

Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación

I. Martín Lesende

Definiciones

Se define como anciano frágil o de riesgo a la persona mayor que, por determinadas características o condiciones fisioclinicas, mentales o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función, y de padecer eventos adversos de salud.

Aunque algunos autores diferencian entre los términos «anciano frágil» y «anciano de riesgo», según se refieran a pacientes con deterioro o complicaciones o a los que tienen una situación de inestabilidad y de mayor riesgo de presentar resultados adversos, en general se emplean ambos términos de manera indistinta.

Conceptualmente podríamos distinguir dos condiciones diferentes en torno a la fragilidad¹:

– Fragilidad manifiesta: personas con deterioro establecido e importante en las que se deduce, por su situación, una mayor probabilidad de empeoramiento y riesgo. Presentan diferentes grados de deterioro para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse o asearse, vestirse, alimentarse, desplazarse, o continencia. Suelen ser subsidiarios de una atención sanitaria específica y continuada.

– Fragilidad incipiente o sutil. La persona no muestra ninguna alteración funcional aparente, salvo que sea valorada con detenimiento, a pesar de que presenta un menoscabo en ella por una alteración de su área física, mental o social. La mayoría es independiente para realizar las ABVD, pero es frecuente que algunas de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) estén alteradas (relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su medicación, contabilidad doméstica,

uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos, etc.), aunque a veces este deterioro es sutil.

Lo importante es entender el concepto de fragilidad en un medio sanitario determinado y, por tanto, en la atención primaria nos debemos referir y centrar más en el concepto de fragilidad que gira en torno a la pérdida de funcionalidad reciente o más incipiente. Estas personas a veces no son diagnosticadas hasta etapas más avanzadas de deterioro, cuando es más difícil revertir o modificar la evolución. Diversos autores demuestran la eficacia de las intervenciones en las personas con deterioros funcionales leves-moderados frente a las que tienen alteraciones importantes^{2,3}. Son las que interesa captar de una manera sistemática y anticipatoria en la comunidad. La atención primaria, por sus características de continuidad de asistencia y accesibilidad para la prevención primaria, ocupa un lugar privilegiado y fundamental en esta tarea.

Detección de ancianos de riesgo

La identificación y la captación de los ancianos de riesgo supone todavía en la actualidad un importante dilema sin resolver, y hay que seguir invirtiendo esfuerzos de investigación y clínicos para despejarlo. Puede llevarse a cabo, en líneas generales, de tres formas diversas que se exponen a continuación.

Estrategia de cribado poblacional en base a criterios con evidencia predictiva de deterioro

Se han empleado diversos criterios clásicos de fragilidad, muchas veces conformando cuestionarios; entre ellos se in-

TABLA 1
Cuestionario de Barber

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
4. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene a menudo problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Se considera positivo si contesta afirmativamente a 1 o más preguntas.

Miembro del grupo PAPPS de Actividades Preventivas en el Anciano.

Doctor en Medicina. Médico de Familia.
Centro de Salud de Castro Urdiales. Cantabria. España.

Correspondencia:
Iñaki Martín Lesende.
Centro de Salud Cotoilino. República Argentina, 3.
39700 Castro Urdiales. Cantabria. España.
Correo electrónico: imlesende@telefonica.net

Sintetiza la recomendación realizada para el Grupo PAPPS de Prevención en el Anciano, respecto a la detección de anciano de riesgo. Ha sido revisado por el resto de miembros del grupo.

TABLA 2
Criterios clásicos de fragilidad

Edad ≥ 80 años
Vivir solo
Reciente envidamiento
Enfermedad crónica con repercusión
Déficit auditivo o visual
Caídas
Polifarmacia
Ingreso hospitalario reciente
Alteración cognitiva o afectiva
Deficiente soporte socioeconómico

cluye el Cuestionario de Barber^{4,5} (representante y el más empleado en nuestro medio; tabla 1), variaciones en el contenido o la forma de administración de éste, u otros cuestionarios semejantes. Los principales criterios se enumeran en la tabla 2. Un inconveniente importante de gran parte de estos cuestionarios y criterios es que han estado tradicionalmente basados en la opinión de expertos más que en la evidencia científica, y se han aceptado con el tiempo con poco cuestionamiento científico de su pertinencia y adecuación.

Esta estrategia constituye el primer paso de un modelo de dos fases para la valoración geriátrica sistemática. Mediante una primera fase de cribado, realizada con estos cuestionarios o conjunto de criterios, se selecciona a los sujetos que se beneficiarían de una valoración más amplia en una segunda fase (se evalúan e interviene posteriormente en ellos).

Estrategia de selección (cribado o detección de casos), en base a criterios con evidencia predictiva de deterioro

Consiste en seleccionar a las personas mayores que tienen determinados factores con consistente predicción para la pérdida funcional o resultados adversos de salud según la bibliografía disponible, con el fin de evaluar e intervenir específicamente en ellos. Algunos de estos factores son:

- Edad avanzada (≥ 80 años)⁶⁻⁹.
- Hospitalización reciente¹⁰ como factor de deterioro funcional, nuevas hospitalizaciones, institucionalización o mortalidad.
- Deterioro cognitivo, que se asocia con resultados adversos en la salud^{2,11-14}.
- Comorbilidad, sobre todo con determinadas enfermedades crónicas² (deterioro cognitivo, depresión, déficit visual, incontinencia, disminuciones en el índice de masa corporal)^{2,9}.
- Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos¹⁵⁻¹⁸.
- Otros factores son las caídas o la polifarmacia¹⁹.

Estrategia de cribado o selección según la pérdida de funcionalidad

En la actualidad, la tendencia cada vez más extendida es detectar a las personas mayores con una disminución reciente o no muy evolucionada en su capacidad físico-funcional (que no presentan importantes deterioros en ABVD)^{2,3}, cognitiva o social, sin que hayan llegado todavía a un estado de dependencia; en definitiva, basarse en criterios específicos de funcionalidad. Está consolidada en la bibliografía la relación entre el deterioro en las AVD y los resultados adversos en la salud, como la institucionalización, la hospitalización y la mortalidad²⁰⁻²³.

La principal limitación actual para seguir esta estrategia es no disponer de adecuadas herramientas validadas que permitan identificar con un valor predictivo alto a estos sujetos con un deterioro sutil o incipiente, principalmente en las AIVD; éstas son las que se deterioran en primer lugar y muchas veces son la expresión de un deterioro incipiente o encubierto de otras áreas. Algunos autores han conjuntado ítems de AIVD o funcionalidad en cuestionarios sencillos; otros integran AIVD y ABVD en estos cuestionarios sencillos de detección. Algunos emplean pruebas sencillas que valoran la movilidad o la marcha (tests de ejecución), con buenos resultados³.

Utilidad del Cuestionario de Barber como herramienta de cribado de ancianos de riesgo

El Cuestionario de Barber se creó y comenzó a utilizar en Inglaterra al inicio de los años ochenta, inicialmente como cuestionario postal^{4,5}, aunque con posterioridad su contenido ha sido modificado en diversas ocasiones (añadiendo, quitando o modificando ítems), así como su forma de administración (teléfono, postal o en la propia consulta). Es el cuestionario más difundido para detectar a los ancianos de riesgo en nuestro medio. Como ya hemos comentado con anterioridad, en general se integra, en una primera fase de cribado para seleccionar a los ancianos de riesgo, en estrategias más globales que tienen por finalidad valorar más ampliamente e intervenir en las personas seleccionadas, contribuyendo a evitar la aparición de eventos adversos en la salud (mortalidad, hospitalización o institucionalización son los resultados más analizados) a corto o medio plazo; de hecho, en la mayoría de los protocolos de actuación que lo utilizan se realiza el cuestionario con una periodicidad anual o bianual.

A pesar de todo, cada vez son más los expertos que cuestionan su utilidad. Son escasos los trabajos que han analizado las características como prueba diagnóstica del Cuestionario de Barber^{4,5,24,25} y los resultados no son concluyentes. Sólo he encontrado un trabajo²⁶ que analice específicamente su validez en nuestro medio; hacen un proceso de traducción-retrotraducción del cuestionario, y analizan sus valores de prueba diagnóstica frente a la valoración de la existencia, de dependencia física y/o psíquica mediante 2 escalas específicas.

TABLA 3 Variables y herramientas para evaluar la funcionalidad

Actividades básicas de la vida diaria
Bañarse
Vestirse
Contener esfínteres
Desplazarse-trasladarse
Usar el retrete
Alimentarse
Cuestionarios: Índice de Katz, Índice de Barthel
Actividades instrumentales de la vida diaria ^a
Usar el teléfono
Viajar y emplear medios de transporte
Realizar compras
Preparar la comida
Controlar sus medicamentos
Manejar sus asuntos económicos
Cuestionario: Índice de Lawton y Brody
Escalas multidimensionales
Láminas de la COOP-WONCA
Valoración de la movilidad, la marcha y el equilibrio
Pruebas
Test de «Levántate y anda»
Prueba de la estación unipodal

^aSe recogen las más utilizadas.

Con el objetivo de valorar la utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar a personas ≥ 75 años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte, hemos realizado un estudio longitudinal con 2 cohortes (Cuestionario de Barber positivo/negativo) en el que hemos incluido a un total de 133 personas ≥ 75 años, no institucionalizadas, procedentes de una consulta de un centro de salud urbano²⁷ (artículo en prensa en la *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*). Los resultados y las conclusiones más relevantes del trabajo son:

1. El Cuestionario de Barber como tal no parece útil para seleccionar a los ancianos con más riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte en atención primaria. Presenta las siguientes limitaciones cuando se emplea con esta finalidad:

- Deficiencias en la validez de contenido (ítems 2 y 4 irrelevantes en cuanto a porcentaje de contestaciones afirmativas).
- Valor predictivo positivo muy bajo condicionado por el alto porcentaje de resultados positivos (63% de nuestra muestra) y los pocos eventos acaecidos.

– Relación del resultado del cuestionario con otras variables (deterioro funcional o cognitivo) que, a su vez, se asocian con los resultados adversos y pueden condicionar los resultados.

2. Los ítems 9 («hospitalización en el último año») y 6 («tener a menudo problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo») tienen una asociación estadísticamente significativa con la presencia de eventos adversos. El ítem 9 es el mejor y clave, y se encuentra escasamente asociado con otras variables; el ítem 6 se relaciona con otros ítems y variables consideradas.

Intervenciones

Como ya hemos comentado con anterioridad, la detección del anciano frágil tiene sentido si se sigue de intervenciones que puedan modificar la predicción de progreso de su deterioro y el desarrollo de eventos adversos en la salud. Tres aspectos estratégicos clave en esta intervención son:

1. Potenciación y adiestramiento en la utilización de la valoración geriátrica global (VGG) como herramienta de valoración multidimensional, detección de déficit, aplicación de actividades preventivas y articulación de una sistemática para definir problemas encontrados, sobre los que aplicar intervenciones y controlar sus cambios. Como ya hemos comentado, debemos seguir avanzando en los métodos de medición y valoración de la funcionalidad (tabla 3). Aunque no hay suficiente evidencia acerca de la efectividad de la VGG para que sea aplicada de manera sistemática en el medio comunitario, se recomienda su uso prioritario en los ancianos frágiles o con factores con suficiente predicción de deterioro²⁸.
2. Fomento de intervenciones destinadas a potenciar aspectos de la movilidad y las habilidades físicas, orientados a recuperar, mantener o mejorar sus AVD³. El ejercicio físico es una actividad de promoción de la salud y preventiva que se debe indicar sistemáticamente y que está demostrando importantes beneficios.
3. Potenciación de los profesionales de enfermería en cuanto a la atención a las personas mayores en atención primaria. Hay que definir las intervenciones con las que se han obtenido mejores resultados.

Recomendaciones

- Es clave centrar la detección de los ancianos frágiles en las personas con deterioro físico-funcional reciente o incipiente, ya que en ellos hay más posibilidades de modificar el rumbo hacia un mayor deterioro y eventos negativos.
- No podemos recomendar el uso del Cuestionario de Barber como herramienta de cribado de los ancianos de riesgo por tener deficiencias estructurales y de contenido, así como una falta de evidencia de su utilidad con esta finalidad.

Puntos clave

- El uso del Cuestionario de Barber como herramienta de cribado de anciano de riesgo no puede recomendarse por sus deficiencias estructurales y de contenido, así como la falta de evidencia acerca de su utilidad.
- La valoración funcional parece constituir el principal método para determinar la fragilidad en el medio comunitario de atención.
- Es clave centrarse en la detección precoz de la pérdida funcional.
- La intervención ante factores predictores consolidados de deterioro posterior (edad avanzada, hospitalización reciente, deterioro cognitivo, comorbilidad, deficiente soporte o condicionantes sociales adversos, caídas, polifarmacia) constituye un método que en la actualidad se debe considerar en la práctica.

– La valoración funcional, bien a través de la evaluación de AIVD o de la movilidad, la marcha o el equilibrio, parece constituir el principal método para determinar la fragilidad en el medio comunitario de atención. El inconveniente es que no contamos con instrumentos suficientemente validados para valorar las AIVD; asimismo, los test que valoran movilidad están poco estandarizados o han sido poco utilizados.

– La intervención ante factores que han demostrado ser predictores de un deterioro posterior (edad avanzada, hospitalización reciente, deterioro cognitivo, comorbilidad, deficiente soporte o condicionantes sociales adversos, caídas, polifarmacia) constituye un método que se debe considerar en la práctica.

Agradecimientos

Agradezco a todos los integrantes del Grupo de Actividades Preventivas en el Anciano del PAPPS la revisión y sugerencias que han hecho del documento.

Bibliografía

1. Martín Lesende I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2002;8:91-100.
2. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999;48:445-69.
3. Gill T, Baker D, Gottschalk M, Peduzzi P, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002;347:1068-74.
4. Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. JR Coll Gen Pract. 1980;30:49-50.
5. Barber JH, Wallis JB. Geriatric screening. J R Coll Gen Pract. 1981;31:57.
6. Benítez MA, Hernández P, De Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. Aten Primaria. 1995;15:548-54.
7. Martín Lesende I, García A, Salas AM, Fernández N, Gómez MJ, Olavarría V. Situación sanitaria de la población urbana de 75 o más años de Castro Urdiales que viven solos, y comparación con los que viven acompañados. Comunicación a las III Jornadas de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen). Bilbao, 10 de junio de 1999.
8. Stuck AE, Minder CE, PeterWüest I. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med. 2000;160:977-86.
9. Crimmins EM, Hayward MD, Saito Y. Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. Demography. 1994;31:159-74.
10. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003;51:451-8.
11. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. Ann Intern Med. 1995;122:422-9.
12. Stump TE, Callahan CM, Hendrie HC. Cognitive impairment and mortality in older primary care patients. J Am Geriatr Soc. 2001;49:934-40.
13. Moritz DJ, Kasl SV, Berkman LF. Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. Am J Epidemiol. 1994;141:41-9.
14. Sitjas E, San José A, Armadans L, Munder X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. Aten Primaria. 2003;32:282-7.
15. Temkin-Greener H, Bajorska A, Peterson DR, Kunitz SJ, Gross D, Williams F, et al. Social support and risk-adjusted mortality in a frail older population. Med Care. 2004;42:779-88.
16. Rogers RH. The effects of family composition, health, and societal support linkages on mortality. J Health Social Behav. 1996;37:326-38.
17. Baumann A, Filipiak B, Stieber J, et al. Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 75-year-old men and women in the Augsburg area. Z Gerontol Geriatr. 1998;31:184-92.
18. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol. 1982;116:123-40.
19. Alarcón T, Bárcena A, González-Montalbo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. Age Ageing. 1999;28:429-32.
20. Katz S, Branch LG, Branson MH, et al. Active life expectancy. N Engl J Med. 1983;309:1218-24.
21. Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. J Chronic Dis. 1987;40:481-9.
22. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. J Gerontol. 1988;43:153-61.
23. Coughlin TA, McBride TD, Perozek M, Liu K. Home care for the disabled elderly: predictors and expected costs. Health Serv Res. 1992;27:453-79.
24. Bowns I, Challis D, Sum Tong M. Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire. Br J Gen Pract. 1991;41:100-4.

25. Taylor R, Ford G, Barber JL. The elderly at risk: a critical review of problems in screening and case-finding. Mitcham: Age Concern; 1983.
26. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol.* 1996;6:224-31.
27. Martín Lesende I. Utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar personas de 75 o más años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Tesis doctoral. 2004. Archivo General de Tesis. Biblioteca General, Campus Universitario de Leioa, UPV/EHU.
28. De Alba C, Baena JM, De Hoyos MC, Gorroñoitia A, Litago C, Martín Lesende I, et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2003 PAPPs. *Aten Primaria.* 2003;32 Supl 2:102-20.