

# Registre de Demències de Girona

Metodologia

- Entitats promotores:



/Salut

Salut/Servei  
Català de la Salut

- Entitats col·laboradores:

**IAS**

Institut d'Assistència  
Sanitària



Institut Català de la Salut  
**Gerència Territorial Girona**



**Serveis de Salut Integrats**  
Baix Empordà



HOSPITAL d'OLOT  
COMARCAL DE LA GARROTXA



Corporació de Salut  
del Maresme i la Selva



HOSPITAL DE CAMPDEVANOL  
Hospital Comarcal del Ripollès



**Fundació**  
Salut Empordà

## Índex

1. Descripció de la població sota vigilància .....	04
2. Definició del cas .....	07
3. Registre del cas.....	08
4. Estimació de la cobertura diagnòstica.....	09
5. Referències.....	10

## **1. DESCRIPCIÓ DE LA POBLACIÓ SOTA VIGILÀNCIA**

### ***1.1 Àrea geogràfica de referència i població sota vigilància***

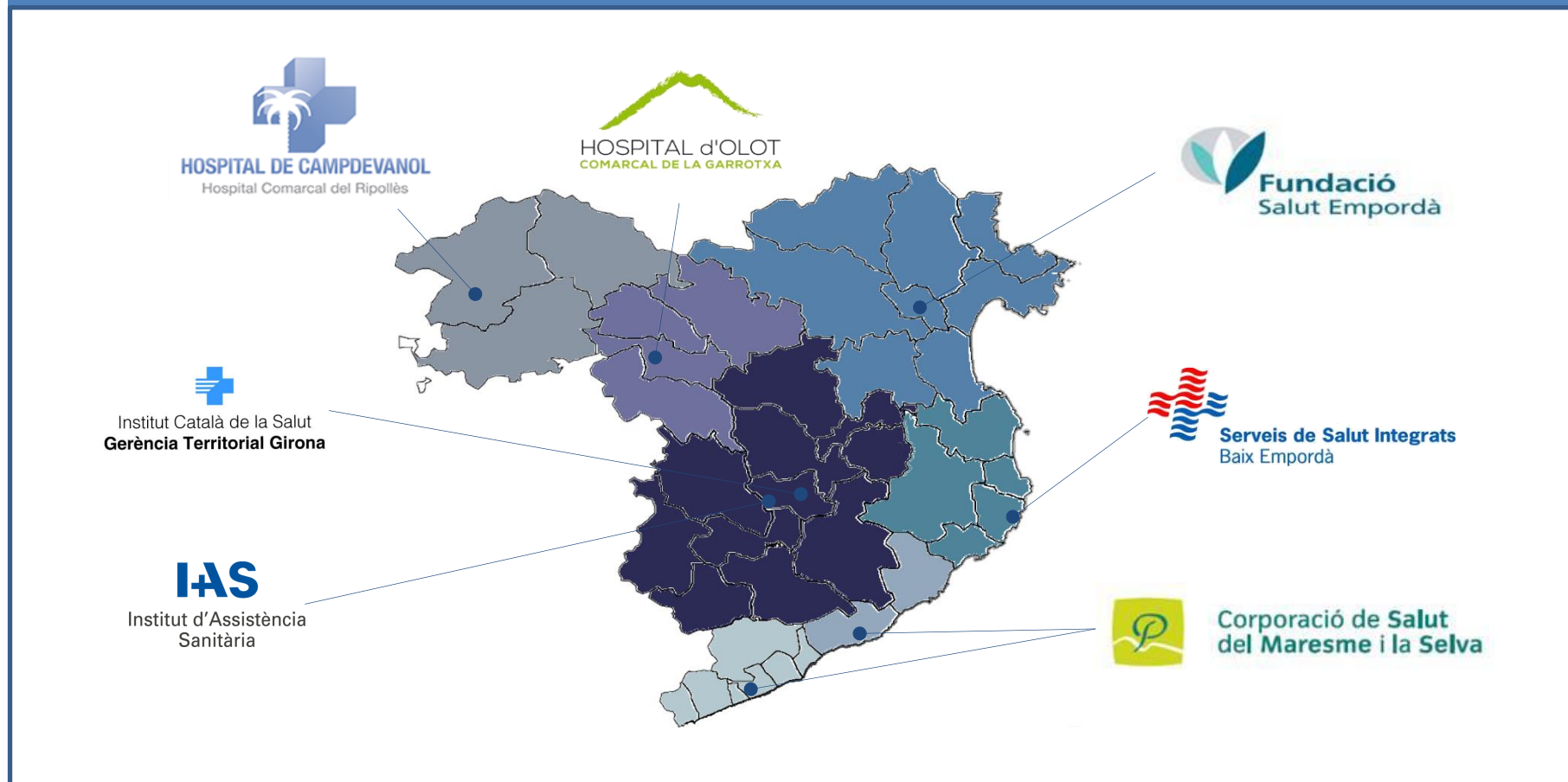
La província de Girona té una extensió de 5.517 km, una població total que supera els 750.000 habitants que representa una densitat de població pròxima als 140 habitants/km<sup>2</sup> (dades corresponents al padró municipal del període 2007 – 2019) [1]. La Regió Sanitària de Girona (RSG) dona cobertura al 97,9% dels habitats dels 221 municipis de la província de Girona (208 municipis) més els municipis de Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Palafolls, Pineda de Mar, Sant Cebrià de Vallalta, Sant Iscle de Vallalta, Sant Pol de Mar, Santa Susanna i Tordera. El 75% dels municipis té 3.000 o menys habitants i només 9 municipis superen els 20.000 habitants. Aquestes dades assenyalen que es tracta d'un territori amb una elevada dispersió territorial.

Del conjunt de la població, un 18,0% dels habitants eren majors de 64 anys amb una distribució heterogènia entre les diferents comarques. El sector nord, format per l'Alt i el Baix Empordà, Garrotxa i Ripollès presenta un percentatge major de residents majors de 65 anys (19,5%) que el conjunt de municipis del sector sud (16,8%). De fet, els 7 municipis on el percentatge de majors de 65 anys supera el 30% són tots al sector nord, principalment a l'Alt Empordà.

La distribució dels centres hospitalaris de la RSG és ajustada a la distribució comarcal en els casos de l'Alt i el Baix Empordà, la Garrotxa i el Ripollès. La comarca de la Selva està dividida entre Selva interior i la Selva marítima (que inclou els municipis de Tossa de Mar, Lloret de Mar i Blanes, amb centre de referència l'Hospital de Blanes). Els habitants de La Selva interior tenen com a centre de referència el servei de l'Hospital Santa Caterina.

A la Figura 1 es presenta la distribució territorial per proveïdors i a la taula 1 es defineixen les diferents àrees bàsiques que corresponen a cada centre hospitalari. L'hospital Universitari Josep Trueta, gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Hospital Santa Caterina de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) comparteixen la gestió del servei de neurologia i la Unitat de tractament de trastorns cognitius està centralitzada a l'Hospital Santa Caterina.

**Figura1.** Distribució comarcal segons centre de referència i percentatge de > 64 anys.



Taula 1. Distribució de les diferents àrees bàsiques amb els seus centres de referència.

## AREES BÀSIQUES DE SALUT

---

### ICS - IAS

Anglès  
Arbúcies - St. Hilari Saclam  
Breda - Hostalric  
Cassà de la Selva  
Salt  
Sils - Vidreres - Maçanet  
Sta. Coloma de Farners  
Banyoles  
Celrà  
Girona 1  
Girona 2  
Girona 3  
Girona 4  
Sarrià de Ter

### HCAMP

Camprodon  
Ribes - Campdevàrol  
Ripoll - St. Joan les Abadesses

### HO

Besalú  
La Vall d'en Bas  
Olot  
Sant Joan les Fonts

### SSIBE

La Bisbal d'Empordà  
Palafrugell  
Palamós  
St. Feliu de Guíxols  
Torroella de Montgrí

### FSE

Bàscara  
Figueres  
La Jonquera  
L'Escala  
Llançà  
Peralada  
Roses  
Vilafant

### HBL

Blanes  
Lloret de Mar

### HCAL

Calella  
Canet de Mar  
Malgrat de Mar  
Pineda de Mar  
Tordera

---

## 2. DEFINICIÓ DEL CAS

El ReDeGi és un dispositiu de registre basat en els principis de la vigilància epidemiològica [2]: té assignada una població sota vigilància, disposa de criteris estandarditzats de definició de cas i un sistema simple i flexible de recollida de dades. Sota aquests principis, el ReDeGi registra els casos de demència diagnosticats als hospitals de la RSG d'acord amb els criteris diagnòstics establerts per a la síndrome de demència i els diferents subtipus segons el Manual Diagnòstic i Estadístic els Trastorns Mentals (DSM-IV-TR) [3]. De manera complementària, s'utilitzen criteris diagnòstics d'investigació per a la demència per cossos de Lewy [4], per a la demència frontotemporal [5], per a la demència secundària a paràlisi supranuclear progressiva [6], per a la demència secundària a degeneració corticobasal [7], per a la demència secundària a atrofia multisistèmica [8], per a la demència semàntica [9], i per a l'afàsia progressiva primària [10].

El diagnòstic pot haver estat realitzat a les consultes ambulatories dels serveis de neurologia o geriatria de cada hospital o bé després d'un procés d'hospitalització. La identificació dels casos i la notificació al ReDeGi la realitzen els propis facultatius especialistes de cada hospital de la RSG que han dut a terme el procés diagnòstic i després de la signatura del consentiment informat per part del pacient i/o dels seus familiars.

De forma periòdica, un tècnic del ReDeGi es desplaça als diferents hospitals de la RSG i revisa les històries clíniques dels casos de demència notificats i recull la informació en un quadern de recollida de dades format per quatre mòduls: 1- identificació del centre (*3 variables*: nom del centre hospitalari, data d'admissió al centre i número d'història clínica); 2- característiques sociodemogràfiques (*9 variables*: data de naixement, sexe, nacionalitat, localitat de residència, categoria laboral, nivell d'escolaritat, estat civil, tipus de residència i dispositiu assistencial de derivació); 3- característiques del diagnòstic (*4 variables*: data aproximada de l'inici dels símptomes, data del diagnòstic, criteris diagnòstics segons els criteris DSM-IV-TR, criteris

diagnòstics complementaris del subtipus de demència); 4- dades clíniques (*13 variables*: puntuació i data d'administració del MMSE, puntuació i data d'administració de la BDRS, puntuació de la CDR, antecedents de primer grau de demència, diagnòstic d'HTA, de DM, de DSLP, d'AVC, de malaltia tiroïdal i antecedents de trastorn depressiu i trastorn psicòtic). La informació recollida és registrada en una base de dades electrònica seguint els requisits de confidencialitat d'informació personal que assenyala la normativa espanyola.

### **3. REGISTRE DEL CAS**

La validesa del diagnòstic es basa en la premissa de validesa del procés diagnòstic per part dels facultatius especialistes col·laboradors del ReDeGi. Els diagnòstics de demència registrats són realitzats pels especialistes de cada centre hospitalari (especialistes en neurologia, psiquiatria, geriatria o medicina interna). A més, el ReDeGi compta amb un estudi propi per avaluar la validesa del procés diagnòstic a partir de la valoració del grau de compliment de les guies de pràctica clínica vigents pel procés diagnòstic de les demències [13].

El diagnòstic s'estableix a partir de la història clínica mitjançant una entrevista al pacient i a una persona de referència (familiar o curador), d'un examen mèdic general i neurològic i després d'obtenir els resultats de proves complementàries que es considerin necessàries. Les més freqüents són una anàlisi hematològica i bioquímica bàsica, una prova de neuroimatge (tomografia axial computeritzada i/o ressonància magnètica cerebral) i/o una valoració neuropsicològica.



#### **4. ESTIMACIÓ DE LA COBERTURA DIAGNÒSTICA**

A partir de les dades dels registres realitzats anualment, conjuntament amb les dades de població que ofereix l'Institut d'Estadística i els indicadors de prevalença i incidència, es realitza una estimació del nombre de casos de demència incidents anual a la RSG.

A partir d'aquesta estimació, s'ha determinat la cobertura diagnòstica dels centres d'atenció especialitzada de la RSG i la seva àrea de referència. Per dur a terme aquesta aproximació, s'ha utilitzat una prevalença de demència en majors de 60 anys del 5,4% i una incidència de 8,8 casos per 1.000 persones - anys. Aquests valors corresponen a una estimació realitzada per un grup d'experts internacionals mitjançant un procediment de consens basat en metodologia Delphi [14].

Aquest informe aporta un consens sobre indicadors epidemiològics de freqüència ajustats per grups quinquennals d'edat i per regions geogràfiques. Concretament, les taxes emprades corresponen a l'àrea denominada EURO (A), que inclou els països d'Europa occidental. Les dades de població corresponen a les publicades per l'INE i que estan incloses a la base de dades de fitxes municipals.

## 5. REFERÈNCIES

1. Dades extretes del web de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) via: [www.idescat.cat/poblacio/](http://www.idescat.cat/poblacio/)
2. German RR, Armstrong G, Birkhead GS, horan JM, Herrera G, lee LM and the Suveillance Coordination Group. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. Morbidity Mortality weekly Report 2001, 50(RR-13),1-35.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.
4. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology.2005;65:1863-72.
5. The Lund and Manchester groups (Brun A, Gustafson L, Passant U, Mann DMA, Neary D, Snowden JS). Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994;57:416-418.
6. Litvan I, Agid Y, Clane D, Campbell G, Dubois B, Duvoisin RC et al. Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-SPSP international workshop. Neurology 1996;47:1-9.
7. Riley D, Lang a. Corticobasal degeneration: Clinical diagnostic criteria. Adv Neurol 2000;82:29-34.
8. Consensus committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. Consensus
9. statment of the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure and multiple system atrophy. Neurology
10. 1996;113:1823-42
11. Neary D, Snowden Js, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S et al. Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology 1998;51:1546-1554.
12. Mesulam MM. Primary progressive aphasia. Ann Neurol 2001;49:425-432.
13. Turró-Garriga O, Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Hernández-Ferrándiz M, Flaqué M, Linares M, Cullell M, Gich J, Casas I, Perkal H, Garre-Olmo J; Registry of Dementia of Girona Study Group (ReDeGi Study Group). Adherence to Clinical Practice Guidelines during Dementia Work-Up in a Real-World Setting: A Study from the Registry of Dementias of Girona. J Alzheimers Dis. 2017;59(3):997-1007
14. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366:2112-7.