP), els digestòlegs i el geriatres. La idiosincràsia de les organitzacions i els mitjans disponibles defineixen els sistemes establerts en cada cas. La **telemedicina** cada cop té un paper més rellevant i facilitador, que ha de repercutir en una millora en l'atenció als usuaris.

En aquesta guia no pretenem, per tant, fer recomanacions específiques sabent que quedaran obsoletes i que estan subjectes a les especificitats de cada territori. Sí que volem incidir en la **importància de que s'estableixin i enforteixin els sistemes de connexió** que facilitin la interrelació de manera **àgil i bidireccional**. El que si es suggereixen són algunes de les eines que poden ser d'utilitat: Algunes de les experiències de comunicació actuals que s'han mostrat útils són:

- Elaboració de **protocols compartits** amb equips multidisciplinaris d'un determinat territori. L'elaboració es pot fer a nivell nacional (com el present document) o a través de protocols locals, que també poden aplicar localment les recomanacions generals.
- **Interconsultes virtuals** des d'Atenció Primària al servei de digestiu o geriatria.
- Ús de grups específics de **xarxes socials o missatgeria instantània** (p.e. XatSalut) (14) preservant la confidencialitat dels pacients.
- **Reunions virtuals o presencials** periòdiques d'un equip mèdic d'AP amb el servei de digestiu o geriatria de referència revisant casos clínics complexes. Això permet acordar el maneig de casos clínics reals de forma conjunta. En els casos concrets que ho requereixin, es poden fer amb més d'una especialitat.
- Creació de la figura del **referent d'atenció primària**. Un metge d'atenció primària amb interès especial en una patologia concreta, en aquest cas digestiu i geriatria. Aquest referent seria el responsable de la comunicació amb els especialistes hospitalaris i de les activitats de formació. A més, a nivell de la valoració geriàtrica integral i de la utilització de l'IF-VIG la infermera d'AP i la infermera del servei de digestiu o de geriatria poden tenir un paper important.
- Creació de l'**especialista referent d'atenció primària**: Especialista hospitalari que dona suport a un o més centres d'atenció primària. Es coordinaria amb el referent i els equips d'AP per les consultes sense pacient, les reunions per comentar casos i la docència.
- En el cas del pacient geriàtric, els **serveis de geriatria** poden donar suport tant mitjançant la resolució d'interconsultes específiques com mitjançant la gestió directa de pacients complexos i/o amb discapacitat avançada.

## 9/ REFERÈNCIES










(1). Cha JM, Kozarek RA, La Selva D, et al. Risks and Benefits of Colonoscopy in Patients 90 Years or Older, Compared With Younger Patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14:80-86.

(2). Neilson LJ, Thirugnanasothy S, Rees CJ. Colonoscopy in the very elderly. Br Med Bull. 2018;127:33-41.

(3). Raons per compartir les decisions. Generalitat de Catalunya. URL: <http://decisionscompartides.gencat.cat/ca/que-es/raons-per-compartir-la-decisio/>  
Data última actualització: 2014. Consultat: 5/2021.

- (4). Amblàs J,, Amil P. Bocanegra I, et al. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat pla director sociosanitari. Direcció estratègica d'atenció primària. CatSalut. Generalitat de Catalunya. Accesible a: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf). Publicat 2/2020. Consultat: 5/2021.
- (5). Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.
- (6). Wallis SJ, Wall J, Biram RWS, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. QJM 2015;108:943-949.
- (7). Basic D, Shanley C. Frailty in an older inpatient population: Using the clinical frailty scale to predict patient outcomes. J Aging Health 2015; 27:670-685.
- (8). Clinical Frailty App. Acute Frailty Network. NHS Accesible a: <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>. Última revisió 2015, Consultat: Maig 2021.
- (9). Rockwood, K., & Theou, O. Using the clinical frailty scale in allocating scarce health care resources. Canadian Geriatrics Journal 2020; 23:210.
- (10). Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. BMC Geriatr. 2018;18(1):1-12. doi:10.1186/s12877-018-0718-2
- (11). Index-Fragil-VIG, calculadora. Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG). Accesible a: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>. Última actualització 2018. Consultada 5/2021.
- (12). Turrillas, P., Peñafiel, J., Tebé, C. Et al. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. BMJ Supportive & Palliative Care. 2021
- (13). Programa NECPAL: Identificació de les necessitats palliatives per a la millora de l'atenció integral i integrada en persones amb cronicitat avançada. Càtedra de Cures Paliatives. Universitat de Vic. Universitat Central de Catalunya. Accesible a: [www.catedrapaliativos.com/NECPAL](http://www.catedrapaliativos.com/NECPAL). Consultat 5/2021.

## Annex 1/ Instruccions per utilitzar correctament l'Escala Clínica de Fragilitat (CFS)

CLINICAL FRAILITY SCALE (Rockwood, et al, CMAJ 2005; 173: 489-95)	
 <b>1. EN MOLT BONA FORMA</b> Està fort, actiu, vigorós i motivat, practica exercici físic amb regularitat	<b>6. FRAGILITAT MODERADA</b> Necessita ajuda per activitats d'exterior i tasques llar, higiene i escales. 
 <b>2. EN FORMA</b> Activitat física ocasional. No símptomes de malalties cròniques	<b>7. FRAGILITAT GREU</b> Depenent per a utocura personal, de causa física o cognitiva. Supervivència > 6m 
 <b>3. EN BON ESTAT, ESTABLE</b> Problemes mèdics controlats. Escassa activitat física regular, només camina	<b>8. FRAGILITAT MOLT GREU</b> Depenent per totes les bàsiques i instrumentals. No recuperació en cas d'agudització 
 <b>4. VULNERABLE</b> No dependència activitats bàsiques. Síntomes limiten activitats físiques	<b>9. TERMINAL</b> Esperança de vida <6 m No necessàriament fragilitat evident. 
 <b>5. FRAGILITAT LLEU</b> Alentit. Ajuda per activitats instrumentals (no surt sol, necessita ajuda en compres, cuina, finances, llar)	

Adaptat de Rockwood, K. et al. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 173, 489–95 (2005).*

La CFS va ser dissenyada originalment per a sintetitzar els resultats d'una avaluació geriàtrica exhaustiva, i actualment s'utilitza com una eina de triatge en el moment de prendre decisions clíniques importants; per això, el seu ús correcte és fonamental.

### Com utilitzar la CFS:

- 1 Tot està en la situació basal. Si la persona a avaluar està greument malalta per un problema agut, tingui en compte com es trobava fa dues setmanes, no el seu estat actual.
- 2 Realitzi una història clínica completa. La CFS és una eina d'avaluació clínica objectiva, per la qual cosa la fragilitat s'ha de percebre, descriure i mesurar, no endevinar.
- 3 Confii, però comprovi. En avaluar la informació obtinguda del pacient és important el que la persona li diu, però ha de ser corroborat amb els familiars o cuidadors. La CFS és una eina basada en el judici clínic, per la qual cosa vostè ha d'integrar el que escolta, observa, i el que li dicta la seva pròpia experiència clínica amb ancians.

- 4** **Només per a majors de 65.** La CFS no està validada en persones menors de 65 anys, ni aquells amb discapacitats d'un sol sistema. No obstant això, valorar com una persona es mobilitza, quina funcionalitat té i com percep la seva salut pot ajudar a crear una avaluació individual de fragilitat.
- 5** **Malalts terminals (CFS 9).** Per a les persones que semblen estar molt a prop de la mort, es tindrà en compte el problema actual (pronòstic vital) per sobre de la situació basal.
- 6** **Els problemes mèdics no augmenten automàticament el punts a una CFS 3.** Una persona a qui no li afecten els seus símptomes, ni els problemes mèdics i no li fan sentir-se amb limitacions, pot ser classificada com CFS 1 o 2 sempre que sigui activa i independent.
- 7** **Recordi: "vulnerable" (CFS 4).** Les persones en aquesta categoria no són dependents (encara que poden necessitar ajuda amb tasques complexes en la llar), però es queixen sovint de "sentir-se més lentes o maldestres". Estan en procés de tornar-se sedentaris, amb poc control dels seus símptomes.
- 8** **La demència no limita l'ús de la CFS.** El deteriorament funcional de les persones que viuen amb demència segueix un patró similar al de la fragilitat: la demència lleu, moderada i severa s'equipararien amb els nivells de ECF 5,6 i 7 respectivament. Si no es coneix el nivell de demència, segueixi la classificació estàndard CFS.
- 9** **Insisteixi en els canvis en la funció.** Quan avaluï activitats instrumentals de la vida diària (com cuinar, administrar les finances personals o portar la casa) centri's en els canvis en la funció. Una persona que sempre ha depès d'una altra persona per a dur a terme una activitat particular no ha de considerar-se dependent per a aquesta activitat si mai ha hagut de realitzar-la i tal vegada no sap com fer-la.

### Comentaris i recomanacions generals:

- La **informació necessària** per realitzar l'IF-VIG s'obté a partir d'una **anamnesi** bàsica amb **el pacient i/o cuidador/s** principal/s, així com també dels **sistemes d'informació**. Donat que algunes variables es poden obtenir mitjançant la revisió de la medicació habitual, cal fer especial èmfasi en la la revisió d'aquest apartat.
- Si volem conèixer el grau de reserva d'una persona, es recomana contemplar les variables que fan referència a la seva **SITUACIÓ BASAL** -prèvia a l'aparició d'un hipotètic procés intercurrent-. En el cas d'*hospitalització, almenys 1 mes abans de l'hospitalització i/o inici del procés intercurrent que va motivar l'ingrés*.
- Les **variables binàries**, es puntuen de manera que "0"; indica l'absència i "1"; presència del dèficit. En cas de constatar **criteris de malaltia crònica avançada** (oncològica, respiratòria, cardiovascular, neurològica, hepàtica, renal) incloses en el test NECPAL (Annex 2.1) s'adjudiquen 2 punts en comptes de 1. Per a les **variables ordinals** (Activitats bàsiques de la vida diària i Deteriorament cognitiu) s'utilitzen punts de tall utilitzats habitualment en la pràctica clínica.
- S'estima un **temps d'administració** d'entre 5-10 minuts.

### Puntuació i valoració dels resultats:

- L'IF-VIG està format doncs per 22 preguntes dicotòmiques, per valorar 25 dèficits. Per tant, el resultat final s'obté dividint per 25 (nombre de dèficits acumulables) la puntuació obtinguda per un pacient concret (nombre de dèficits acumulats)
- Amb l'objectiu de facilitar la comprensió del grau de fragilitat es proposa categoritzar el grau de fragilitat en els següents punts de tall:

IF-VIG	CATEGORITZACIÓ
<0,20	Absència de fragilitat / prefragilitat
0,20-0,35	Fragilitat inicial
0,36-0,50	Fragilitat intermèdia
>0,50	Fragilitat avançada



## Taula índex Fràgil VIG

DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ		PUNTS	
FUNCIONAL	AIVDs	Maneig dels diners	Sí	1	
			No	0	
		Utilització del telèfon	Sí	1	
			No	0	
	Control de medicació	Sí	1		
		No	0		
	ABVDs	Índex de Barthel (IB)	No dependència (IB ≥ 95)?		0
			Dependència lleu-moderada (IB 90-65)?		1
Dependència moderada-greu (IB 60-25)?				2	
Dependència absoluta (IB ≤ 20)?				3	
NUTRICIONAL	Malnutrició	Ha perdut ≥ 5% de pes els darrers 6 mesos?	Sí	1	
			No	0	
COGNITIU	Grau de deteriorament cognitiu	Absència de deteriorament cognitiu?		0	
		Det. cognitiu lleu-moderat (equival a GDS ≤ 5)?		1	
		Det. cognitiu greu-molt greu (equival a GDS ≥ 6)?		2	
EMOCIONAL	Síndrome depressiva	Necessita de medicació antidepressiva?	Sí	1	
			No	0	
	Insomni/ansietat	Necessita tractament habitual amb benzodiacepines i/o altres psicofàrmacs de perfil sedant per l'insomni / ansietat?	Sí	1	
			No	0	
SOCIAL	Vulnerabilitat social	Existeix percepció per part dels professionals de situació de vulnerabilitat social ?	Sí	1	
			No	0	
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES	Síndrome confusional	Els darrers 6 mesos, ha presentat síndrome confusional i/o trastorn de comportament, que hagi requerit de neurolèptics?	Sí	1	
			No	0	
	Caigudes	Els darrers 6 mesos, ha presentat ≥ 2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit d'hospitalització ?	Sí	1	
			No	0	
	Úlceres	Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependència i/ o vascular, de qualsevol grau) i/o ferida crònica?	Sí	1	
			No	0	
Polifarmàcia	Habitualment, pren ≥ 5 fàrmacs ? (no inclou fàrmacs condicionals)	Sí	1		
		No	0		
Disfàgia	S'ennuega habitualment quan menja o beu? i/o els darrers 6 mesos, ha presentat alguna infecció respiratòria por broncoaspiració ?	Sí	1		
		No	0		
SÍMPTOMES GREUS	Dolor	Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors per al control del dolor?	Sí	1	
			No	0	
Dispnea	La dispnea basal li impedeix sortir de casa i/o requereix d'opiacis habitualment ?	Sí	1		
		No	0		
MALALTIES	Càncer	Té algun tipus de malaltia oncològica activa?	Sí	1	2*
			No	0	
	Respiratòries	Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (MPOC, pneumopatia restrictiva,...)?	Sí	1	2*
			No	0	
	Cardíacues	Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, arrítmia)?	Sí	1	2*
			No	0	
	Neurològiques	Té algun tipus de malaltia neurodegenerativa (Malaltia de Parkinson, ELA, ...) o antecedent d'accident vascular cerebral (isquèmic o hemorràgic)?	Sí	1	2*
			No	0	
	Digestiu	Té algun tipus de malaltia digestiva crònica (hepatopatia crònica, cirrosi, pancreatitis crònica, malaltia inflamàtoria intestinal,...)?	Sí	1	2*
			No	0	
	Renals	Té insuficiència renal crònica (FG < 60)?	Sí	1	2*
			No	0	
<b>Índex Fràgil-VIG</b>				<b>X /25 =</b>	

\* 2 punts si criteris de severitat/progressió de NECPAL de malaltia

## Comentaris a la taula d'índex Fràgil VIG

DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ	COMENTARIS	
FUNCIONAL	AIV Ds	Maneig dels diners Necessita ajuda per gestionar els temes econòmics (banc, botigues, restaurants)?	SI	*Es considerarà que NO necessita ajuda si és capaç de manejar-se amb els diners per fer les compres del dia a dia, autonomia per fer gestions bancàries bàsiques (treure i/o ingressar diners) o pagar el compte d'un restaurant  *Es considerarà que NO necessita ajuda si utilitza el telèfon per iniciativa pròpia i/o és capaç de marcar correctament alguns números de familiars propers i/o si contesta adequadament el telèfon  *Si li preparen la medicació amb Blister i se l'autoadministra, es considerarà que SI necessita ajuda. *Si no pren cap mena de medicació, es considerarà que NO necessita ajuda  S'escollien Aquestes tres activitats instrumentals de la vida diària donat que probablement són les 3 variables més universals (no condicionades per diferències culturals per gènere).
			NO	
		Utilització del telèfon Necessita ajuda para utilitzar autònomament el telèfon?	SI	
	NO			
	Control de medicació Necessita ajuda per preparar/administrar-se la medicació?	SI		
		NO		
ABV Ds	Índex de Barthel (IB)	Necessita ajuda per preparar/administrar-se la medicació? Dependència lleu-moderada (IB 90-65)? Dependència moderada-greu (IB 60-25)? Dependència absoluta (IB ≤20)?	*S'utilitza l'Índex de Barthel (Annex2.2), categoritzant-se segons els criteris de Saha: no dependència (IB ≥ 95: 0 punts), dependència lleu (IB 90-65: 1 punt), dependència moderada-greu (IB 60-25: 2 punts), dependència absoluta (IB ≤ 20: 3 punts).	
NUTRICIONAL	Malnutrició	Ha perdut ≥ 5% de pes els darrers 6 mesos?	SI	*No és imprescindible objectivar aquesta pèrdua. És suficient realitzar una aproximació a partir de l'anamnesi (quan pesava fa mig any i quan pesa ara?) o bé a partir de la percepció subjectiva del pacient i/o familiars (per exemple: "ha perdut 1-2 talles de roba", "s'ha aprimat molt", "s'ha fos"...) )
			NO	
COGNITIU	Grau de deteriorament cognitiu	Absència de deteriorament cognitiu? Det. cognitiu lleu-moderat (equival a GDS ≤5)?		*Es categoritza en 3 apartats mitjançant la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg (Annex 1.3) en: absència de deteriorament cognitiu (0 punts), deteriorament cognitiu lleu / moderat (equivalent a GDSS5: 1 punt) o deteriorament cognitiu greu / molt greu (equivalent a un GDS≥6: 2 punts).
		Det. cognitiu greu-molt greu (equival a GDS ≥ 6)?		
EMOCIONAL	Síndrome depressiva	Necessita de medicació antidepressiva?	SI	*Es considerarà que SI el necessita en cas de d'insomni o ansietat que requereixi de tractament específic amb Benzodiacepines (Lorazepam, Alprazolam, Diazepam,...), hipnòtics (Clometiazol, Zolpidem,...), antidepressius de perfil sedant (Trazodona, Mirtazapina,...) o altres fàrmacs amb aquest objectiu (antihistaminics de perfil sedant -hidroxizina,...)
			NO	
	Insomni / ansietat	Necessita tractament habitual amb benzodiacepines i/o altres psicofàrmacs de perfil sedant per l'insomni / ansietat?	SI	
			NO	
SOCIAL	Vulnerabilitat social	Existeix percepció per part dels professionals de situació de vulnerabilitat social?	SI	*A criteri dels professionals que valoren al pacient Es consideraran situacions com les següents: Persona/es que viu/en "perillosament sola/es" – amb condicions d'higiene personal inadequats o deficients- i/o amb família amb capacitat limitada de suport i/o amb dificultat per assumir la responsabilitat d'atenció al malalt. Relacions familiars conflictives. Manca de recursos econòmics *Si el pacient està institucionalitzat /viu a Residència, es considerarà que NO hi ha una situació de vulnerabilitat social.
			NO	

DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ	COMENTARIS	
SÍNDROMES GERIÀTRIQUES	Síndrome confusional	Els darrers 6 mesos, ha presentat síndrome confusional i/o trastorn de comportament, que hagi requerit de neurolèptics?	SI	*Es considerarà que SI si actualment -o algun moment al llarg dels darrers 6 mesos- ha requerit de pauta fixa de neurolèptics típics (haloperidol,...) o atípics (Risperidona, Quetiapina,...). No inclou medicació condicional que no s'hagi hagut d'administrar. *En el cas de síndrome confusional mixta/hipoactiva que no hagi requerit de tractament es pot considerar com a déficit (SÍ) si el diagnòstic és clar utilitzant una escala validada (CAM,...).
			NO	
	Caigudes	Els darrers 6 mesos, ha presentat ≥2 caigudes o alguna caiguda que hagi requerit d'hospitalització?	SI	*Inclou tan caigudes relacionades amb factors extrínsecs (entrebancar-se amb una catifa, accidents,...) com intrínsecs (síncopes, fractures patològiques,...). *El concepte d' "Hospitalització" inclou l'ingrés a Hospital (>24 hores) per qualsevol tipus de fractura i/o etiologia subjacent que hagi precipitat les caigudes (arítmia cardíaca, trombosi pulmonar,...)
			NO	
	Úlceres	Presenta alguna úlcera (relacionada amb la dependència i/o vascular, de qualsevol grau) i/o ferida crònica?	SI	Inclou qualsevol tipus d'úlcera: per decúbit, venosa, arterial, tumoral, traumàtica,... Inclou qualsevol grau: I, II, III, IV
			NO	
Polifarmàcia	Habitualment, pren ≥ 5 fàrmacs? (no inclou fàrmacs condicionals)	SI	Fa referència a qualsevol tipus de fàrmac, inclosos broncodilatadors, col·liris i pegats. Les associacions de principis actius en un mateix comprimit (per exemple: Enalapril + Hidroclorotiazida) cal comptabilitzar-les com a fàrmacs diferents. Els fàrmacs condicionals no comptabilitzen.	
		NO		
Disfàgia	S'ennuega habitualment quan menja o beu? i/o els darrers 6 mesos, ha presentat alguna infecció respiratòria per broncoaspiració?	SI	*L'aproximació diagnòstica pot ser per anamnesi amb pacient i/o familiars i/o utilitzant un test específic (volum-viscositat, videofluoscòpia,...) *Es considerarà que NO presenta disfàgia si no presenta semiologia suggestiva amb les mesures antidisfàgia habituals (líquids amb espessants, dieta triturada,...) ni microaspiracions associades. *En canvi, en cas de requerir Sonda Nasogàstrica o PEG es considerarà que SI presenta disfàgia	
		NO		
SÍMPTOMES GREUS	Dolor	Requereix de ≥ 2 analgèsics convencionals i/o opiacis majors per al control del dolor?	SI	*Es consideren com a "analgèsics convencionals": paracetamol, qualsevol AINE, Dipirona i opiacis menors (Tramadol, Codeïna,...) *Opiacis majors: Morfina, Fentanil, Oxycodona, metadona, Hidromorfona, Tapentadol,....
			NO	
	Díspnea	La díspnea basal li impedeix sortir de casa i/o requereix d'opiacis habitualment?	SI	Presenta díspnea de repòs o a petits esforços que limiten la seva autonomia (fins al punt de mantenir-lo confinat al seu domicili); inclou també aquelles persones que si surten de casa és amb ajuda àmplia (cadira de rodes no autopropulsada) Els Opiacis majors (Morfina, Fentanil, ...) han estat pautats específicament per objectiu de control de la díspnea.
			NO	



DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ		COMENTARIS
MALALTIES	Càncer	Té algun tipus de malaltia oncològica activa?	SI	*Inclou qualsevol tipus de Càncer: sòlid, hematològic o cutani
			NO	*No s'inclouen lesions pre-malignes (adenoma vellós, displàsies epitelials, ...) ni malalties oncològiques curades / sense criteris de recidiva
	Respiratòries	Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (MPOC, pneumopatia restrictiva,...)?	SI	*Inclou qualsevol tipus de malaltia respiratòria crònica, ja sigui obstructiva (Bronquitis crònica, emfisema pulmonar, asma crònica,...), restrictiva pulmonar o extrapulmonar (fibrosi pulmonar, cifosi severa,...) o mixta.
			NO	
	Cardiaques	Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (Insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, arrítmia)?	SI	*Inclou qualsevol tipus de malaltia cardíaca crònica, ja sigui insuficiència cardíaca (sistòlica o diastòlica), cardiopatia isquèmica o arrítmia NO cardíaca (ACxFA, flutter, Bloquejos AV,...)
			NO	
	Nourològiques	Té algun tipus de malaltia neurodegenerativa (Malaltia de Parkinson, ELA, ...) o antecedent d'accident vascular cerebral (isquèmic o hemorràgic)?	SI	*Inclou qualsevol tipus de malaltia neurodegenerativa (Malaltia de Parkinson, ELA, PSP, ...), però NO les demències neurodegeneratives (ja avaluades a l'apartat de "demència")
			NO	*Inclou qualsevol tipus d'antecedent d'AVC de qualsevol grau i origen
	Digestiu	Té algun tipus de malaltia digestiva crònica (hepatopatia crònica, cirrosi, pancreatitis crònica, malaltia inflamàtori intestinal,...)?	SI	*Inclou qualsevol tipus de malaltia digestiva o hepàtica crònica
			NO	
	Renals	Té insuficiència renal crònica (FG < 60)?	SI	*Es considerarà que SI presenta insuficiència renal crònica sempre que el FG sigui < 60 en situació basal (s'exclou situacions d'insuficiència renal aguda) i/o necessitat de Tractament Substitutiu renal crònic (hemodiàlisi o diàlisi peritoneal).
			NO	

\* En cas de constatar criteris de malaltia crònica avançada (oncològica, respiratòria, cardiovascular, neurològica, hepàtica, renal) incloses en el test NECPAL (Annex 2.1) s'adjudiquen 2 punts en comptes de 1 (per cadascuna de les malalties amb criteris de situació avançada).

## Annex 2.1: Criteris de Malaltia avançada NECPAL

Malaltia oncològica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Càncer metastàtic o locoregional avançat</li><li>• En progressió</li><li>• Síntomes persistents mal controlats o refractaris malgrat tractament</li></ul>
Malaltia pulmonar crònica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dísipnea de repòs o de mínims esforços entre exacerbacions</li><li>• Confinat a domicili amb limitació marxa</li><li>• Criteris espiromètrics d'obstrucció severa (VEMS &lt;30%) o criteris dèficit restrictiu sever (CV forçada &lt;40% / DLCO &lt;40%)</li><li>• Criteris gasomètrics basals oxigenoteràpia crònica domiciliària.</li><li>• Necessitat corticoteràpia continuada</li><li>• Insuficiència cardíaca simptomàtica associada</li></ul>
Malaltia cardíaca crònica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dísipnea de repòs o de mínims esforços entre exacerbacions</li><li>• Insuficiència cardíaca NYHA estadi III o IV, malaltia valvular severa no quirúrgica o malaltia coronària no revascularizable</li><li>• Insuficiència renal associada (FG &lt;30 l/min)</li></ul>
Demència	<ul style="list-style-type: none"><li>• GDS <math>\geq</math> 6c</li><li>• Progressió declivi cognitiu, funcional, i/o nutricional</li></ul>
Malaltia neurològica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durant la fase aguda i subaguda (&lt;3 mesos post-ictus): estat vegetatiu persistent o de mínima consciència &gt;3 dies</li><li>• Durant la fase crònica (&gt;3 mesos post-ictus): complicacions mèdiques repetides (o demència amb criteris de severitat post-ictus)</li></ul>
Malaltia neurològica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deteriorament progressiu de les funcions físiques i/o cognitives</li><li>• Síntomes complexos i difícils de controlar</li><li>• Disfàgia persistent</li><li>• Dificultats creixents de comunicació</li><li>• Neuomonies aspiració recurrents, dísipnea o insuficiència respiratòria</li></ul>
Malaltia hepàtica crònica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirrosi avançada estadi Child C (determinat fora de complicacions), MELD-Na &gt; 30 o ascitis refractària, síndrome hepato-renal o hemorràgia digestiva alta per hipertensió portal persistent malgrat tractament.</li><li>• Carcinoma hepatocelular en estadi C o D</li></ul>
Insuficiència renal crònica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiència renal severa (FG &lt; 15) en pacients no candidats o amb rebuig a tractament substitutiu o transplantament</li><li>• Finalització diàlisi o transplantament fallit</li></ul>

## Annex 2.2: Índex de Barthel

<b>ALIMENTACIO</b>	
10	Independent; capaç d'utilitzar qualsevol instrument si és necessari; menja en un temps raonable
5	Necessita ajuda; per exemple, per tallar el menjar, escampar la mantega,...
0	Depenent; necessita ser alimentat
<b>HIGIENE</b>	
10	Es capaç de banyar-se / dutxar-se sol
5	No és capaç de banyar-se, però sí pentinar-se, rentar-se la cara, afeitar-se,...
0	Depenent; necessita ajuda per la higiene
<b>VESTIR</b>	
10	Capaç de posar-se i treure's la roba, cordar-se les sabates i els botons i col·locar-se altres complements que necessiti (per exemple, el braguer, la cotilla, etc.) sense ajuda.
5	Fa tot sol almenys la meitat de tasques en un temps raonable.
0	Depenent; necessita que el vesteixin.
<b>MICCIO</b>	
10	Cap episodi d'incontinència. Capaç d'usar qualsevol dispositiu. Si està sondat, inclou canviar la bossa.
5	Màxim un en 24 hores, inclou la necessitat d'ajuda en la manipulació de sondes o dispositius.
0	Incontinent urinari
<b>DEPOSICIO</b>	
10	Cap episodi d'incontinència. Si necessita algun ènema o supositori, és capaç d'administrar-se'ls ell
5	Accident ocasional, menys d'una vegada per setmana o necessita ajuda per ènemes o supositoris.
0	Incontinent fecal
<b>ANAR AL LAVAVO</b>	
10	Hi entra i en surt sol. Capaç de posar-se i treure's la roba, netejar-se, i estirar la cadena. Capaç d'asseure's i aixecar-se de la tassa sense ajuda (pot utilitzar barres per recolzar-se).
5	Capaç d'espavilar-se amb una petita ajuda, treure's i posar-se la roba, però pot netejar-se sol.
0	Incapaç sense més assistència
<b>TRANSFERENCIES</b>	
15	Sense ajuda en totes les fases. És autònom amb la cadira de rodes, si en requereix una.
10	Inclou supervisió verbal o petita ajuda física.
5	Pot seure, però requereix d'ajuda àmplia.
0	Enllit; si utilitza cadira de rodes, necessita que algú el porti.
<b>DEAMBULACIO</b>	
15	Pot caminar > 50 m sense ajuda o supervisió. Pot usar ajuda (bastons, crosses) excepte caminador
10	Supervisió o petita ajuda física per caminar 50 m. Inclou ajudes per estar-se dret (caminador).
5	Independent en cadira de rodes (es desplaça 50 m, travessa portes i gira tot sol).
0	Deambula < 50 m. Si utilitza cadira de rodes, necessita que algú el porti.
<b>ESCALES</b>	
10	Es capaç de pujar i baixar un pis sense ajuda, ni sistemes de suport ni supervisió.
5	Requereix de supervisió física o verbal.
0	Incapaç de salvar esglaons. Necessita ascensor o cadira/seient puja-escales
<b>ÍNDEX BARTHEL (X/100)</b>	

## Annex 2.3: Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg

ESTADI GDS	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTIQUES
<b>GDS 3.</b> DC lleu	Det. lleu MEC: 20-27	Dèficit en <b>tasques ocupacionals i socials complexes</b> . Generalment ho constaten familiars i amics
<b>GDS 4.</b> DC moderat	Alzheimer lleu MEC: 16-23	Dèficits observables en <b>tasques complexes</b> , com el control dels aspectes econòmics, personals o planificació
<b>GDS 5.</b> DC moderadament greu	Alzheimer moderada MEC: 10-19	Disminució de l'habilitat en escollir la roba adequada a cada estació de l'any i resta d' <b>activitats instrumentals</b>
<b>GDS 6.</b> DC greu	Alzheimer moderadament greu MEC: 0-12	Disminució de l'habilitat per <b>vestir-se</b>
		Disminució de l'habilitat per <b>banyar-se</b>
		Disminució de l'habilitat per <b>rentar-se i arreglar-se sol</b>
		Disminució de la <b>continència urinària</b>
		Disminució de la <b>continència fecal</b>
<b>GDS 7.</b> DC molt greu	Alzheimer greu MEC: 0	Capacitat de parla limitada aprox. a <b>6 paraules</b>
		Capacitat de parla limitada a <b>una paraula</b>
		Pèrdua de la capacitat per <b>caminar sense ajuda</b>
		Pèrdua de la capacitat per <b>seure i aixecar-se sense ajuda</b>
		Pèrdua de la capacitat per <b>somriure</b>
		Pèrdua de la capacitat per <b>mantenir el cap dret</b>

## Annex 3/ CRITERIS PER A LA IDENTIFICACIÓ DE PCC

No hi ha un instrument específic per al cribratge poblacional de pacients crònics complexos (PCC). La identificació es fonamenta en la presència de criteris —basats en el consens d'experts i els resultats d'estudis epidemiològics previs—, en alguna de les tres dimensions de la complexitat, que es resumeixen a la taula següent.

<b>Problemes relacionats amb la situació clínica de la persona</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva.</li><li>• Malalties minoritàries.</li><li>• Evolució dinàmica.</li><li>• Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polifarmàcia, determinant cognitiu, fragilitat...).</li><li>• Síntomes persistents intensos i refractaris.</li><li>• Alta utilització de serveis o consum de recursos.</li><li>• Alta probabilitat de patir descompensacions.</li><li>• Classificació dins del grup de 5% de més risc segons el grup de morbiditat agrupada.</li></ul>
<b>Criteris de l'àmbit social/ contextual</b>	<p>Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Organització de la cura.</li><li>• Unitat familiar i/o entorn cuidador.</li><li>• Cohesió familiar i clima afectiu.</li><li>• Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat.</li><li>• Xarxa relacional i d'entorn.</li></ul>
<b>Relacionats amb professionals i sistema assistencials</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Benefici de gestió multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents dispositius.</li><li>• Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica.</li><li>• Benefici d'estratègies d'atenció integrada.</li></ul>

No hi ha cap pauta inequívoca sobre quants o quins criteris o la combinació de quins d'aquests cal complir per ser considerat un PCC. Cal complir prou criteris perquè el professional referent consideri que la gestió del cas és especialment difícil, i, per tant, validi de forma clínica i identifiqui, d'acord amb la persona, que és un PCC. Una persona que no tingui cap d'aquests criteris és realment difícil que pugui presentar necessitats complexes d'atenció.



## Annex 4/ CRITERIS PER A LA IDENTIFICACIÓ DE MACA

A Catalunya, per a la identificació precoç o el cribratge de persones amb cronicitat avançada i necessitats palliatives (MACA) s'utilitza l'instrument NECPAL CCOMS-ICO©. Aquest instrument es basa en la resposta negativa ("no em sorprendria") a la pregunta sorpresa "Us sorprendria que aquesta persona morís al llarg del proper any?", associada a la detecció de criteris de necessitats palliatives, pèrdua funcional i/o nutricional, multi- morbiditat, ús de recursos i/o criteris de gravetat i progressió de malalties avançades (a la figura es pot veure la versió 4.0 de l'instrument NECPAL CCOMS-ICO©).

### Versió 4.0 de l'instrument NECPAL.



Font: Càtedra de Cures Palliatives UVic-UCC

La versió 4.0 del NECPAL permet distingir entre diferents graus d'afectació de les persones amb cronicitat avançada i necessitats palliatives, en base al nombre de criteris acumulats. Basat en el mateix concepte d'acumulació de dèficits dels índexs de fragilitat, existeix una relació directament proporcional entre el nombre de criteris positius i el pronòstic de mortalitat de la persona.

El resultat d'aquest procediment ens situa cada pacient MACA en algun dels 3 estadis pronòstics:

<b>Estadi I</b>	pregunta sorpresa positiva i 1-2 paràmetres	Mediana supervivència: 38 mesos
<b>Estadi II</b>	pregunta sorpresa positiva i 3-4 paràmetres	Mediana supervivència: 17.2 mesos
<b>Estadi III</b>	pregunta sorpresa positiva i 5-6 paràmetres	Mediana supervivència: 3.6 mesos

