

Consens d'escala i eines per a la valoració multidimensional de les persones a Catalunya



Consens d'escales i eines

per a la **valoració multidimensional**
de les persones a Catalunya

Barcelona, 2023

/Salut  Generalitat
de Catalunya



Alguns drets reservats

©2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



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

La llicència es pot consultar a la [pàgina web de Creative Commons](#).

Figures i resum visual

Jordi Amblàs Novellas

Unitat promotora:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

1a edició:

Barcelona, juny de 2023.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Pla editorial 2023:

Núm. de registre 6629

Coordinació i edició del document

- Jordi Amblàs
- Joan Carles Contel
- Manuel Iglesias
- David López

Autors

GRUP DE CONSENS

Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)

- Francisco Cegri

Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya

- Meritxell Ortiz

Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG)

- Ingrid Bullich

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

- Jordi Mestres

Societat Catalano-balear de Cures Pal·liatives (SCBCP)

- Jordi Trelis

Societat Catalano-balear de Medicina Interna (SCBMI)

- Emili Sacanella

GRUP TÈCNIC

- Pau Corral
- Montserrat Ferrer
- Núria Font
- Núria Juvanet
- Sònia Martín
- Yolanda Pardo
- Ruth Tascón
- Lluís Vilardell

DIRECCIÓ GENERAL DE PLANIFICACIÓ I RECERCA EN SALUT

Direcció Estratègica d'Atenció Integrada

- Jordi Amblàs
- Paloma Amil
- Montserrat Blasco
- Joan Carles Contel
- Montserrat Masó
- Victòria Mir
- Cristina Rojals

Direcció Estratègica d'Atenció Intermèdia / Pla Director Sociosanitari

- Ignasi Bocanegra
- Gemma Giráldez
- Marco Inzitari
- Mireia Llonch
- Eva Ma Melendo
- Sebastià J. Santaeugènia

Direcció Estratègica d'Atenció Primària

- Rafel Ruiz
- Maria Belén Enfedaque
- Esther Gil

OFICINA eSALUT

- Marta Espinalt
- Manuel Iglesias
- David López
- Anna Serra

DEPARTAMENT DE DRETS SOCIALS

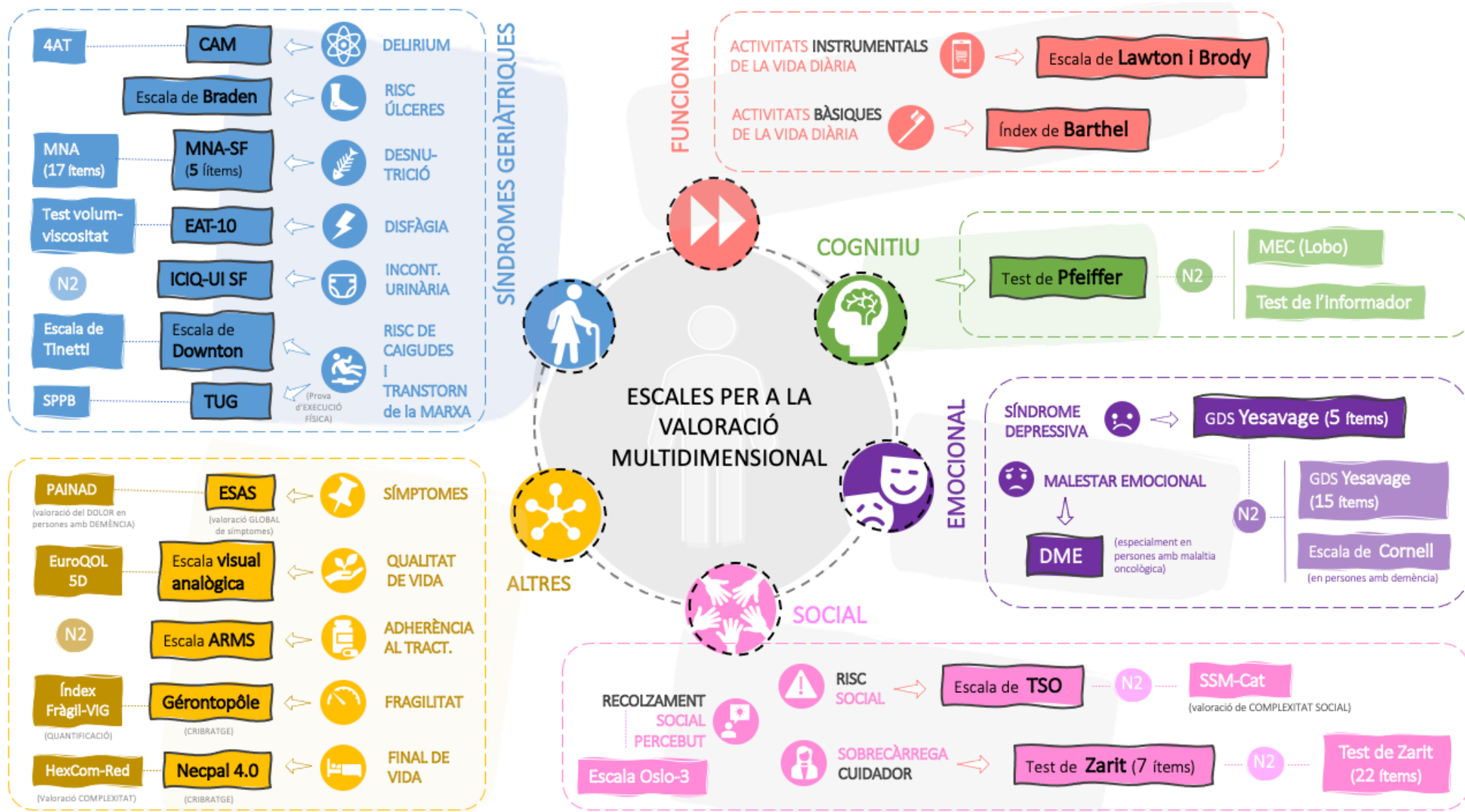
- Conxita Barbeta
- Rosa Maria Fumàs

Índex

Resum visual	8
1. Introducció	9
1.1 Context	9
1.1.1 Model d'atenció	9
1.1.2 Sistemes d'informació / HES	12
1.2 Justificació	12
1.3 Població tributària	13
1.4 Objectius	14
2. Metodologia	15
2.1 Participants	15
2.2 Premisses	16
2.3 Fases	16
2.3.1 Fase 1: Qüestionari als professionals	16
2.3.2 Fase 2: Consens amb panell d'experts	17
2.3.3 Fase 3: Validació per part del grup tècnic	18
3. Resultats	19
3.1 Fase 1: Qüestionari als professionals	19
3.1.1 Dimensions	19
3.1.2 Escales i eines proposades	20
3.2 Fase 2: Consens amb panell d'experts	21
3.2.1 Consens sobre les escales i eines per valorar les dimensions proposades inicialment	21
3.2.2 Consens sobre les escales i eines per valorar altres dimensions	23
3.3 Fase 3: Validació per part del grup tècnic	26
4. Consens final	28
5. Bibliografia	31
6. Annexos	32
6.1 Annex 1: : Qüestionari per als professionals	32

6.2 Annex 2: Respostes realitzades als camps oberts del qüestionari	36
6.3 Annex 3: Enllaços d'accés a les escales i eines consensuades	38
6.3.1 Escala de Lawton i Brody	38
6.3.2 Índex de Barthel	38
6.3.3 Test de Pfeiffer	38
6.3.4 MEC (Lobo)	38
6.3.5 Test de l'informador	38
6.3.6 Sd. depressiva: GDS Yesavage (versió de 5 ítems)	38
6.3.7 GDS Yesavage (versió 15 ítems)	38
6.3.8 Escala Malestar Emocional DME	38
6.3.9 Escala de Cornell	38
6.3.10 Risc social escala sociofamiliar TSO	38
6.3.11 Test de Zarit (7 ítems)	38
6.3.12 Test de Zarit (22 ítems)	38
6.3.13 Self Sufficiency Matrix (SSM-Cat)	38
6.3.14 Confusional Assessment Method (CAM)	38
6.3.15 4AT	38
6.3.16 Escala de Braden	39
6.3.17 Escala EMINA	39
6.3.18 Timed Up & Go (TUG)	39
6.3.19 Escala de Dowton	39
6.3.20 SPPB	39
6.3.21 Escala de Tinetti	39
6.3.22 MNA-SF (5 ítems)	39
6.3.23 MNA (17 ítems)	39
6.3.24 EAT-10	39
6.3.25 Test volum-viscositat	39
6.3.26 Edmonton Symptoms Assessment Systems (ESAS)	39
6.3.27 PAINAD	39
6.3.28 Euroqol 5D	39
6.3.29 Escala ARMS	39
6.3.30 Gérontopôle Frailty Screening Test (GFST)	39
6.3.31 Índex Fràgil-VIG (IF-VIG)	39
6.3.32 Necpal 4.0	40
6.3.33 HexCom-RED	40

RESUM VISUAL



1. Introducció

1.1 Context

1.1.1 Model d'atenció

La resposta a les necessitats de les persones grans (i més especialment les d'aquelles amb multimorbiditat, fragilitat, amb necessitats d'atenció complexa i/o necessitats d'atenció pal·liativa) requereixen d'un enfocament específic¹, que cal que sigui:

- **Integral** –des d'una perspectiva holística que tingui present totes les dimensions de la persona– i **individualitzat** –oferint un “vestit a mida” per a cada persona, d'acord amb les característiques específiques/singulars de cada persona i una atenció basada en necessitats–².
- **Interdisciplinari i integrat**: tant en el procés de valoració i d'elaboració del pla d'atenció de la persona com en la prestació de serveis, transcendint els diferents àmbits d'atenció³⁻⁵.

Un bon exemple de model d'atenció integral, facilitador de la individualització de l'atenció i amb clara vocació interdisciplinària és el que es proposa en el [Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#). Aquest model consta de 4 etapes, on la **valoració multidimensional** és la base per al diagnòstic situacional de la persona –etapa 2 del model– (figura 1).

El concepte de **diagnòstic situacional** fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i d'identificació de necessitats que permet els professionals 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 resposta⁶. Efectivament: el diagnòstic situacional d'una persona requereix necessàriament una visió àmplia que tingui en compte les diferents dimensions i/o problemes de salut (clínic, funcionals, emocionals, cognitius, socials...).

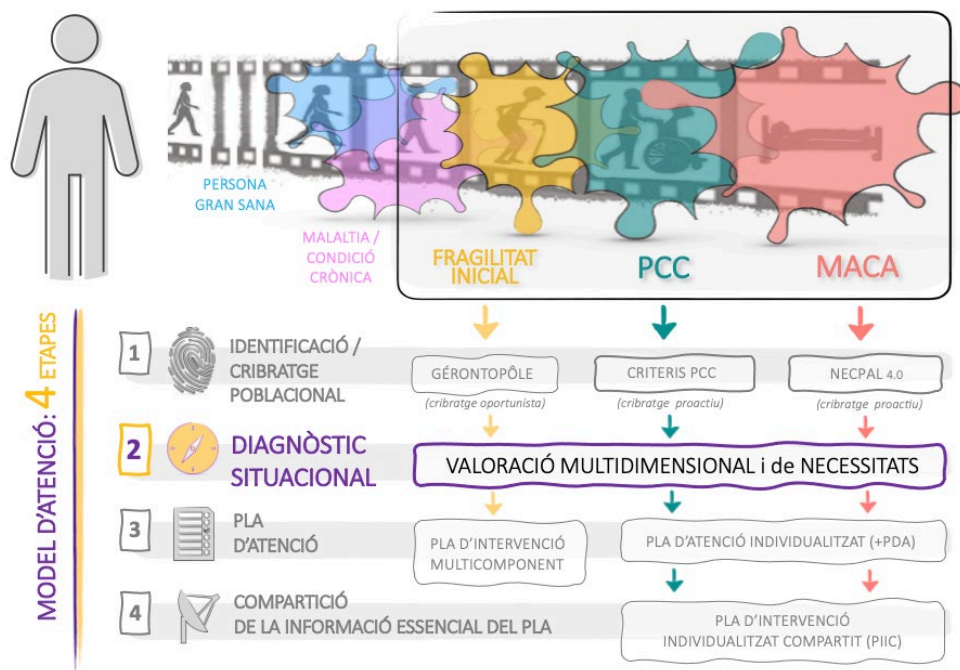


Figura 1: La valoració multidimensional en el context del model d'atenció individualitzat. PCC: Pacient Crònic Complex. MACA: Malaltia Crònica Avançada. PDA: Planificació de Decisions Anticipades. PIIC: Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit. Font: elaboració pròpia.

Davant la necessitat de sistematitzar aquesta valoració, s'han desenvolupat essencialment **dues aproximacions** que necessiten més o menys temps i expertesa, i que poden ser complementàries:

- Els **systemes ràpids de valoració multidimensional/geriàtrica** (*rapid geriatric assessment*)⁷⁻⁹. Aquestes propostes permeten una aproximació multidimensional àmplia, encara que limitada en la profunditat de cadascuna de les dimensions, amb un temps limitat (aproximadament 10 minuts, per facilitar que s'utilitzin en la pràctica clínica habitual), i són habitualment administrades per un sol professional en qualsevol dels àmbits del sistema. N'existeixen múltiples exemples a la literatura (...), entre els quals destaca en el nostre entorn l'eina de consens anomenada **VIG-express**¹⁰ –com a sistema compartit i universal de valoració multidimensional inicial per als professionals del sistema de salut i social de Catalunya–, que actualment està en procés de validació i que ha estat desenvolupada a partir de l'Índex Fràgil-VIG^{11,12}.
- La **valoració multidimensional en profunditat**, que sovint requereix utilitzar diferents escales, orientades a valorar les diferents dimensions de la persona. En aquest context, la **valoració geriàtrica integral** (VGI) és l'estàndard de referència de la valoració multidimensional en persones de perfil geriàtric¹³,

també en l'àmbit de l'atenció primària¹⁴. La VGI es defineix com un procés de diagnòstic i d'abordatge multidisciplinari que identifica les condicions mèdiques, psicològiques i funcionals en una persona gran i/o fràgil, amb l'objectiu de dissenyar i elaborar un pla d'atenció per maximitzar l'estat general de salut en un context d'envelliment. Per aquesta raó, es requereix l'avaluació de diferents àmbits de la salut, que inclouen els problemes clínics, l'estat funcional (activitats bàsiques i instrumentals), mental (cognitiu i emocional) i social.

Tal com s'ha esmentat prèviament, aquestes dues aproximacions (sistema ràpid de valoració multidimensional/geriàtrica i valoració multidimensional en profunditat) no només no són excloents, sinó que **poden ser complementàries**. Una manera eficient de realitzar el diagnòstic situacional seria utilitzar **seqüencialment** una eina de valoració ràpida per identificar dimensions alterades, que serien immediatament i de manera seqüencial candidates a ser valorades en segona instància en profunditat amb una escala específica –motiu d'aquest consens–. Vegeu l'exemple de la figura 2.

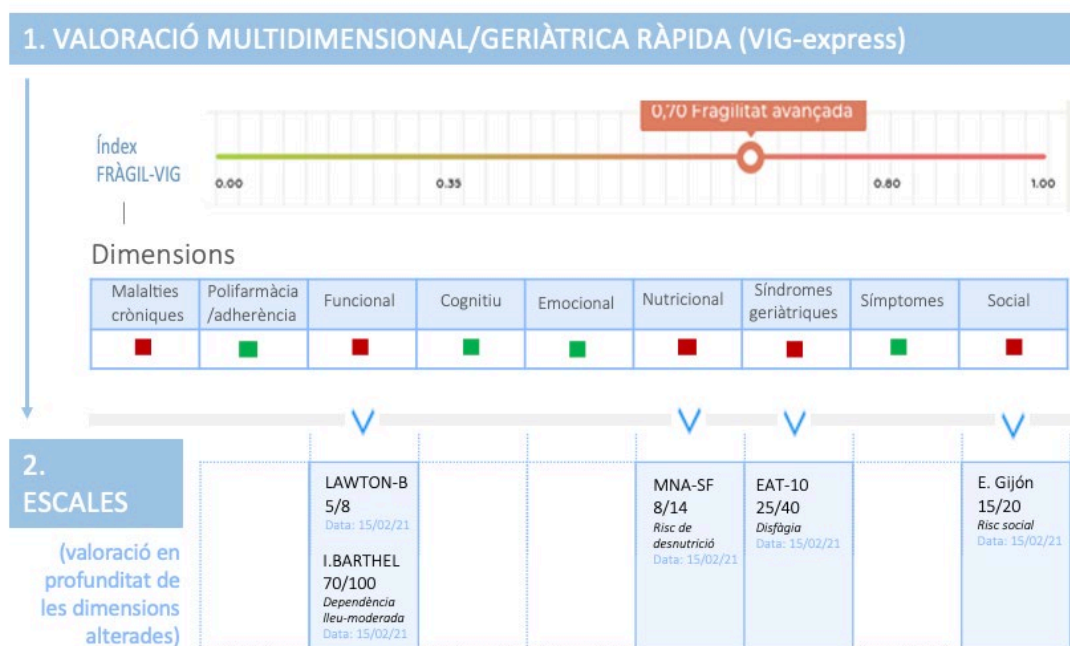


Figura 2: Exemple de valoració seqüencial amb un sistema de valoració ràpida (VIG-express o IF-VIG), amb la identificació de dèficits en les dimensions funcionals (es valora en profunditat utilitzant l'escala de Lawton i l'Índex de Barthel), nutricional (es valora utilitzant l'MNA-SF), disfàgia (es valora utilitzant l'EAT-10) i social (es valora utilitzant l'escala de Gijón).

1.1.2 Sistemes d'informació / HES

Aquesta valoració multidimensional i la posterior elaboració del pla d'atenció individualitzat requereix de poder disposar de **plataformes o solucions digitals**, que facilitin la compartició d'informació entre els diferents professionals i organitzacions de diferents àmbits que han de treballar de manera col·laborativa.

En aquesta línia, el Departament de Salut està treballant en l'**Historial Electrònic de Salut** (HES), que haurà d'esdevenir l'estació clínica de l'atenció ambulatoria a Catalunya, substituint l'ECAP i emprant-se també a l'atenció de la salut mental, a les institucions sociosanitàries i a les consultes externes dels hospitals que decideixin incorporar-la. El fet que aquesta eina sigui utilitzada en àmbits tan amplis fa necessari també consensuar la informació que incorporarà, incloses les escales.

1.2 Justificació

Actualment no existeix a Catalunya un consens sobre quin hauria de ser el **mínim comú denominador d'escales i eines** d'elecció per a la valoració de les diferents dimensions de les persones grans amb multimorbiditat, fragilitat, cronicitat complexa o avançada.

Això causa diferents problemes:

- **Variabilitat** entre professionals, tant en el tipus d'escales utilitzades com en les diferents versions d'aquestes escales (per exemple, s'ha registrat fins a 7 versions diferents de l'Índex de Barthel per a la valoració d'activitats bàsiques de la vida diària).
- **Falta de continuïtat** entre els diferents àmbits assistencials (donada la utilització de diferents mètriques), així com **duplicitats i ineficiència** en les valoracions de les persones (sovint diferents professionals realitzen valoracions reiteratives diferenciades i acumulatives en diferents àmbits, moltes vegades sense compartir-les).
- **Dificultats per a la compartició d'informació i en l'avaluació de resultats** des d'una perspectiva sistèmica a nivell poblacional i territorial.

Aquest escenari fa evident la necessitat de disposar d'**escales i eines consensuades i compartides** que facilitin l'aproximació multidimensional a aquestes persones de forma objectiva i pragmàtica, amb l'objectiu d'ajudar els professionals en aquest procés d'individualització de l'atenció.

És per aquest motiu que, impulsat per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut i per l'oficina eSalut, s'ha promogut i desenvolupat aquest consens i es vol assegurar que la proposta pugui ser suportada en l'entorn digital.

1.3 Població tributària

Si bé potencialment tota la població es pot beneficiar d'una aproximació multidimensional, aquest consens s'ha enfocat a aquella població que més requereix d'aquesta aproximació: es tracta de les **persones grans i/o amb malalties cròniques** (especialment quan hi ha una situació de multimorbiditat). D'entre aquestes, són la població amb **fragilitat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)** aquelles que més se'n beneficiaran (figura 3)¹.

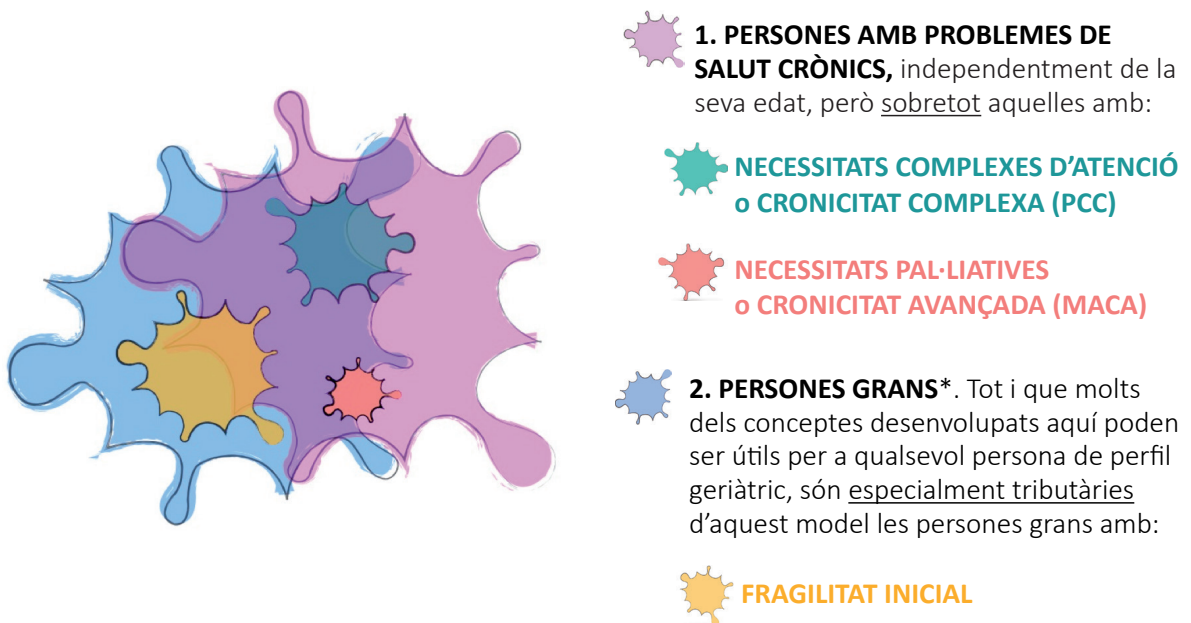


Figura 3: Població en què es focalitza aquest document.

També hi ha alguns **àmbits** amb alta prevalença d'aquest perfil poblacional (per exemple, en les residències de gent gran) o **programes** orientats a l'atenció a aquestes persones (per exemple, el programa ATDOM o el PADES), que són especialment tributaris d'aquest enfocament.

1.4 Objectius

L'objectiu principal d'aquest document és **consensuar un mínim comú denominador** d'escala i eines a utilitzar en la valoració multidimensional d'aquestes persones.

Els **objectius específics** són:

- Identificar i consensuar **quines són les diferents dimensions** que cal prendre en consideració.
- Identificar i consensuar **quines escales o eines** utilitzar per **valorar cadascuna de les dimensions** prèviament identificades i que garanteixin que aquestes es puguin integrar en els sistemes d'informació.
- **Homogeneïtzar les escales** dels diferents sistemes informàtics i promoure'n la **incorporació als diferents sistemes d'informació** propis de cada organització co-intervinent.
- Disposar d'un entorn de **plataforma o solució tecnològica** que permeti compartir i fins i tot coparticipar col·laborativament en el procés de valoració i elaboració del pla d'atenció amb suport digital.

2. Metodologia

2.1 Participants

Per al desenvolupament del consens, així com per al desenvolupament operatiu, es van definir **dos grups de treball**:

- **Grup de consens**, format per professionals experts de societats científiques –o col·legi professional, en el cas del treball social– amb contrastada tradició de valoració multidimensional, vocació transversal/generalista i caràcter interdisciplinari. Així doncs, es va convidar a participar-hi a (per ordre alfabètic):
 - Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)
 - Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya
 - Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG)
 - Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)
 - Societat Catalano-balear de Cures Pal·liatives (SCBCP)
 - Societat Catalano-balear de Medicina Interna (SCBMI)

La funció d'aquest grup era la selecció preliminar de les dimensions a incorporar, així com realitzar el consens de les escales i/o eines a utilitzar per valorar cadascuna d'aquestes dimensions. En properes revisions/versiones del document es pot plantejar d'ampliar el grup a altres societats científiques o col·legis professionals.

- **Grup tècnic**, format per professionals experts en psicometria d'instruments i sistemes d'informació.

Aquest grup era l'encarregat de confirmar que les escales i eines proposades estiguessin adequadament validades, de localitzar-ne la versió més idònia, d'identificar si calia tramitar un permís per utilitzar-les (i realitzar aquesta gestió en cas que fos necessari), de si tenien un cost, de si ja existia un arquetip OpenEHR i, finalment, de traslladar-les als sistemes informàtics més implantats del sector: ECAP, Argos i HES.

2.2 Premisses

Com a punt de partida necessari per garantir un consens d'escala i eines que esdevingués útil i viable per a la pràctica assistencial diària, es van definir una sèrie de premisses:

- **Integralitat:** les escales/eines escollides havien d'afavorir una mirada integral de la persona, incorporant aquelles dimensions necessàries per al posterior desenvolupament del pla d'atenció individualitzat, únic i compartit.
- **Transversalitat:** les escales/eines escollides havien de facilitar un llenguatge i narrativa compartides entre els professionals de diferents nivells assistencials i especialitats.
- **Interdisciplinarietat:** les escales/eines escollides havien d'ajudar a promoure una mirada compartida entre diferents professions (especialment entre infermeres, treballadors socials i metges).
- **Evidència (validesa/fiabilitat):** calia escollir escales/eines suficientment validades, tan des de la perspectiva psicomètrica com també des de l'evidència en la utilització clínica a la pràctica real.
- **Pragmatisme (factibilitat) i experiència:** el consens no només tenia una mirada acadèmica: calia escollir aquelles escales/eines més fàcilment aplicables. Això implicava vetllar sobretot per la seva factibilitat (temps d'administració –millor versió curta–...), tenint en compte també l'experiència prèvia dels professionals en la seva utilització en el nostre entorn.
- **Disponibilitat:** prioritàriament les escales/eines escollides haurien d'estar disponibles per a poder ser utilitzades lliurement per part de tots els professionals de Catalunya

2.3 Fases

Per tal d'optimitzar el procés de consens, es van definir **3 fases**:

- Realització d'un qüestionari obert a tots els professionals de les diferents societats científiques i del col·legi professional (en endavant SSCC/CP)
- Consens d'un panell d'experts representants de les SSCC/CP
- Validació per part del grup tècnic

2.3.1 Fase 1: Qüestionari als professionals

L'objectiu d'aquesta primera fase era **implicar els professionals** vinculats a les SSCC/CP en la identificació de dimensions i escales/eines de valoració. Amb aquest objectiu es va programar una primera reunió (24.03.2021) amb un panell d'experts en representació de les SSCC/CP, per tal de consensuar un **qüestionari**.

El qüestionari final –que es pot consultar a l'**Annex 1**– anava orientat tant a identificar preliminarment les dimensions tributàries de ser incloses en el consens, com les escales proposades per valorar les diferents dimensions escollides. Amb l'objectiu de facilitar aquest procés d'identificació, es va partir de la proposta preliminar publicada a la taula 7 del document el [Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa \(PCC\) o avançada \(MACA\)](#).

Els participants havien de puntuar segons la seva valoració cada dimensió i escala/eina proposades, de 1 (totalment en desacord) a 5 (totalment d'acord), deixant oberta, en tots els casos, l'opció de realitzar consideracions en un camp de text obert.

Per a l'anàlisi posterior, es va acordar el "4" com a punt de tall en la consideració de la puntuació com a favorable; és a dir: es van incloure les valoracions puntuades amb un "4" (d'acord) i un "5" (totalment d'acord). I es va acordar que el ítems amb una valoració favorable $\geq 90\%$ del total de la mostra de participants es tendiran a acceptar, mentre que aquells amb una valoració favorable $\leq 80\%$ es tendiran a rebutjar. En les situacions entre 80-90% es proposa arribar a un acord per consens del panell d'experts.

2.3.2 Fase 2: Consens amb panell d'experts

L'objectiu d'aquesta segona fase era que, partint de les respostes obtingudes del qüestionari, es realitzés el **procés de consens** per a la selecció de les dimensions i escales/eines de valoració. Amb aquest objectiu es va demanar a cada SSCC/CP que designés un representant expert (se'n poden veure els noms a l'apartat d'autories d'aquest document).

Partint de la proposta de puntuació descrita en la fase 1, el panell d'experts havia de revisar cada un dels ítems, validant en primer lloc les dimensions i, posteriorment, les escales amb una valoració favorable $\geq 90\%$, desestimant aquelles amb una valoració favorable $\leq 80\%$, i realitzant un procés de debat sobre aquelles amb una valoració favorable entre 80-90%. Les consideracions aportades en el camp de text obert per part dels participants serien també analitzades per aquest panell d'experts.

Aquest procés de consens va requerir d'una triple ronda de debat, que tingué lloc els dies 09.06.2021, 07.07.2021 i 22.09.2021.

2.3.3 Fase 3: Validació per part del grup tècnic

Les escales prioritzades pel grup de consens eren examinades posteriorment per un grup tècnic que s'encarregava de:

- Examinar si les **escales** estaven correctament **validades**.
- En cas que s'haguessin validat en un idioma diferent, comprovar si s'havia fet l'**adaptació transcultural** al castellà i català. En cas que no, posar en marxa el procés per a adaptar-les.
- Comprovar si tenien **permisos d'ús** i si eren de pagament i, en cas afirmatiu, tramitar-los.
- Comprovar si les escales ja tenien un **arquetip OpenEHR** creat en algun CKM (Clinical Knowledge Management) existent i, en cas de no ser així, crear-lo.
- Comprovar si les escales ja tenien **versions electròniques** en les estacions clíniques del sistema sanitari públic (ECAP, Argos, ARES) i incorporar-les a aquests sistemes.

3. Resultats

3.1 Fase 1: Qüestionari als professionals

El qüestionari fou distribuït per part de les SSCC/CP als seus afiliats durant el mesos d'abril i maig de 2021, i es van obtenir un total de **356 respostes**.

3.1.1 Dimensions

Els resultats de les votacions sobre les dimensions que hauria de preveure aquest mínim comú denominador d'escala/eines del consens, es poden visualitzar a la figura 3.

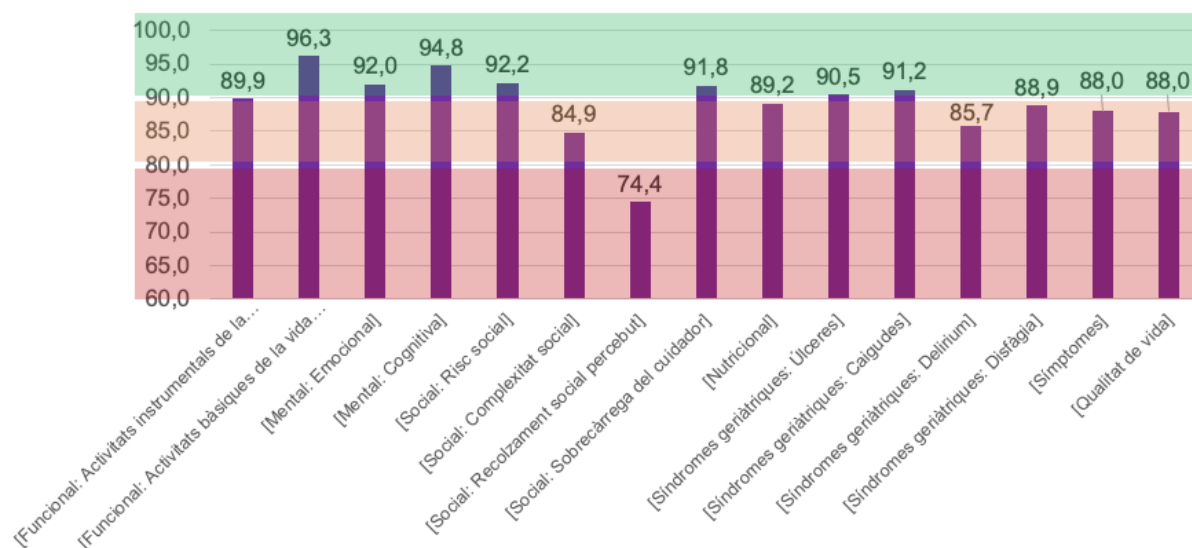


Figura 3: Resultats (%)de les votacions dels professionals sobre les dimensions a incorporar en el consens. En verd es visualitzen aquelles dimensions amb una valoració favorable $\geq 90\%$, en taronja aquelles amb una valoració favorable entre 80-90%, i en vermell aquelles amb una valoració favorable $\leq 80\%$.

Les altres dimensions proposades i/o comentaris realitzats en els camps oberts per part dels professionals es poden visualitzar a l'**Annex 2**.

3.1.2 Escales i eines proposades

Els resultats de les votacions sobre les escales i eines que s'haurien d'utilitzar per valorar cadascuna de les dimensions, es poden visualitzar a les figures 4, 5 i 6.

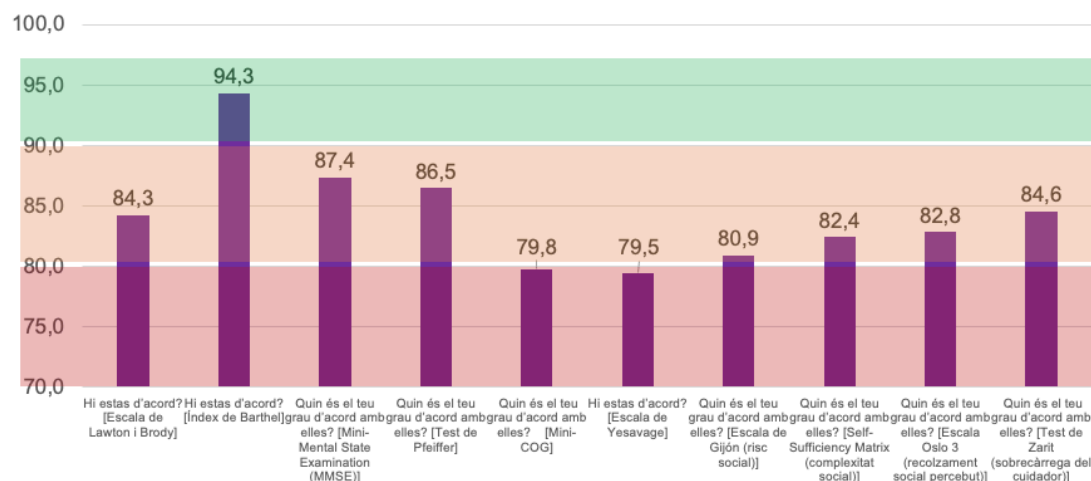


Figura 4: Resultats (%) de les votacions dels professionals sobre les escales proposades inicialment per valorar les dimensions funcional, cognitiva, emocional i social. En verd es visualitzen aquelles dimensions amb una valoració favorable $\geq 90\%$, en taronja aquelles amb una valoració favorable entre 80-90%, i en vermell aquelles amb una valoració favorable $\leq 80\%$.

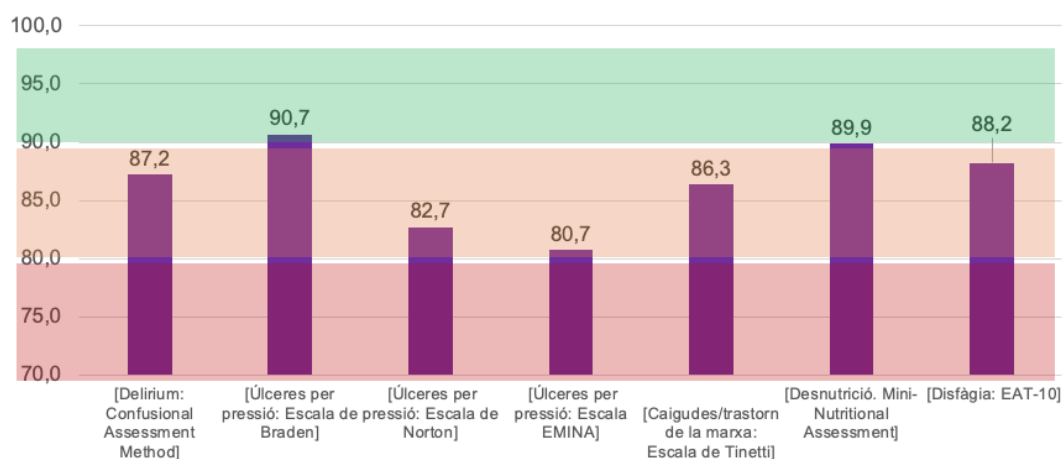


Figura 5: Resultats (%) de les votacions dels professionals sobre les escales proposades inicialment per valorar les síndromes geriàtriques. En verd es visualitzen aquelles dimensions amb una valoració favorable $\geq 90\%$, en taronja aquelles amb una valoració favorable entre 80-90%, i en vermell aquelles amb una valoració favorable $\leq 80\%$.

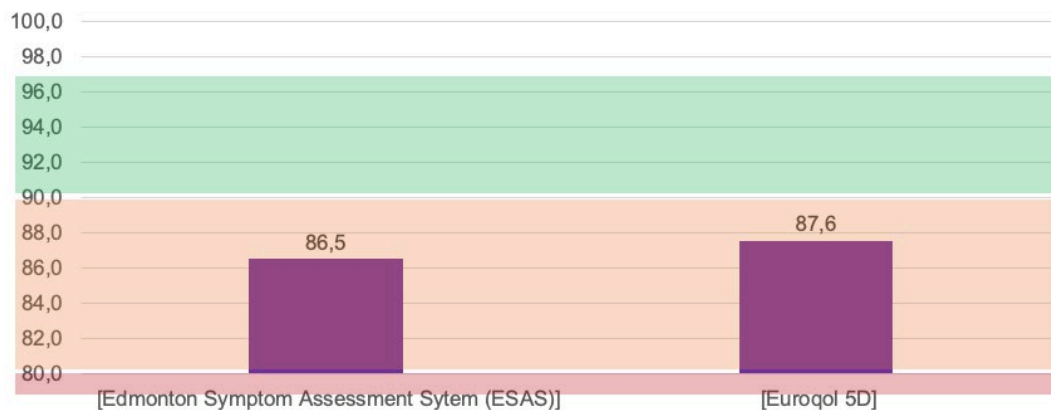


Figura 6: Resultats (%) de les votacions dels professionals sobre les escales proposades inicialment per valorar símptomes i qualitat de vida. En verd es visualitzen aquelles dimensions amb una valoració favorable $\geq 90\%$, en taronja aquelles amb una valoració favorable entre 80-90%, i en vermell aquelles amb una valoració favorable $\leq 80\%$.

Els comentaris realitzats en els camps oberts es poden visualitzar en l'Annex 2.

3.2 Fase 2: Consens amb panell d'experts

3.2.1 Consens sobre les escales i eines per valorar les dimensions proposades inicialment

A la taula 1 es pot visualitzar el resultat del consens obtingut. Fruit de la valoració de les respostes per part dels participants respecte a les opcions d'escales i eines per a la valoració de cadascuna de les dimensions, el panell d'experts va valorar la necessitat de definir **dos nivells de valoració**, segons el seu grau de profunditat/exhaustivitat:

- **Nivell 1:** més **bàsic** (habitualment versions curtes de les escales/eines), d'elecció en les situacions on es prioritzi la seva factibilitat.
- **Nivell 2:** més **avançat/específic** ("Premium"), d'elecció quan l'objectiu sigui utilitzar una valoració complementària en determinades situacions o persones amb determinades condicions. Això inclou tant les versions completes de les escales/eines pensades per a situacions específiques (per exemple, valoració del dolor per a persones amb demència) com altres escales de referència, però d'administració més complexa.

DIMENSIONS		ESCALES I EINES		COMENTARIS/OBSERVACIONS
Activitats instrumentals de la vida diària		Lawton i Brody		Es decideix incorporar-la, donada la manca d'alternatives validades. Es valora la utilització de l'escala amb tots els ítems, independentment del gènere.
Activitats bàsiques de la vida diària		Índex de Barthel		Es va incloure per unanimitat, amb el 94,3% de vots favorables per part dels professionals.
Cognitiva		N1	Pfeiffer	Es proposa utilitzar prioritàriament aquesta escala per la seva facilitat d'ús i àmplia implantació.
		N2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEC (Lobo)* ▪ Test de l'Informador** 	<p>*Per l'MMSE original els autors no donen permís per incorporar-lo a cap sistema d'informació, motiu pel qual ens inclinem per incorporar el MEC (Lobo) com a test complementari de N2.</p> <p>** com a eina de suport orientada a incorporar la visió del cuidador.</p>
Emocional		N1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sd. depressiva: GDS Yesavage (versió de 5 ítems). ▪ Malestar emocional (especialment en la població oncològica): DME 	
		N2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GDS Yesavage (versió 15 ítems) ▪ Per a persones amb demència: Escala de Cornell 	
Social		N1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risc social: escala sociofamiliar TSO* ▪ Sobrecàrrega cuidador: Test de Zarit (7 ítems) 	* Substituiria la versió actual no validada de l'escala de Gijón.
		N2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoració de complexitat social: Self Sufficiency Matrix (SSM-Cat)* ▪ Sobrecàrrega cuidador: Test de Zarit (22 ítems)** ▪ Recolzament social percebut: Escala Oslo 3 	<p>*Es valora l'oportunitat d'incorporar l'SSM-Cat com a eina estratègica desenvolupada per part del DDS.</p> <p>** Està pendent de valorar pel grup tècnic fins a quin punt la versió de 22 ítems aporta valor afegit a la versió de 7 ítems.</p>
Sd. geriàtriques	Delírium	N1	Confusional Assessment Method (CAM)	De moment es manté la CAM com a N1, donada la gran evidència i difusió. A valorar substituir-la per 4AT més endavant, perquè és més senzilla i s'ha incorporat com a escala d'elecció en la " Guia d'abordatge del Delírium " del Departament de Salut.
		N2	Test 4AT	

	Úlceres	La tendència és optar per l'escala de Braden , pel seu ús generalitzat. No es descarta l'opció de l'escala EMINA *		*L'escala de Braden requereix una llicència específica d'utilització.
	Caigudes / trastorns marxa	N1	<ul style="list-style-type: none"> Prova d'execució física: Timed Up & Go Test: Escala de Downton 	Les proves d'execució física (especialment l'SPPB) poden ser útils també per el cribatge de fragilitat física.
		N2	<ul style="list-style-type: none"> Prova d'execució física: SPPB Test: Escala de Tinetti 	
	Des-nutrició	N1	<ul style="list-style-type: none"> MNA-SF (5 ítems) 	En coherència amb les escales seleccionades en el document de consens d'abordatge de la desnutrició PCC .
		N2	<ul style="list-style-type: none"> MNA (17 ítems) 	
	Disfàgia	N1	<ul style="list-style-type: none"> EAT-10 	
		N2	<ul style="list-style-type: none"> Test volum-viscositat 	
	Valoració dels símptomes	N1	<ul style="list-style-type: none"> Edmonton Symptoms Assessment Systems" (ESAS)* 	*Es pot valorar seleccionar alguns ítems específics d'aquesta escala, segons cada cas.
		N2	<ul style="list-style-type: none"> Per a la valoració del dolor en persones amb demència: PAINAD 	
	Qualitat de vida	N1	<ul style="list-style-type: none"> Escala visual analògica ("termòmetre" EuroQOL de valoració)* 	* Pot ser utilitzada com a part de la valoració global o com a resultat (PROM).
N2		<ul style="list-style-type: none"> Euroqol 5D (versió 5D-3L vs 5D-5L) 		

Taula 1: Proposta de consens del panell d'experts d'escala/eines a utilitzar per cada una de les dimensions identificades inicialment.

3.2.2 Consens sobre les escales i eines per valorar altres dimensions

A la taula 2 es pot visualitzar el resultat de la discussió entre el panell d'experts respecte a les dimensions no previstes inicialment.

DIMENSIONS	COMENTARIS/OBSERVACIONS	DECISIÓ FINAL
Adherència	Hi ha consens que l'escala de Morisky-Green no és adequada. Es valora com una bona opció l'escala ARMS (validada al castellà), específica per a persones amb multimorbiditat.	S'incorpora aquesta dimensió al consens, i se selecciona l'escala ARMS com a millor opció.
Dèficit sensorial	Si bé es considera que es tracta d'una dimensió rellevant, hi ha consens en el fet que en base a la pregunta desencadenant (<i>trigger question</i>) del VIG-express prèvia ja es poden	No s'incorpora aquesta dimensió al mínim comú denominador de consens.

	<p>identificar les dificultats. sensorials que puguin interferir en la vida diària de les persones.</p> <p>Arribat el cas, serien d'elecció, per exemple, la “Targeta Jaeger” i “Test del xiuxiueig”, però s'entén que això va més enllà de l'objectiu d'aquest consens.</p>	
Incontinència / restrenyiment	<p>Donada l'alta prevalença i implicacions de la incontinència urinària, sembla oportú incorporar un instrument que ajudi a sistematitzar especialment la valoració de les causes secundàries/potencialment reversibles d'incontinència. Es proposa l'instrument ICIQ-UI SF.</p>	<p>S'incorpora aquesta dimensió al consens, i se selecciona l'escala ICIQ-UISF com a millor opció proposada.</p>
Fragilitat	<p>Aquí caldria distingir les eines de cribatge de fragilitat dels instruments que permeten valorar el grau de fragilitat.</p> <p>Respecte al <u>cribatge</u>, actualment hi ha un consens prèviament realitzat per experts, que van acordar utilitzar l'eina Gérontopôle Frailty Screening Test (GFST), i que correspondria a la fase 1 del model d'atenció.</p> <p>Respecte a la <u>quantificació del grau de fragilitat</u>, la major part de societats científiques aposten per incorporar-ne un instrument, essent l'Índex Fràgil-VIG (IF-VIG) l'instrument que genera més consens. En circumstàncies específiques, es valora també la utilitat de la Clinical Frailty Scale com a eina de valoració ràpida, però menys específica.</p>	<p>El cribatge de fragilitat forma part de l'etapa 1 del model, i el GSFT és l'instrument d'elecció.</p> <p>Respecte a la quantificació del grau de fragilitat, l'IF-VIG és l'instrument d'elecció. Donat que l'IF-VIG ja forma part de la valoració inicial de les persones (està inclosa en l'instrument VIG-express), no caldria incorporar-lo de nou aquí.</p>
Multi-morbiditat	<p>No sembla que la utilització d'un instrument com el Charlson aporti massa valor des de la perspectiva de la pràctica clínica habitual. Probablement és més útil l'aproximació des de la quantificació del grau de fragilitat multidimensional esmentat en el punt anterior.</p> <p>Es proposen els GMA com a mesura indirecta i basada en els sistemes d'informació de la situació de multimorbiditat, amb l'avantatge que està disponible automàticament i que no implica temps addicional per part dels professionals.</p>	<p>No s'incorpora aquesta dimensió al mínim comú denominador de consens.</p> <p>No obstant això, els GMA estan disponibles de forma automàtica als sistemes d'informació.</p>
Valoració de la complexitat en MACA	<p>Aquí caldria distingir les eines de cribatge de persones amb perfil MACA dels instruments que permeten valorar la complexitat en el seu maneig.</p>	<p>El cribatge de persones en situació de final de vida/necessitats pal·liatives forma part de l'etapa 1 del model, i el</p>

	<p>Respecte al <u>cribratge</u>, actualment hi ha un consens a utilitzar l'instrument NECPAL 4.0 per a la identificació d'aquestes persones, que correspondria a la etapa 1 del model d'atenció individualitzat.</p> <p>Per altra banda, la major part de les societats científiques aposten per incorporar una <u>mesura del grau de complexitat per a persones en situació avançada</u>, com a facilitador de la indicació d'intervenció especialitzada en cures pal·liatives, i proposen la incorporació de l'HexCom-RED (versió reduïda de l'Hexàgon de complexitat).</p>	<p>NECPAL 4.0 és l'instrument d'elecció.</p> <p>Per a la valoració del grau de complexitat en el maneig d'aquestes persones, s'acorda utilitzar l'HexCom-RED.</p>
Funcionalitat en oncologia	<p>Genèricament hi ha acord sobre el fet que el consens de valoració funcional realitzat prèviament hauria de ser suficient per a la major part de pacients tributaris d'aquest consens. No obstant això, es valora la possibilitat d'incorporar alguna escala específica en pacients de perfil més jove amb malaltia oncològica, tipus Karnofsky, PPS o ECOG.</p>	<p>Tot i que no és prevista la incorporació d'aquestes escales de forma genèrica per a totes les persones, sí que caldria considerar-les en les persones amb malaltia oncològica de perfil jove.</p>
Espiritualitat	<p>Es reconeix que és un àmbit de valoració molt important i emergent –especialment en persones de perfil MACA– però que, probablement, requereix d'una aproximació més qualitativa que no pas a partir d'una mètrica concreta. Es consideraria oportú avançar en la valoració d'aquest apartat amb la creació d'un grup de treball específic.</p>	<p>Si bé és una dimensió a preveure en la valoració multidimensional (s'identifica amb una pregunta desencadenant (<i>trigger question</i>) en el VIG-express), es descarta la utilització d'un instrument específic.</p>
Valoració de la llar	<p>Es considera un àmbit de valoració important, especialment en atenció domiciliària, malgrat que no es disposa de cap escala validada ni d'una llista de control (<i>checklist</i>) estructurada validada. En el cas específic de sensellarisme, es posa en valor l'escala Ethos –si bé es considera massa específica per ser incorporada en aquest consens–.</p>	<p>No s'incorpora aquesta dimensió al mínim comú denominador de consens, si bé se'n recomana una valoració qualitativa.</p>
Experiència atenció	<p>Es valora més la necessitat d'utilitzar mètriques de resultat com a experiència d'atenció, i no tan com a dimensió de valoració integral. Es facilitarà alguna mètrica d'experiència d'atenció tipus IEXPAC, a disposició del grup de PREMs i PROMs d'HES.</p>	<p>En el moment actual no s'incorpora aquesta dimensió al mínim comú denominador de consens, si bé es proposa desenvolupar instruments senzills per valorar-la.</p>
Maltractaments i soledat	<p>Aquests dos aspectes, no vinculats a la llista de control (<i>checklist</i>) de valoració multidimensional ràpida (VIG-express), es</p>	<p>En el moment actual no s'incorpora aquesta dimensió al mínim comú</p>

	<p>consideren com dues realitats cada vegada més rellevants</p> <p>En relació amb els maltractaments, s'esmenten instruments com l'RVD-BCN, que donada la seva especificitat i profunditat (16 ítems), en el moment actual del projecte de consens es decideix deixar per més endavant la valoració de la seva inclusió.</p> <p>En relació amb la soledat, es pondera la necessitat d'incorporar mètriques senzilles (per exemple, les dues preguntes de l'escala EDSOL) ja en la fase de valoració multidimensional ràpida prèvia. A valorar en una segona versió de l'instrument VIG-express, per exemple-.</p>	denominador de consens, si bé es proposa revalorar-ho més endavant.
--	---	---

Taula 2: Proposta de consens del panell d'experts sobre les dimensions no incorporades inicialment, així com en relació amb les escales/eines a utilitzar per a cada una d'aquestes dimensions.

3.3 Fase 3: Validació per part del grup tècnic

A la taula 3 es pot visualitzar el resultat de la valoració per part del grup tècnic de les escales prioritzades pel panell d'experts.

ESCALES I EINES	Existeix				COMENTARIS/OBSERVACIONS
	ECAP	ARES	Argos	OpenEHR	
Lawton i Brody	X	X	X		No requereix tramitar llicència d'ús. A Argos hi ha dues versions en funció del sexe per resoldre el problema dels diferents rangs de resultats. S'acorda que seria millor una única escala. Hi ha algun estudi a Espanya en que no caldria fer diferències per sexes.
Índex de Barthel	X	X	X	X	Requereix permís d'utilització, que tramita BiblioPro a través de MAPI.
Pfeiffer	X	X	X		Es pot utilitzar sense restriccions.
MEC (Lobo)	X	X	X		Es pot utilitzar sense restriccions el Lobo. Per al MEC original no donen permís per incorporar-lo a cap sistema informàtic.
GDS Yesavage	X	X	X		No requereix tramitar llicència. La ideal seria la de 15 ítems. La de 10 seria bona i de la de 5 n'hi ha diverses versions, alguna d'elles amb bones propietats. A ECAP i a Argos hi ha les de 5 ítems.
DME					Disposat a cedir els permisos d'ús amb signatura de conveni. El grup tècnic proposa emprar com a alternativa l'escala de benestar emocional o l'HADS. Altres alternatives gratuïtes són el PHQ-9 i el GAD-7.

Cornell				X	Requereix llicència. Hi ha versió espanyola validada. Té tarifes.
Escala sociofamiliar TSO					Està en castellà i català. S'ha arribat a un acord de cessió de llicència.
Escala de Zarit	X	X	X		Requereix llicència. S'han corregit els rangs que hi havia a l'ECAP, que estaven malament. Els formularis IS3 i a Argos estan bé. Les versions de menys de 12 ítems tenen una baixa especificitat. Les de 22 i 12 serien les ideals.
Self Sufficiency Matrix (SSM-Cat)					Hi ha diverses versions. Una d'elles està desenvolupada per la Generalitat.
Escala Oslo 3	X		X		No hi ha versió en castellà ni en català validades.
Confusional Assessment Method (CAM)	X				És una escala clínica que no precisa llicència. Hi ha traducció validada.
Braden	X	X	X	X	Les dues són acceptables, sense gaire diferències entre elles.
EMINA					Són més sensibles que específiques.
Timed Up & Go	X	X		X	No requereix llicència.
Escala de Dowton				X	No requereix llicència.
SPPB					No necessita llicència. Hi ha valors de referència per a Espanya.
Escala de Tinetti	X	X	X		No requereix llicència. No s'ha trobat la validació espanyola.
MNA	X	X	X	X	No requereix llicència. Existeix traducció oficial a l'espanyol.
EAT-10	X	X	X		Validada en castellà i català. Copyright Nestlè. Se n'ha obtingut el permís.
Test volum-viscositat	X	X			Està desenvolupada a Catalunya.
Edmonton Symptoms Assessment Systems (ESAS)	X	X	X	X	Hi ha dues versions. La revisada es pot emprar de forma gratuïta a través del BiblioPro. A OpenEHR s'ha trobat la modificada. A validar que estem parlant de la mateixa.
PAINAD				X	Hi ha diverses validacions. S'ha demanat autorització.
EuroQol					L'algoritme per calcular les puntuacions està validat a Espanya. La ideal seria la 5D-5L. Per signar conveni, els autors han de validar la versió electrònica que es posarà al sistema i que s'està construint.
ARMS	X				Validada a Espanya.
ICIQ-UI	X				
Gérontopôle	X	X	X		No està validada, però a la web hi ha les versions castellana i catalana.
HexCom-RED	X				
Necpal 4.0	X				Escala disponible en català, espanyol i anglès. Els autors donen permís gratuïtament per utilitzar-la.
Índex Fràgil-VIG	X				Escala validada en català, espanyol i anglès. Els autors donen permís gratuïtament per utilitzar-la.

Taula 3: Resultat de la valoració per part del grup tècnic de les escales prioritzades pel panell d'experts.

4. Consens final

DIMENSIÓ		ESCALA/EINA D'ELECCIÓ		
Activitats instrumentals de la vida diària		Escala de Lawton i Brody		
Activitats bàsiques de la vida diària		Índex de Barthel		
Cognitiva	N1 (valoració bàsica)	Test de Pfeiffer		
	N2 (valoració avançada)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEC (Lobo) ▪ Test de l'Informador 		
Emocional	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sd. depressiva: GDS Yesavage (versió de 5 ítems). ▪ Malestar emocional (especialment en la població oncològica): DME 		
	N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GDS Yesavage (versió 15 ítems) ▪ Per a persones amb demència: Escala de Cornell 		
Social	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risc social: escala sociofamiliar TSO ▪ Sobrecàrrega cuidador: Test de Zarit (7 ítems) 		
	N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoració de complexitat social: Self Sufficiency Matrix (SSM-Cat) ▪ Sobrecàrrega cuidador: Test de Zarit (22 ítems) ▪ Recolzament social percebut: Escala Oslo 3 		
Sd. geriàtriques	Delírium	N1 (valoració bàsica)	Confusional Assessment Method (CAM)	
		N2 (valoració avançada/específica)	Test 4AT	
	Úlceres	Escala de Braden		
	Caigudes/trastorns marxa	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prova d'execució física: Timed Up & Go (TUG) ▪ Test: Escala de Downton 	
		N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prova d'execució física: SPPB ▪ Test: Escala de Tinetti 	
Desnutrició	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MNA-SF (5 ítems) 		

		N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MNA (17 ítems)
	Disfàgia	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EAT-10
		N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test volum-viscositat
	Incontinència urinària	ICIQ-UI SF	
Valoració de símptomes	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edmonton Symptoms Assessment Systems (ESAS) 	
	N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per a la valoració del dolor en persones amb demència: PAINAD 	
Qualitat de vida	N1 (valoració bàsica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala visual analògica (“termòmetre” EuroQOL de valoració) 	
	N2 (valoració avançada/específica)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Euroqol 5D (versió 5D-3L vs 5D-5L) 	
Adherència al tractament	Escala ARMS		
Fragilitat	Cribratge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gérontopôle Frailty Screening Test (GFST) 	
	Quantificació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Índex Fràgil-VIG (IF-VIG) 	
Final de vida	Cribratge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necpal 4.0 	
	Valoració complexitat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HexCom-RED 	

Taula 4: Proposta final de consens

5. Bibliografia

1. Santaèugènia SJ, Contel JC, Vela E, et al. Characteristics and service utilization by complex chronic and advanced chronic patients in catalonia: A retrospective seven-year cohort-based study of an implemented chronic care program. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(18):1–20.
2. Goodwin C. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(1):15–8.
3. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;
4. Sonola L. Oxleas Advanced Dementia Service Supporting carers and building resilience.
5. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care* 2016;16(4):1–4.
6. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med [Internet]* 2015 [cited 2015 Jan 24];6(2):189–194. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764915000042>
7. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc [Internet]* 2016;18(3):195–9. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.017>
8. Overcash JA, Beckstead J, Extermann M, Cobb S. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA): A retrospective analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;54(2):129–36.
9. Aliberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Heal Aging* 2019;23(3):286–90.
10. Amblàs-Novellas J, Contel JC, Gutiérrez Jiménez N, Barbeta C, Santaèugènia S. VIG-Express: Consensus on an express multidimensional/geriatric assessment system in Catalonia. *Aten Primaria [Internet]* 2021;53(4). Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101993>
11. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;52(3):119–23.

12. 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).
13. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* [Internet] 2011 [cited 2014 Feb 25];343:d6799. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22034147>
14. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.

6. Annexos

6.1 Annex 1: Qüestionari per als professionals

DIMENSIONS

Quines dimensions penses que cal explorar en l'avaluació multidimensional transversal (**mínim comú denominador** entre diferents professionals i especialitats) de les persones amb problemes crònics de salut, especialment d'aquelles amb fragilitat, multimorbiditat/pluripatologia, complexitat (PCC) o cronicitat avançada (MACA)?

		Totalment en desacord			Totalment d'acord	
		1	2	3	4	5
Funcional	Activitats instrumentals de la vida diària (AIVDs)					
	Activitats bàsiques de la vida diària (ABVDs)					
Mental	Emocional					
	Cognitiva					
Social	Risc social					
	Complexitat social					
	Recolzament social percebut					
	Sobrecàrrega del cuidador					
Nutricional						
Síndromes geriàtriques	Úlceres					
	Caigudes					
	Delírium					
	Disfàgia					
Síntomes						
Qualitat de vida						

Quines dimensions hi trobes a faltar?

ESCALES

Per a la valoració de la dimensió **funcional/AIVDs**, inicialment es proposa la utilització de l'**Escala de Lawton i Brody**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord		Totalment d'acord		
1	2	3	4	5

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

--

Per a la valoració de la **dimensió funcional/ABVDs**, inicialment es proposa la utilització de l'**Índex de Barthel**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord			Totalment d'acord		
1	2	3	4	5	

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

--

Per a la valoració de la **dimensió cognitiva**, inicialment es proposa la utilització d'algunes de les següents escales. Amb quines d'elles hi estàs més d'acord?

	Totalment en desacord		3	Totalment d'acord	
	1	2		4	5
Mini-Mental State Examination (MMSE) (cognitiva)					
Test de Pfeiffer (cognitiva)					
Mini-COG (cognitiva)					

Proposaries alguna altra escala/eina?

--

Per a la valoració de la **dimensió emocional**, inicialment es proposa la utilització de l'**escala de depressió de Yesavage**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord			Totalment d'acord		
1	2	3	4	5	

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

--

Per a la valoració de la **dimensió social**, inicialment es proposa la utilització d'algunes de les següents escales/eines. Amb quines d'elles hi estàs més d'acord?

	Totalment en desacord		3	Totalment d'acord	
	1	2		4	5
Escala de Gijón (risc social)					
Self-Sufficiency Matrix (complexitat social)					
Escala Oslo 3 (recolzament social percebut)					
Test de Zarit (sobrecàrrega del cuidador)					

Proposaries alguna altra escala/eina?

Per a la valoració de la **dimensió nutricional**, inicialment es proposa la utilització de la versió curta del **Mini-Nutritional Sassessment (MNA-SF)**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord		3	Totalment d'acord	
1	2		4	5

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

Per a la valoració d'algunes de les principals **síndromes geriàtriques**, quines són les escales que al teu parer s'haurien d'emprar?

	Totalment en desacord		3	Totalment d'acord	
	1	2		4	5
Delírium: Confusional Assessment Method					
Úlceres per pressió: Escala de Braden					
Úlceres per pressió: Escala de Norton					
Caigudes/trastorn de la marxa: Escala de Tinetti					
Disfàgia: EAT-10					

Proposaries alguna altra escala/eina?

Per a la valoració de la **dimensió símptomes**, inicialment es proposa la utilització de l'**Edmonton Symptom Assessment Sytem (ESAS)**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord		3	Totalment d'acord	
1	2		4	5

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

Per a la valoració de la **dimensió qualitat de vida**, inicialment es proposa la utilització de l'**Euroqol 5D**. Hi estàs d'acord?

Totalment en desacord			Totalment d'acord	
1	2	3	4	5

En cas de desacord, quina altra escala/eina proposaries?

Si has trobat a faltar alguna dimensió, quina escala/eina proposaries per a la seva valoració?

Vols fer **algun altre comentari** respecte a les escales a emprar en la valoració multidimensional de les persones amb problemes crònics de salut, especialment d'aquelles amb fragilitat, multimorbiditat/pluripatologia, complexitat (PCC) o cronicitat avançada (MACA) ?

6.2 Annex 2: Respostes realitzades als camps oberts del qüestionari

Comentaris sobre les escales proposades inicialment

Utilització de les mateixes eines a tots els àmbits / Incorporar incontinència urinària i fecal / Valorar caigudes en la marxa / Utilitzar Time up & Go / Valorar dèficits sensorials / Alguns proposen "Short Physical Performance Battery" (SPPB) / Diferències de valoració UPP a hospital i AP / Utilitzar Time up & Go / Utilitzar els ítems de l'EAT 10 en exploració/entrevista, focalitzant en allò que calgui / Diferències valoració UPP a hospital i AP / SPPB / Time up & Go / Downton de caigudes / OHRQL (Oral Health related Quality of Life) / Tinetti no es considera gaire pragmàtica / EAT-10 és massa llarga / Dawton en caigudes / SSPB / Time up & go / Limitar nombre d'escales /

Dimensions no valorades inicialment

Adherència a tractament / Índex de fragilitat / Espiritualitat / Barreres arquitectòniques a la llar / Polifarmàcia / Grau complexitat / Alteracions sexuals / Alteració en la vista i l'oïda / Incontinència urinària i fecal / Dolor / Grau de dependència / Intensitat terapèutica / Polifarmàcia / Risc de mort / Valors i preferències / Incontinència / Trastorns de conducta / Espiritual / Sensorial (vista i oïda) / Soledat / Voluntats i preferències del pacient / Barreres arquitectòniques a l'habitatge / Polifarmàcia / Restrenyiment / Recursos econòmics / Capacitat intrínseca del cuidador, al marge de la sobrecàrrega / "Les escales cal utilitzar-les en funció de la clínica del pacient. No té sentit, per exemple, aplicar una escala d'AIVD a un pacient amb demència molt avançada" / "Plantejaríem: davant d'una determinada situació clínica (ex. pacient MACA que consulta a urgències), quines escales consensuem?" / Xarxa social i familiar "real" / Dimensió digital / Entorn físic (habitatge) / Dimensió econòmica / Accessibilitat a serveis comunitaris / Maltractaments.

Escales per valorar les dimensions no previstes inicialment

Es considera que Euroqol és poc clar però no es veu alternativa (SF-36, SF-12) / Escala WHOQOL-BREF, escala SEIQoL-DW, escala FUMAT (més enfocada en serveis socials) / Valoració del dolor / Quantificar la situació de fragilitat, PCC i MACA / Valoració riscos de la llar +++ / IEXPAC en experiència atenció / Adherència (no es veu alternativa a Morinski Green) / Get up (Time up) and go / Autotest d'iniciativa nutricional (Washington). Es valoren més ràpides que Tinetti i MNA / Valorar situació de PRE-fragilitat/PCC/MACA / Utilitzar els ítems de l'EAT 10 en

exploració/entrevista, focalitzant en allò que calgui, però sense haver de passar l'escala / Versió curta MNA-SF / Test up-and-go / SPBB / Delírium:4AT / Downton en caigudes / Escala 4AT per a la valoració de delírium / OHrQL (Oral Health related Quality of Life) / Tinetti no és gaire pragmàtica i poc traslladable a totes les disciplines / Karnofsky / SF-12 / WHOQOL- BREF, en cas de demència Qualid / Escales autocora / Dimensió espiritual: GES / Hexàgon complexitat (HexCom) / Cornell depressió en demències / Índex Charlson / Dawton en risc caigudes / L'escala EAT-10 és massa llarga / Dimensió espiritual: GES/FACIT / Complexitat global: HexCom / Ansietat-depressió: Esc. Goldberg / Escales DME-E i DME-C en persones i cuidadors / HexCom / La dimensió espiritual és millor valorar-la sense escales / MNA-SF / SSPB / Time up & Go / Massa escales / MECV-V per a disfàgia / kanofsky en pacient oncològic / Espiritualitat (tb amb entrevista) / Soledat (?) / Escala Numèrica per Avaluar Síntomes Espirituals (ENESE) / Ethos per a habitatge / Escala Qualitat de Vida Sevilla / Qüestionari satisfacció familiar (CSF)

Altres comentaris

Passar escales segons necessitat, no cal passar-les totes només perquè el pacient tingui la identificació de PCC o MACA / Introduir Fràgil VIG / NECPAL 4.0/Hexàgon de la complexitat en atenció pal·liativa, PPS (paliative performance scale), ECOG / Evitar excés d'escales / VGI-express permetria una valoració integral del pacient / "Màxim 5-7 escales per definir la situació de la persona" / "Tenir en compte situacions com la demència. Adequar les escales a condicions específiques" / Evitar registres llargs i pesats / Incorporar valoració dolor / HexCom / DME persona i cuidador / Valoració solitud / DMC / valoració NECPAL 4.0 i situació evolutiva / Cercar eines estandarditzades breus / NO "escalitis", cercar valoració "bàsica" / Utilitzar la CFS / "No valorar la dimensió social" / Valorar desitjos i voluntat de persona i cuidador/ "Denominar sempre la dimensió social com a DIMENSIÓ SOCIAL SANITÀRIA perquè no s'ha de confondre amb problemàtiques socials no relacionades amb la malaltia o purament socials"

6.3 Annex 3: Enllaços d'accés a les escales i eines consensuades

A continuació es relacionen els enllaços de totes les escales esmentades i prioritzades:

ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA:

- [Escala de Lawton i Brody](#)

ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA:

- [Índex de Barthel](#)

VALORACIÓ COGNITIVA:

- [Test Pfeiffer](#)
- [MEC \(Lobo\)](#)

VALORACIÓ EMOCIONAL:

- [Sd. depressiva: GDS Yesavage \(versió de 5 ítems\)](#)
- [GDS Yesavage \(versió de 15 ítems\)](#)
- [Escala Malestar emocional \(especialment en població oncològica\) DME](#)
- [Escala de Cornell \(valoració emocional en persones amb demència\)](#)

VALORACIÓ SOCIAL:

- [Risc social escala sociofamiliar TSO](#)
- [Test de Zarit \(7 ítems\)](#)
- [Test de Zarit \(22 ítems\)](#)
- [Valoració de complexitat social Self Sufficiency Matrix \(SSM-Cat\)](#)

VALORACIÓ DE SÍNDROMES GERIÀTRIQUES:

Valoració síndrome confusional:

- ["Confusional Assessment Method" \(CAM\)](#)
- ["4AT"](#)

Valoració de ferides:

- [Escala de Braden](#)
- [Escala EMINA](#)

Risc de caigudes i trastorn de la marxa:

- [Timed Up & Go](#)
- [Escala de Downton](#)
- [SPPB](#)
- [Escala de Tinetti](#)

Valoració de l'estat nutricional

- [MNA-SF \(5 ítems\)](#)
- [Valoració de l'estat nutricional MNA \(17 ítems\)](#)

Valoració de la disfàgia

- [EAT-10](#)
- [Test volum-viscositat](#)

VALORACIÓ DE SÍMPTOMES:

- [Edmonton Symptoms Assessment Systems" \(ESAS\)](#)
- [Valoració del dolor en persones amb demència PAINAD](#)

VALORACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT:

- [Euroqol 5D](#)

ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT:

- [Escala ARMS](#)

VALORACIÓ DE LA FRAGILITAT:

- [Gérontopôle Frailty Screening Test \(GFST\)](#)
- [Índex Fràgil-VIG \(IF-VIG\)](#)

VALORACIÓ FINAL DE VIDA:

- [Necpal 4.0](#)
- [HexCom-RED](#)