



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Indicaciones y evaluación del riesgo de las exploraciones endoscópicas en personas de edad avanzada o frágiles. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia y la Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària



Indications and risk assessment of endoscopic examinations in elderly or frail people. Position paper of the Societat Catalana de Digestologia, the Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia and the Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària

Francesc Riba Porquet^a, Carles Guarner-Argente^b, Mònica Solanes Cabus^c, Esther Francia Santamaria^d, Pilar Garcia-Iglesias^e, Salvador Machlab Machlab^e, Juanjo Mascort Roca^{f,g}, Juan Manuel Mendive Arbeola^h, Jordi Ortiz Seumaⁱ y Xavier Calvet Calvo^{e,j,k,*}

^a Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives, Hospital de la Santa Creu, Jesús-Tortosa, Tortosa, España

^b Servei Aparell Digestiu, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

^c CAP Onze de Setembre. Institut Català de la Salut, Lleida, España

^d Servei Medicina Interna, Unitat de Geriatria, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

^e Servei d'Aparell Digestiu, Corporació Universitària Sanitària Parc Taulí, Institut de Recerca Parc Taulí, Sabadell, España

^f CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. ICS, Barcelona, España

^g Departament de Ciències clíniques. Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^h CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España

ⁱ Servei d'Aparell Digestiu. Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

^j CIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^k Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 11 de diciembre de 2021; aceptado el 1 de marzo de 2022

Introducción

La endoscopia digestiva (ED) incluye un extenso grupo de exploraciones invasivas diagnósticas y terapéuticas que son muy importantes para el estudio del tracto digestivo. A pesar de ser procedimientos relativamente seguros y bien

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xcalvet@tauli.cat (X. Calvet Calvo).

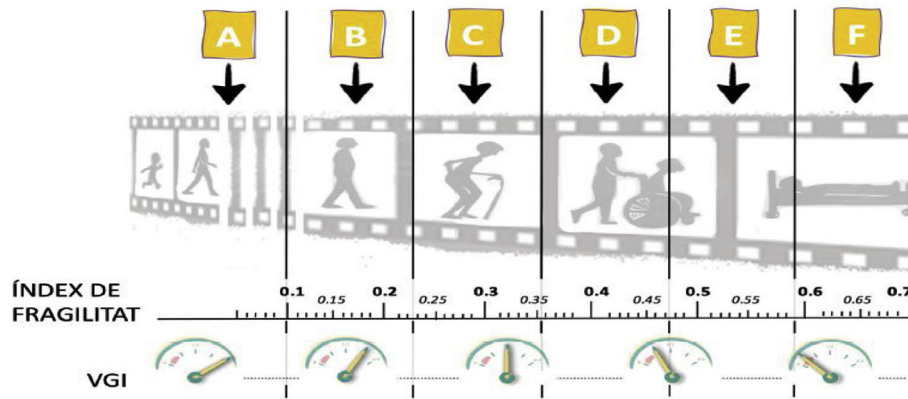


Figura 1 Diagnóstico situacional y grado de reserva de la persona: ¿qué tan vulnerable es?; ¿Dónde está su trayectoria vital?: ¿A, B, C, D, E o F?

Fuente: bases conceptuales y modelo de atención a personas frágiles⁴.

VGI: valoración geriátrica integral.

tolerados, en personas de edad avanzada y/o con fragilidad (PEA/F) se asocian con un mayor riesgo de eventos adversos, de preparación insuficiente y de exploraciones incompletas¹.

En Cataluña, en el transcurso de las últimas décadas, la población ha envejecido de forma considerable. En el año 2020, el porcentaje de personas de más de 65 años, en el conjunto de la población de Cataluña, aumentó hasta el 19%². La prevalencia poblacional de fragilidad en personas de más de 65 años se aproxima al 10%, aunque no hay unanimidad en los datos respecto de las tasas de prevalencia de fragilidad en la población, probablemente, a causa de diferencias en la conceptualización y la medida de la fragilidad³.

La prevalencia de la patología -y, por lo tanto, el rendimiento de las pruebas diagnósticas- suele ser mayor en PEA/F. Muchas veces, sin embargo, la relevancia de detectar una determinada patología es muy baja, ya que el paciente obtendrá poco o ningún beneficio, sea porque no existen opciones terapéuticas, o porque no se espera que el tratamiento mejore la calidad de vida o la supervivencia⁴. Un ejemplo podrían ser los pólipos colorrectales. La esperanza de vida de un PEA/F es a menudo mucho más baja que el tiempo que el pólipo necesita para evolucionar a cáncer sintomático. No obstante, una perforación o hemorragia después de una poliopectomía en una PEA/F puede ser extremadamente grave⁴. Por lo tanto, el riesgo-beneficio de los tratamientos endoscópicos puede llegar a ser claramente negativo en personas de edad avanzada o frágiles.

La edad en sí no implica ninguna contraindicación para la realización de ningún procedimiento endoscópico. Por el contrario, la fragilidad extrema contraindicaría todos los procedimientos endoscópicos, al igual que cualquier otro procedimiento agresivo. Los grados moderados de fragilidad, empero, no representan una contraindicación absoluta en pacientes sintomáticos, en los que la ED puede conducir a una mejor calidad de vida. En estas situaciones tendremos que evaluar individualmente el riesgo-beneficio de la prueba.

Asimismo, hay que recordar que siempre, ante un procedimiento invasivo como una ED, la indicación debe basarse en la toma de decisiones compartida. Las personas tienen

experiencias, creencias y prioridades que los profesionales de la salud no conocen y que pueden influir en sus decisiones. La toma de decisiones compartidas permite a los profesionales sanitarios tenerlas en cuenta y adaptar las opciones diagnósticas y terapéuticas a cada individuo⁵.

En conclusión, las PEA/F representan una población heterogénea que requiere una evaluación precisa e individualizada de la indicación de una ED.

El objetivo de este documento de posicionamiento de la *Societat Catalana de Digestologia* (SCD), la *Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia* (SCGiG) y la *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* (CAMFiC) fue realizar recomendaciones de consenso, basadas siempre que fue posible en la evidencia, sobre la evaluación del riesgo y las indicaciones para la ED en las PEA/F (figs. 1 y 2).

Métodos

Este documento de consenso fue realizado por un grupo de expertos designados por la SCD, la SCGiG y la CAMFiC en 2020 y 2021 (fig. 3).

La redacción de cada sección fue encargada a un equipo multidisciplinar que incluyó un geriatra, un médico de familia y un digestólogo. Los expertos realizaron una revisión no sistemática de la evidencia y utilizaron la bibliografía recuperada y sus bases bibliográficas para escribir cada sección. Finalmente, las secciones se reunieron en un documento que fue revisado individualmente por cada uno de los expertos. Los aspectos controvertidos se discutieron en varias teleconferencias a lo largo de 2021. Con los resultados de las discusiones, se redactó el documento final, que fue revisado nuevamente por cada uno de los expertos y por las juntas directivas de las respectivas sociedades. La versión definitiva del documento fue aprobada en una última reunión de consenso.

Resultados

Los resultados se estructuraron en cuatro apartados: a) evaluación de riesgo-beneficio e indicación de la ED en las










	1. En muy buena forma. Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.
	2. En forma. Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suele ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.
	3. En buen estado. Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.
	4. Vulnerables. Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.
	5. Levemente frágiles. Estas personas a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria importantes (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.
	6. Moderadamente frágiles. Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan ayuda con el baño, y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).
	7. Con fragilidad grave. Dependen totalmente para el cuidado personal, sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes ~ 6 meses).
	8. Con fragilidad muy grave. Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.
	9. Enfermo terminal. Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.

Figura 2 Clasificación CFS.

PEA/F, b) a quién se debe realizar el diagnóstico situacional antes de un ED, c) quién debe realizar el diagnóstico situacional y d) cómo se articula la relación entre AP, geriatría y aparato digestivo.

Las recomendaciones generales del grupo de consenso se resumen en la [tabla 1](#).

Evaluación de la indicación y riesgo-beneficio de la ED en PEA/F

La adaptación individualizada de la intensidad del tratamiento o de las pruebas diagnósticas debe realizarse siempre de acuerdo con el balance beneficio-riesgo.

En pacientes de edad avanzada, la toma de decisiones puede facilitarse estableciendo un diagnóstico situacional⁶.

El concepto de diagnóstico situacional se refiere al resultado del proceso de evaluación multidimensional y de las

necesidades del paciente que permite a los profesionales determinar el grado de reserva o fragilidad de la persona atendida (¿qué tan vulnerable es?, ¿dónde está, dentro de su trayectoria vital?) así como cuáles son las pérdidas o dimensiones afectadas y las necesidades a las que es necesario responder⁶.

El diagnóstico situacional, idealmente, se realiza con una Valoración Geriátrica Integral (VGI). Esto requiere tiempo y un equipo interdisciplinar, por lo que se propone, como alternativa, considerar herramientas rápidas de evaluación multidimensional/geriátrica. A continuación se describen las dos que se recomiendan en este documento:

Escala de fragilidad clínica (Anexo 1)

La Escala de Fragilidad Clínica (CFS) es una forma muy fácil de determinar el grado de fragilidad; va del 1 al 9, y se basa

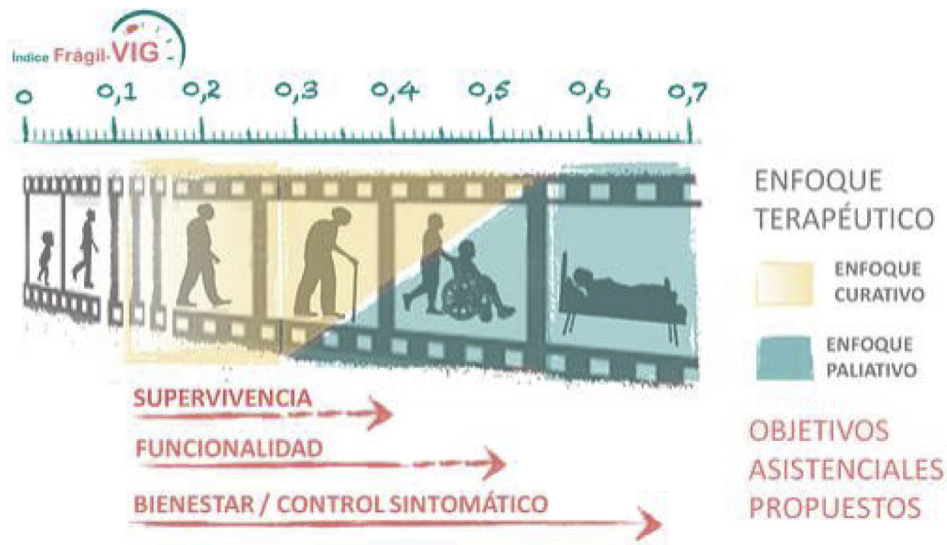


Figura 3 Índice de Frágil-VIG y abordaje terapéutico del paciente. Con base en ciertos valores, se advierte ante todo la funcionalidad o el bienestar a la supervivencia.

Fuente: bases conceptuales y modelo de atención a personas frágiles⁴.

Tabla 1 Recomendaciones generales del grupo de consenso

Antes de cualquier intervención invasiva -y concretamente una ED- en pacientes de edad avanzada y/o fragilidad y/o pluripatología, se aconseja realizar previamente una evaluación geriátrica integral.

Se recomienda utilizar el índice CFS como herramienta de detección rápida. Una puntuación de 1-4 no limita las exploraciones. Con puntuaciones de 7 a 9 se propone evitar cualquier intervención invasiva.

En PEA/F con CFS 5-6 se advierte una evaluación geriátrica integral. Si esto no es posible, puede hacer una valoración con el índice Frágil-VIG, para decidir la idoneidad de la ED, informar al paciente y/o familiares del pronóstico y establecer un plan de atención consensuado.

La evaluación de la fragilidad corresponde, en primera instancia, a los equipos de AP.

ED: endoscopia digestiva; CFS: Escala de Fragilidad Clínica; PEA/F: personas de edad avanzada y/o con fragilidad; AP: Atención Primaria; VIG: valoración integral geriátrica.

principalmente en ensayos clínicos⁷. El CFS ha sido validado como predictor de efectos adversos en personas mayores^{8,9}. Esta evaluación cualitativa de la fragilidad puede ayudarnos a tomar decisiones sobre los objetivos sanitarios. Por ejemplo, los pacientes con niveles de fragilidad 7-8-9 (fragilidad grave, condición muy grave y/o terminal) son solo candidatos a enfoques no invasivos y no serían, por tanto, candidatos a la ED.

El CFS también está disponible en forma de APP, que puede descargarse en <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>¹⁰.

La demencia no limita el uso de la escala. Las personas que sufren de demencia siguen un patrón similar al CFS: la demencia leve, moderada y grave se corresponderían con los niveles de SFC 5, 6 y 7, respectivamente. Si no se conoce el grado de demencia, es necesario seguir la clasificación estándar del CFS. En el [Anexo 1](#) se detallan las recomendaciones para el uso adecuado del CFS¹¹.

El índice FRAGIL-VIG (Anexo 2)

([Anexo 2](#)) El Índice Frágil-VIG (valoración geriátrica integral) es un índice de fragilidad basado en la Evaluación Geriátrica Integral. Ha demostrado ser un instrumento sencillo (con respecto al contenido), rápido (con un tiempo de administración de 5-10 minutos), preciso (facilita el diagnóstico situacional a través de una variable continua) y altamente predictivo (con una alta correlación con la mortalidad).

El Índice Frágil-VIG facilita la adecuación de la intensidad terapéutica (proporcionando acciones acordes con la situación clínica y la voluntad de los pacientes), la planificación avanzada y la optimización del uso de los recursos en base a objetivos asistenciales acordados entre pacientes, familiares y profesionales¹².

El índice Frágil-VIG puede determinarse con la ayuda de una calculadora *en línea*. La calculadora de índice Frágil-VIG, así como un breve manual de instrucciones puede descargarse en: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>¹³.

¿A quién se le debe realizar el diagnóstico situacional antes de una endoscopia digestiva?

Los PEA/F se benefician de un enfoque individualizado y centrado en la persona. Este abordaje resulta útil tanto en las personas con necesidades complejas de atención o cronicidad compleja (PCC) como aquellas con necesidades paliativas o cronicidad avanzada (MACA) (Anexo 3 y 4)^{6,14,15}.

La valoración geriátrica integral debería realizarse a todas las personas mayores de 80 años y a todos los pacientes con pluripatología, en este caso independientemente de la edad. Si no existe una evaluación geriátrica previa, ésta debería realizarse antes de cualquier intervención invasiva como, por ejemplo, los procedimientos endoscópicos.

¿Quién debe hacer el diagnóstico situacional?

En situaciones de complejidad clínica, la toma de decisiones es un proceso colaborativo interdisciplinario que a veces requiere colaboración entre diferentes niveles de atención. Dicho esto, normalmente la valoración del grado de fragilidad y diagnóstico situacional la realizarán los equipos de referencia habituales del paciente como los profesionales de atención primaria (AP) que, por su proximidad y continuidad asistencial, conocen la situación global del paciente y pueden determinar más fácilmente el grado de fragilidad.

Esta evaluación previa a la ED debe registrarse en la historia clínica. Si no lo está, se recomienda que, antes de solicitar la ED, los equipos de AP realicen una valoración geriátrica del paciente. Se recomienda realizar una valoración inicial desde AP utilizando el CFS como cribado y el Índice Frágil-VIG en caso de duda. Se aconseja también solicitar una valoración geriátrica especializada en los casos más complejos.

Los equipos geriátricos están especializados en evaluaciones de máxima complejidad clínica y deben actuar si es necesario. Otros equipos hospitalarios, sin embargo, pueden hacer un diagnóstico situacional de calidad. El objetivo final será que todos los equipos que normalmente atienden al paciente lo consideren siempre desde su globalidad, no enfocado exclusivamente a una enfermedad concreta.

El digestólogo que evalúa la solicitud de la ED puede realizar, si la evaluación geriátrica no está disponible en la historia clínica compartida (HCC), una evaluación provisional basada en los datos de la HCC. Dado que la evaluación del digestólogo se realizará en base a datos indirectos y sin conocer personalmente al paciente, se considera que será menos precisa. Por lo tanto, se propone solamente si no se dispone de una evaluación reciente por AP o Geriatria o si existe una discrepancia muy obvia entre la evaluación geriátrica disponible y los datos de la HCC. En caso de duda, la evaluación realizada por el digestólogo, deberá ser confirmada o validada junto con los equipos de AP o Geriátricos correspondientes antes de tomar una decisión final.

Indicaciones de ED según grado de fragilidad

Indicaciones en fragilidad avanzada (IF Frágil-VIG > 0,5 o CFS \geq 7)

Como se mencionó anteriormente, los pacientes con fragilidad avanzada generalmente los objetivos

diagnóstico-terapéuticos se basan en garantizar el bienestar y el control sintomático. En general, no son tributarios de medidas invasivas, incluidas las exploraciones endoscópicas, debido a su esperanza de vida más corta y el alto riesgo de complicaciones.

Indicaciones en fragilidad moderada leve (IF Frágil-VIG 0,2-0,5 o CFS 5-6)

En pacientes con fragilidad leve o moderada los objetivos diagnóstico-terapéuticos estén destinados a obtener un beneficio clínico con el fin de promover y mantener la autonomía y la calidad de vida, pero no la supervivencia. Por lo tanto, es necesario evaluar la indicación de la prueba y valorar si el resultado puede conducir a medidas que mejoren el estado funcional o la calidad de vida del paciente.

Ausencia de fragilidad o prefragilidad (IF Frágil-VIG < 0,2 o CFS 1-4)

En pacientes con ausencia de fragilidad o prefragilidad IF Frágil-VIG < 0,2 o CFS 1-4 los objetivos diagnóstico-terapéuticos son similares a los de la población general, y también se deben también considerar adecuadas las medidas preventivas para mejorar la supervivencia.

¿Cómo se articula la relación entre AP, Geriatria y Digestivo?

Actualmente existen diferentes sistemas de relación entre médicos de atención primaria (AP), digestólogos y geriatras. La idiosincrasia de las organizaciones y los medios disponibles definen los sistemas establecidos en cada caso. La telemedicina es cada vez más relevante y facilitadora, lo que debería tener un impacto en una mejora en la atención al usuario.

En esta guía no pretendemos, por tanto, hacer recomendaciones concretas sabiendo que quedarán obsoletas y que están sujetas a las especificidades de cada territorio. Queremos enfatizar la importancia de establecer y fortalecer sistemas de conexión que faciliten la interrelación de manera ágil y bidireccional. Únicamente se sugieren algunas herramientas que pueden ser útiles. Así, ciertas experiencias de comunicación actuales que han demostrado ser útiles son:

- Desarrollo de protocolos compartidos con equipos multidisciplinares de un territorio determinado. La elaboración se puede hacer a nivel nacional o a través de protocolos locales, que también pueden aplicar localmente las recomendaciones generales.
- Interconsultas virtuales desde AP hasta el servicio de Digestivo o Geriatria.
- Uso de grupos específicos de redes sociales o mensajería instantánea (XatSalut)¹⁶ preservando la confidencialidad del paciente.
- Reuniones periódicas virtuales o presenciales entre los equipos médicos de AP, Digestivo y Geriatria y reuniones para revisar casos clínicos complejos. Esto permite acordar la gestión de casos clínicos en conjunto. En casos

especialmente complejos que lo requieran, se pueden hacer reuniones de más de una especialidad.

- Creación de la figura del referente de atención primaria. Un médico de atención primaria con un interés especial en una patología específica, en este caso digestiva y geriátrica. Este referente se encargaría de la comunicación con los especialistas del hospital y de las actividades formativas. Además, los equipos de enfermería de AP, del servicio de Digestivo o de Geriátrica tendrían desempeñar un papel muy importante en la evaluación geriátrica integral y el uso de IF-VIG.
- Creación del especialista referente para atención primaria: Especialista hospitalario que da soporte a uno o más centros de atención primaria. Coordinaría su actividad con los equipos de AP de su área de referencia para consultas sin pacientes, reuniones para comentar casos y actividades docentes.
- En el caso de los pacientes geriátricos, los servicios de geriatría pueden apoyar tanto mediante la resolución de interconsultas específicas como a través del manejo directo de pacientes complejos y/o con discapacidades avanzadas.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gastrohep.2022.03.004](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.03.004).

Bibliografía

1. Cha JM, Kozarek RA, La Selva D, Gluck M, Ross A, Chiorean M, et al. Risks and Benefits of Colonoscopy in Patients 90 Years or Older, Compared With Younger Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14:80–6.
2. Estructura per sexe i edat. Catalunya. Sèrie temporal. Banc d'estadístiques de municipis i comarques. Idescat. 2020 [consultado Enero 2022]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>
3. García-García FJ, Alfaro-Acha A. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;45:250–1.
4. Neilson LJ, Thirugnanasothy S, Rees CJ. Colonoscopy in the very elderly. *Br Med Bull*. 2018;127:33–41.
5. Raons per compartir les decisions. Gencat. 2014 [consultado Mayo 2021] Disponible en: <http://decisionscopartides.gencat.cat/ca/que-es/raons-per-compartir-la-decisio>
6. Amblàs J, Amil P, Bocanegra I, Bullich Í, Contel JC, Gil E, et al. Bases conceptuales i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Generalitat de Catalunya; 2020 [consultado Mayo 2021]. Disponible en https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489–95.
8. Wallis SJ, Wall J, Biram RWS, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. *QJM*. 2015;108:943–9.
9. Basic D, Shanley C. Frailty in an older inpatient population: Using the clinical frailty scale to predict patient outcomes. *J Aging Health*. 2015;27:670–85.
10. Acute Frailty Network. NHS. Clinical Frailty App. [consultado May 2021]. Disponible en: <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale/Clinical-Frailty-Scale-App>.
11. Rockwood K, Theou O. Using the clinical frailty scale in allocating scarce health care resources. *an Geriatr J*. 2020;23:210.
12. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr*. 2018;18:1–12.
13. Index-Fragil-VIG, calculadora. Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG). consultado Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>
14. Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care*. 2021.
15. Programa NECPAL: Identificació de les necessitats pal·liatives per a la millora de l'atenció integral i integrada en persones amb cronicitat avançada. Càtedra de Cures Pal·liatives. [consultado Mayo 2021]. Disponible en: www.catedrapaliativos.com/NECPAL
16. Ja es pot accedir a Xatsalut des de l'ECAP. ECAP blog. [consultado Enero 2022]. Disponible en: <https://ecapics.wordpress.com/2021/07/07/ja-es-pot-accedir-al-xatsalut-des-de-lecap/>