

Persona gran que vius sola: estudi del seu entorn sociofamiliar i factors de salut associats

Presentat per l'equip format per: **Marta Ortega Bravo** (investigadora principal: mortegabravo@yahoo.es), M. Dolores Rodrigo Claverol, Gloria Gimenez Romeo, Blanca Manuel Martí, Teresa Solà Cinca, Maria Casamajor Escuer, Teresa Olarte Coll, G. Galindo Ortego, M. Oró i J. R. Marsal Mora.

A) INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS DE L'EXPERIÈNCIA (Citar les referències incloses en l'apartat següent)

L'envelliment de la població és un fet que afecta la població mundial. Els grups de persones de 65 anys i més comencen a ser un segment important en tots els països. Les dades de les Nacions Unides mostren una població mundial de 6.515 milions de persones, de les quals 477 milions tenen 65 i més anys, representen el 7.3% del total¹.

En Espanya, segons dades avançades del Padrón Municipal de Habitantes (PMH) a 1 de gener de 2008, les persones de més de 65 anys ja són una xifra aproximada de 7.700.000 i representen el 17% de la població, lo que ens situa entre els 5 països de la Unió Europea(UE) amb major nombre de persones en edat avançada i entre els 4 països del món amb la població més envellida . Segons el PMH de 2007 les persones de més de 80 anys suposen el 4.5% de la població total i un 27.2% de la població. Les estimacions futures avancen que pel 2060 el percentatge de població octogenària serà del 13.1% i el 44% de la població major espanyola¹.

Aquestes dades demogràfiques que posen en evidència la tendència a l'envelliment progressiu de la població també reflecteixen una distribució mundial a expenses del sexe femení. A començaments del segle XX el nombre de dones grans superava al dels homes en un 10.3%. Avui en dia, aquesta xifra ha augmentat fins al 36.1%¹.

En l'actualitat les àrees rurals es caracteritzen per tenir una proporció de persones grans més elevada a la mitja nacional. En els municipis de menys de 2.000 habitants les persones grans conformen el 27.2% de la població total. En les àrees urbanes, amb una població superior als 10.000 habitants, les persones grans són el 15.5%. Tot i així, la realitat és que el 72.6% de les persones grans viuen en municipis classificats com urbans, essent una part residual, el 10.5% les que viuen en localitats rurals. Tot i que els espais rurals tenen un índex d'envelliment superior, és en les grans ciutats on viu la major part de la població de 65 i més anys¹.

Aquest envelliment poblacional és el resultat d'una taxa de natalitat molt estable, el descens de la mortalitat i l'increment de l'esperança de vida (EV) . Es defineix EV al promig d'anys que s'espera que visqui un individu des del naixement fins la seva mort. És un dels indicadors principals que reflecteixen els avenços d'una sanitat i és la manera clàssica d'aproximar-se al estat de salut de la població. L'EV mundial es situa al 2005, segons les Nacions Unides, en 67.2 anys d'edat (65 pels homes i 69.5 per les dones)¹. Les xifres publicades per Eurostat en 2006 mostren que l'EV a la UE és de 74.6 anys en homes i de 80.9 en dones. La població espanyola es situa entre les més altes de la UE, per les dones és de 84.4 anys davant dels 77.7 anys dels homes en la mateixa situació.

L'edat és una variable epidemiològica important ja que el percentatge de persones amb dependències, comorbiditat, desnutrició, deteriorament cognitiu, necessitats socials, demanda de serveis sanitaris, socio-sanitaris i social entre d'altres s'incrementen amb l'edat , , , . Però com a criteri aïllat l'edat es insuficient per identificar i quantificar la població en situació de vulnerabilitat, ja que ens trobem que la gent gran com a grup de població és força heterogènia amb característiques i necessitats molt variades^{5,6}, , . Per exemple, diferenciar si les persones grans viuen en zona rural o urbana és important tant des del punt de vista de política social com de planificació de serveis. En la ciutat, la concentració de persones d'edat facilita la disposició de recursos i l'atenció directa a l'usuari. En el mitjà rural, la dispersió de la població gran en nuclis petits dificulta la prestació de serveis. La situació i les necessitats de la gent gran estan determinades per un conjunt de variables d'etiologia molt diversa. A part dels canvis fisiològics propis de l'envelliment, trastorns crònics de salut, trastorns sensorials, pèrdues d'autonomia i de capacitat funcional, ocupen un lloc molt important l'estructura familiar i de l'entorn i les variables socioeconòmiques. Cal destacar entre d'altres l'increment de persones que viuen soles, la manca de persones cuidadores, les condicions dels habitatges i les barreres arquitectòniques de l'entorn, els recursos econòmics limitats o insuficients, etc.⁹

El concepte de salut en la gent gran està estretament relacionat amb el de pèrdua d'autonomia i amb la de incapacitat. El deteriorament funcional en les persones grans és el principal indicador de fragilitat i un bon predictor de la morbimortalitat i del consum de recursos assistencials. Dins d'aquest context la fragilitat s'entén com la disminució progressiva de la capacitat de reserva i adaptació de l'homeòstasi de l'organisme que es produeix amb l'envelliment, està influenciada per factors genètics i biològics i s'accelera per malalties cròniques i agudes, hàbits tòxics i condicionants socials i assistencials. A partir d'un llindar determinat, la fragilitat comporta una major vulnerabilitat davant la malaltia, un increment del risc de desenvolupar deteriorament funcional amb la conseqüent dependència en les activitats de la vida diària i, en última instància, la mort .

Els reptes que es plantegen des de l'àmbit sanitari són entre d'altres: mantenir la qualitat de vida i la seva autonomia, promoure un envelliment actiu, desenvolupar el sistema formal e informal de cures, garantir la cobertura de les necessitats i aportar suport emocional a les persones grans i als seus cuidadors.

BIBLIOGRAFIA

- Las personas mayores en España. IMSERSO. Informe 2008.
- 2 World population prospects: The 2004 Revision
- 3 La població vulnerable a Barcelona. Consorci sanitari de Barcelona. Informe 2007.
- 4 Eurostat Data Navigator Tree 2006
- 5 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc. Activitats preventives per a la gent gran. Barcelona 1999.
- 6 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període 2003-2005. Barcelona 2003.
- 7 Jimenez MT, Gonzalez P, Martín José. La clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Pública 2002;76:271-79
- 8 Varela J, Castells X, Riu M et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. Gac Sanit 2000;14(3):203-9.
- 9 Fernando J, Borrell C, Rodriguez M. La salut de la gent gran de Barcelona. Estudis/Monografies
- 0 Ajuntament de Barcelona. Agència de Salut Pública. Barcelona 2003
- 1 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona 2003
- 2 Blas Fernández, E.; De la Torre Solís, C.; López Madroñero, T. Anciano frágil o de riesgo en Canillas de Aceituno
- 3 Pérez Fuentes M.F, Castillo Castillo R, Rodríguez Toquero J, Martos López E, Morales Mañero A. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedcada. Medicina de Familia 2002 (3)N.¼ 1:23-28
- 4 Manual d' Atenció Primària SCMFIC 2003
- 5 Full de monitoratge de la història clínica informatitzada del programa e-CAP el Servei Català de Salut
- 6 Cid J, Damián J. Evaluación de la incapacidad: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública 1997; 71 (2): 127-137
- 7 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.
- 8 Garcia-Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer . Rev Esp GERATR Gerontol 1992; 27:129-133
- 9 Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 173: 37-49
- 20 Tinetti M, Gintgen SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients Standard neuromuscular examination on direct assessment. JAMA 1988;259:1190-93
- 21 Martín Peña G. Valoración del estado nutricional. Nutrición en atención primaria. 2001: 43-54
- 22 Influencia de la morbilidad, control metabólico y uso de recursos de los sujetos en situación de riesgo cardiovascular en el ámbito de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2008 Sep;40(9):447-54. Sicras-Mainar A., Velasco-Velasco S., Gonzalez-Rojas G., Clemente-Igeno C., Rodriguez-Cid J.L

C) DESCRIPCIÓ DE L'EXPERIÈNCIA

3.1 Tipus d'estudi:

Estudi descriptiu transversal, multicèntric d'intervenció del tipus: abans i després.

3.2 Població i àmbit:

La població a estudi són pacients majors de 74 anys assignats a dos CAPs urbans i un CAP rural. Caldrà que consti el condicionant "viu sol" codi Z60.2 en la història clínica informatitzada dels usuaris en cada centre de salut.

En la taula 1 es detalla la població assignada i la de més de 74 anys dels centres de l'estudi.

Taula 1. Població del estudio

Centre d'Atenció Primària (CAP)	Població assignada	Població >74 anys
Bordeta-Magraners	15.940	964
Cappont	14.532	971
Almacelles	8.850	1077

Criteris d'inclusió:

- Majors de 74 anys.
- Pacients assignats a qualsevol dels 3 CAP que participen en l'estudi.
- Pacients que viuen sols.

Criteris d'exclusió:

- Pacients que viuen amb la parella o un familiar i/o cuidador.
- Aquells que un cop informats no vulguin participar en l'estudi.

3.3 Mida de la mostra:

La mostra seran tots els pacients que compleixin criteris d'inclusió i cap criteri d'exclusió.

El període de detecció de la gent gran que viu sola serà de 2 mesos. Es revisaran tots els pacients majors de 74 anys i es detectaran quins són els que viuen sols i s'identificaran amb el codi Z60.2 en la seva història de salut.

3.4 Previsió de pèrdues de seguiment:

- Pacients que presentin un deteriorament de la seva salut que els impedeixi continuar vivint sols i per tant en la participació de l'estudi.
 - Pacients que per voluntat pròpia no vulguin seguir en l'estudi.
 - Pacient que causin èxitus.

3.5 Intervenció:

La intervenció es realitzarà en el domicili del pacient durant el període de novembre de 2009 a maig de 2010. La infermera i/o la treballadora social contactaran amb el pacient via telefònica per concretar dia i hora de la visita domiciliaria.

Durant la visita al domicili del pacient es revisarà la farmaciola, es realitzarà la valoració social, la detecció i la prevenció dels riscos de la llar i es passaran les escales corresponents que es descriuen en l'apartat de variables de l'estudi.

Passats 6 mesos de la intervenció es revaluarà la situació dels pacients estudiats amb els mateixos tests i escales.

Activitats d'intervenció:

- Control de polifarmàcia i possibles fàrmacs acumulats a la llar. Cal considerar la medicació prescrita pel facultatiu així com l'automedicació.

III Premi a la Innovació en Processos d'Atenció i Organització en Atenció Primària

Prèviament a la visita al domicili s'haurà revisat la medicació activa del pacient i s'imprimirà el full de medicació actualitzat, per tal que la infermera i/o la treballadora social puguin desenvolupar aquesta intervenció.

- Detecció i prevenció de riscos a la llar. S'aconsellarà i s'indicarà una possible millora.
- Detecció del possible risc social. Aconsellar i/o gestionar els recursos socials si s'escau.
- Informació de les activitats i recursos que ofereixen: l' Ajuntament, el Consell Comarcal i altres centres d'interès.
- Valoració de l'estat cognitiu i derivació al seu metge de família en cas de que es detecti deteriorament.
- Valoració de l'estat anímic i derivació al seu metge de família en cas de que es detecti depressió.
- Avaluació de l'estat funcional per a les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. Si es detecten deficiències derivar al seu metge de família per valorar teràpia ocupacional.
- Valoració de l'estat nutricional. Si resulta deficient es podrà prestar consell nutricional en la mateixa visita.

3.6 Personal que intervé en el programa

Membres dels Equips d'Atenció Primària que participen en el projecte:

- 10 infermer/es
- 2 treballadores socials
- 2 metgesses de família

Amb el suport de la Unitat de Recerca a l' Atenció Primària IDIAP Jordi Gol. També es compta amb 2 estudiants de 3r. Curs de Treball Social en pràctiques de l' Escola Universitària de Treball Social de la UdL en pràctiques.

3.7 Variables de l'estudi

A. Variables resposta: s'avaluaran a l' inici de l'estudi i als 6 mesos de la intervenció.

- Polifarmàcia: pacient de més de 65 anys que pren 5 o més fàrmacs diaris durant 6 mesos o més , .
- Escala de valoració social en l'ancià : valora la situació familiar, situació econòmica, habitatge, relacions socials i suport a la xarxa social.
- Escala de recursos socials (OARS) : valora l'estat civil, el nucli de convivència, relacions amb la família i l'entorn, la soledat i l'existència de cuidador/a.
- Indicadors de risc social¹⁵: valora l'existència de risc social.
- Escala de Barthel : valora les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), mesura les funcions imprescindibles per cobrir les necessitats bàsiques de la persona.
- Escala de Lawton i Brody : valora les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).
- Test cognitiu de Pfeiffer : valora la memòria, l'orientació i la capacitat d'executar tasques seriades aritmètiques.
- Escala de depressió geriàtrica de Yesavage-5 : prova de cribratge per a la depressió en ancians. No es basa en símptomes somàtics, sinó en aspectes afectius.
- Escala de Tinetti : valora l'equilibri i la marxa.
- Mini nutricional assessment : avalua el grau de nutrició.

B. Variables control

- Edat en el moment de la inclusió
- Sexe
- Estat civil: solter/a, separat/da, divorciat/da, vidu/a
- Pèrdua recent de la seva parella, menys d'un any
- Nivell d'instrucció: analfabet, estudis primaris, estudis secundaris, títol mig, estudis superiors

-Nivell econòmic: ingressos entre 300-600 euros, 600-1000 euros i més de 1000 euros.

-Antecedents patològics, segons l'Índex de Charlson .

-Tractament farmacològic habitual per grups terapèutics: antihipertensius, ansiolítics, neurolèptics, hipnòtics, antiarítmics, opiacis, antidiabètics orals, insulina, antidepressius, anticoagulants, analgèsics i/o AINES, antiparkinsonians, antiepilèptics.

-Nombre de caigudes en els darrers 6 mesos

-Nombre de visites domiciliàries realitzades per qualsevol personal del CAP durant el mes previ a la intervenció

-Nombre d'ingressos hospitalaris en el darrer any

-Identificar al cuidador principal

3.8 Full de recollida de dades

3.9 Anàlisi de les dades

S'introduiran totes les dades dels pacients i les variables recollides en una base de dades. Una vegada finalitzada aquesta recollida la Unitat de Recerca realitzarà l'anàlisi estadístic per a avaluar la resposta a la intervenció i altres factors associats.

Es realitzarà un estudi descriptiu quantitatiu i gràfic de totes les variables incloses, expressant els resultats de les escales quantitatives en forma de mitja, mitjana, desviació típica i rang per grup. També es valorarà el canvi en les escales a través de les diferències respecte als valors basals de cada individu.

Es comprovaran els supòsits de normalitat de les escales i el canvi de les mateixes al final de l'estudi per a determinar l'aplicabilitat dels tests estadístics paramètrics habituals.

Com a mesura de resultat es calcularà el número i % de pacients que milloren en les diferents escales registrades. Així com es calcularà el RR de millora de les valoracions post-intervenció respecte a les valoracions inicials. En els dos casos s'estimarà el Interval de confiança del 95% dels paràmetres mitjançant aproximació normal.

Es contrastaran les diferències entre variables qualitatives mitjançant el contrast de Chi-cuadrat. Per les variables contínues s'estudiarà la hipòtesis de normalitat mitjançant la prova de Kolmogorov-Smirnov i segons els resultats s'aplicaran proves paramètriques o no paramètriques. En el cas de les proves paramètriques s'utilitzarà la t-Student o la anàlisi de la variabilitat ANOVA. En el cas d'aplicar contrastos no paramètrics s'utilitzaran les proves de U de Mann-Whitney o bé la Kruskal-Wallis, segons els nivells de la variable independent.

En tota la anàlisi s'utilitzarà una significació de 0.95 (error alfa=0.05) i s'utilitzarà el softwar SPSS.

3.10 Limitacions i dificultats de l'estudi

Una de les limitacions és la forma de contacte telefònic ja que hi ha la possibilitat d'errors en els números de telèfons registrats a la història que impedeixen el primer contacte.

Les característiques de la gent gran poden comportar l'empitjorament del seu estat de salut i/o èxits que impedeixi la participació en l'estudi. La desconfiança podria impedir l'accés al domicili.

D) DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE D'AVUACIÓ

FULL DE RECOLLIDA DE DADES

Variables contextuais:

Sexe:

Edat:

Estat civil: Solter/a Separat/da Divorciat/da Vidu/a

Nivell d'instrucció

Analfabet

E. Primaris

E. Secundaris

T. Mig

E. Universitaris

Viduïtat Si (<= 1 any, >1any)

No

Tipologia de recursos que utilitza:

Ajut extern SI: Familiar Assalariat Altres

Ajut extern NO:

Característiques de la situació:

Nombre caigudes darrers 6 mesos:

Nombre de visites domiciliàries darrer mes:

Visites familiars darrer mes:

Ingressos hospitalaris darrer any:

Altres:

Variables mediadores:

Valoració sociofamiliar:

Mini nutricional assessment:

5. Variables dependents o de resultat:

- LOBO:

- BARTHEL:

- YESAVAGE-5:

- CHARLSON:

- TINETTI:

- LAWTON i BRODY:

E) APLICABILITAT I UTILITAT PRACTICA

Durant la nostra pràctica diària detectem problemes amb les persones que viuen soles relacionades amb la higiene, l'alimentació, les caigudes, la depressió, la precarietat econòmica, l'incompliment en les visites a especialistes, l'aïllament social etc. que fan reflexionar sobre com optimitzar la relació amb la gent gran i millorar la qualitat de vida a mesura que la persona va envellint.

Tot plegat ens obliga a conèixer, en primer lloc, quin és el grau de dependència per les activitats bàsiques de la vida diària d'aquests pacients. En segon lloc, quin és el seu nivell de suport disponible, així com les seves necessitats no cobertes, per tal de poder planificar i intervenir adequadament en la cura als nostres grans. Per últim, avaluarem l'eficàcia de la intervenció realitzada.

Historial científic i l'experiència de l'equip investigador

Investigador Principal

Marta Ortega Bravo, Doctora en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Lleida Cum Laude. Metgessa de Família i Comunitària. ACOE. Diplomat de Sanitat. ABS Cappellet. Lleida

Coautors

- M. Dolores Rodrigo Claverol, Grau de Llicenciatura amb excel·lent, Suficiència investigadora Excel·lent. ACOE. Metgessa de família. ABS Bordeta. Lleida
- Gloria Gimenez Romeo, Diplomada en Infermeria. ABS Cappellet. Lleida
- Blanca Manuel Martí, Diplomada en Infermeria. ABS Bordeta
- Teresa Solà Cinca, Diplomada en Infermeria. ABS Almacelles
- Maria Casamajor Escuer, Diplomada en Treball Social. Llicenciada en Ciències del Treball. ABS Cappellet i Bordeta. Lleida
- Teresa Olarte Coll, Diplomada en Treball Social. ABS Almacelles

Col·laboració: Unitat de Recerca IDIAP Gol

- G. Galindo Ortego. Tècnic de la Unitat de Suport a la Recerca. Fundació IDIAP Jordi Gol - ICS. Metgessa de Medicina de Família. ABS Ronda. Lleida
- M. Oró, Tècnic de la Unitat de Suport a la Recerca. Fundació IDIAP Jordi Gol - ICS. Diplomada en Infermeria. ABS Ronda. Lleida
- J. R. Marsal Mora. Llicenciat en Ciències i Tècniques Estadístiques. Tècnic de la Unitat de Suport a la Recerca. Fundació IDIAP Jordi Gol - ICS.