

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 44

Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria

Autor/es: Martín Lesende, Iñaki

Filiación: Centro de Salud Castro Urdiales (Cantabria)

Contacto: Centro de Salud Cotoilino. Avda. República Argentina, 3
39700 Castro Urdiales (Cantabria) Teléfono 942860485

imartin@gap01.scsalud.es

Fecha: 25-01-2006

Para citar este documento:

MARTÍN LESENDE, Iñaki (2006) "Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 44. [Fecha de publicación: 25/01/2006]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

ANCIANO DE RIESGO EN EL MEDIO COMUNITARIO. Planificación de cuidados en Atención Primaria

AUTOR:

Martín Lesende, Iñaki

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

Miembro del Grupo de Trabajo semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) de Atención al Mayor y del Grupo de Actividades Preventivas en los Ancianos del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria; semFYC).

Correspondencia:

Iñaki Martín Lesende

Centro de Salud Cotolino

Avda. República Argentina, 3

39700 Castro Urdiales (Cantabria)

Teléfono 942860485

imartin@gap01.scsalud.es

RESUMEN

La captación e intervención sobre ancianos de riesgo (o frágiles) en un tema de plena actualidad y relevancia. Existen una serie de diferencias y matizaciones conceptuales de la fragilidad según se consideren diferentes niveles asistenciales. En atención primaria es básico considerar los “ancianos de riesgo” en los primeros estadios de pérdida de función (que es cuando existen más posibilidades de revertir, evitar o enlentecer su progresión, con intervenciones adecuadas) o aquéllos que tengan factores predictores para sufrir deterioro o eventos adversos de salud. Como normas generales de intervención sobre ancianos de riesgo tenemos: correcto abordaje de síndromes geriátricos y cuadros específicos, aplicación de actividades de promoción de la salud y preventivas recomendadas, evitar hospitalización o mitigar sus efectos, potenciación de actividad física y movilidad, empleo de la Valoración Geriátrica Global (VGG), potenciación de los profesionales de enfermería.

RELEVANCIA

El anciano de riesgo tiene mayor posibilidad de perder progresivamente su funcionalidad y de sufrir eventos adversos de salud. Por tanto, constituye una población diana a detectar, valorar y sobre la que actuar, con la finalidad de evitar o retrasar esa evolución negativa. Muchas veces el resultado final de este devenir adverso será la situación de dependencia, y esto está de plena actualidad debido a la próxima ley gubernamental de atención a la dependencia; el enfoque de esta ley parece dirigida fundamentalmente a la atención de la dependencia establecida, pero no hay que olvidar el papel de prevención de esta situación ¹, papel que viene sustentado por el retraso que parece estar dándose en las últimas décadas a nivel poblacional en su establecimiento ².

Podemos argumentar la importancia del manejo del anciano frágil, en base a:

-Relevancia pronóstica. Como ya se ha mencionado, tienen una mayor probabilidad de padecer eventos adversos, y situación de dependencia.
-Relevancia clínica y asistencial. Entre las actividades programadas o protocolizadas en la Atención Primaria de las diferentes Comunidades Autónomas, se suelen incluir las específicas dirigidas a la atención de las personas mayores, y dentro de las mismas cada vez es más frecuente encontrar las de diagnóstico y manejo del anciano de riesgo o frágil. Por otro lado, hay que considerar que esta evolución hacia eventos adversos y deterioro puede ser reversible o modificable con intervenciones adecuadas (en contenido e intensidad).

-Relevancia epidemiológica, y repercusión en la eficiencia asistencial.

Atendiendo a diversos métodos de captación, la proporción de personas de 75 ó más años que consideraríamos frágiles, respecto de la población de esta edad que permanece en el medio comunitario, es variable, pero en cualquier caso muy elevada: un 63% daría positivo en el Cuestionario de Barber (cuestionario de cribado)³, un 25% presenta alteración para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)⁴ o en los “test de ejecución”, un elevado porcentaje padecen síndromes geriátricos y factores de riesgo pronósticos de deterioro (50% tienen más de 80 años, un 20% es hospitalizado cada año, sufren caídas el 28%, un 40% toman 4 ó más fármacos de manera habitual, un 15% presenta alteración cognitiva,...)⁴.

En definitiva, debemos considerar el tema de la fragilidad, como uno de los más prioritarios en la atención de las personas mayores.

ENFOQUE CONCEPTUAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Isabel es una mujer de 83 años, con buena funcionalidad e independencia. Vive sola, aunque tiene una hija que acude a visitarla frecuentemente. Tiene buena solvencia económica y relación social.

Entre sus antecedentes médicos, caben destacar la existencia de Hipertensión Arterial (HTA) bien controlada con la medicación, y Diabetes tipo II, que aunque no está muy bien controlada, la paciente rechaza sistemáticamente la insulinización.

Acudió a la consulta del Centro de Salud refiriendo que estaba más torpe, que tenía pérdida de memoria, y que había sufrido un episodio autolimitado de desorientación nocturna.

Pocos días después sufre una caída casual al tropezarse en el baño, con resultado de una contusión torácica que le ocasiona bastante dolor; desde entonces tiene mucho miedo a caerse, anda de manera torpe e insegura, le da miedo salir de casa, se retrae, la hija tiene que acudir casi a diario a ayudarlo y controlar cómo está.

Se define como fragilidad el estado de alta vulnerabilidad para padecer eventos adversos de salud (como discapacidad, dependencia, caídas, institucionalización, o muerte); resulta de una disminución de las reservas fisiológicas, con desequilibrio de sistemas orgánicos, y de un desequilibrio para mantener la homeostasis frente a perturbaciones externas^{5,6}. Se consideran eventos adversos clásicos la hospitalización, institucionalización, o muerte, aunque cada vez se añaden más otros, como existencia de caídas, discapacidad, dependencia,... En la tabla 1 se indican algunas diferencias en la concepción de fragilidad entre la atención primaria y el medio especializado⁷.

La atención primaria se centra más en el anciano de riesgo, con deterioro funcional leve o reciente, con probabilidad de deterioro mayor. En esta “fragilidad incipiente o sutil” 7 (gráfico 1), la persona muchas veces se muestra con alteración leve o inaparente en su funcionalidad, y aunque suelen ser independientes para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), una valoración más concienzuda denotará, por lo general, repercusión en algunas de sus Actividades Instrumentales (AIVD) como: relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su medicación, manejo de la economía doméstica, uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos,... Es fundamental detectar e intervenir adecuadamente en estos estadios precoces, por ser cuando más posibilidad hay para revertir o modificar la evolución ^{8,9}. Son las personas que más interesa captar de una manera sistemática y anticipatoria en la comunidad. La atención primaria por sus características de continuidad de asistencia y accesibilidad a la prevención primaria ocupa un lugar privilegiado y fundamental en esta tarea.

En el medio especializado, cada vez toma más relevancia el concepto de anciano frágil como Síndrome Clínico o Fenotipo ¹⁰, por la atribución de alteraciones biológicas (pérdida de peso involuntaria, sensación de cansancio o agotamiento, disminución de la fuerza de prensión, disminución de la velocidad de la marcha, actividad física baja), marcadores bioquímicos, y factor pronóstico.

DETECCIÓN DE ANCIANOS DE RIESGO ¹¹

La **identificación y captación de ancianos de riesgo** supone todavía en la actualidad un importante dilema sin resolver, y hay que seguir invirtiendo esfuerzo investigador y clínico para despejarlo. Puede llevarse a cabo, en líneas generales, de tres formas diversas:

1. Estrategia de cribado poblacional.

Se han empleado diversos **criterios clásicos de fragilidad, muchas veces conformando cuestionarios de cribado**, que incluyen el Cuestionario de Barber ^{12, 13} (representante y el más empleado en nuestro medio; gráfico 2), variaciones en contenido o forma de administración de éste, u otros cuestionarios semejantes. Los principales de estos 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 a lo largo del tiempo con poco cuestionamiento científico de su pertinencia y adecuación.

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

2. Cribado o detección de casos en base a factores con consistente predicción de padecer eventos adversos o pérdida de función. Es en parte similar a la fase anterior, pero seleccionando solo aquellos factores de riesgo que hayan demostrado, en base a las publicaciones científicas, consistente predicción para la pérdida funcional o sufrir resultados adversos de salud. Algunos de estos factores relevantes son:

-la **edad avanzada** (mayor de 80 años) ¹⁴⁻¹⁸

-la **hospitalización reciente** ¹⁹ como factor de deterioro funcional, nuevas hospitalizaciones, institucionalización, o mortalidad.

-**deterioro cognitivo**, que se asocia con resultados adversos de salud ^{8, 20-23}.

-**Comorbilidad**, sobretodo con determinadas patologías crónicas ⁸ (deterioro cognitivo, depresión, déficit visual, incontinencia, disminuciones en el índice de masa corporal) ^{8, 17}

-**deficiente soporte o condicionantes sociales adversos** ²⁴⁻²⁷

-otros factores son las **caídas** o la **polifarmacia** ²⁸.

3. Estrategia de cribado o selección en base a la pérdida de funcionalidad. En la actualidad la tendencia cada vez más extendida es detectar las personas mayores con una disminución **reciente o no muy evolucionada** en su capacidad físico-funcional (que no presentan importantes deterioros en ABVD) ^{8,9}, cognitiva, o social, y sin haber llegado todavía a un estado de dependencia; en definitiva basarse en criterios específicos de funcionalidad. Está consolidada en la literatura la relación entre el deterioro en AVD y resultados adversos de salud, como la institucionalización, hospitalización y mortalidad ²⁹⁻³². La principal limitación actual para seguir esta estrategia, es no disponer de adecuadas herramientas validadas que identifiquen con un valor predictivo alto estos sujetos con sutil o incipiente deterioro, principalmente en las AIVD que son las que en primer lugar se deterioran, y que muchas veces son la expresión de 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. Otra forma de evaluar la funcionalidad es a través de pruebas breves que valoran la marcha, equilibrio, y movilidad ⁹. Son conocidas como “pruebas de ejecución”, y cada vez se emplean más por su sencillez y correlación con las otras pruebas antes mencionadas. El test de “levántate y anda” ³³ (tabla 3) es uno de los más conocidos y utilizados en la práctica asistencial.

Existen experiencias con cuestionarios integradores de varios aspectos de los comentados ³⁴.

La tabla 4 recoge la recomendación del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) respecto a la detección de ancianos de riesgo ³⁵.

Comentar, como se recoge en la recomendación PAPPS, que no tenemos evidencia para poder recomendar el **Cuestionario de Barber** como cuestionario de cribado de ancianos de riesgo, en base a ^{3, 36}:

a) El cuestionario de Barber como tal no parece útil para seleccionar ancianos con más riesgo de sufrir hospitalización, institucionalización, o muerte en atención primaria. Presenta 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)

-muy pobre Valor Predictivo Positivo, 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,

b) Los ítems 9 (“hospitalización en el último año”) y 6 (“tener a menudo problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo”) presentan asociación estadísticamente significativa con sufrir eventos adversos. El ítem 9 es el mejor y clave, estando escasamente asociado con otras variables; el ítem 6 se relaciona con otros ítems y variables consideradas.

Isabel tenía una serie de condicionantes que hacían que la considerásemos “de riesgo”:

-ha sufrido una caída, con un síndrome postcaída, que repercute importantemente en su funcionalidad

-refiere pérdida de memoria, tenemos que despistar un deterioro cognitivo.

-el vivir sola en el domicilio constituye actualmente una situación de riesgo.

GENERALIDADES DE INTERVENCIÓN

Como ya hemos comentado anteriormente, la detección y evaluación del anciano frágil tiene sentido si se sigue de intervenciones que sean capaces de modificar su predicción de progreso en su deterioro y padecimiento de efectos adversos de salud. Algunos aspectos generales clave en esta intervención son:

1. Realización de **actividades sistemáticas** que han demostrado ser beneficiosas. Deberíamos estar convenientemente formados en el **correcto abordaje de síndromes geriátricos y cuadros específicos**, y que ocasionen fragilidad-dependencia⁷ (tabla 5). Hay que promover y fomentar las **actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas**³⁵; en este sentido son claves la realización de un **ejercicio físico** adecuado a las características de cada persona, y el mantenimiento de un buen soporte nutricional.

2. **Evitar situaciones estresantes a las que son más vulnerables (hospitalización), o tratar de minimizar sus consecuencias.**

3. **Potenciar aspectos de movilidad, habilidades físicas, disminución de riesgos.** La **fisioterapia** ha demostrado un importante papel de recuperación, sobretodo en ancianos no muy deteriorados y cuando se realiza en domicilio⁹.

4. Adiestramiento y potenciación en la utilización de la **Valoración Geriátrica Global (VGG)**, adaptada a la realidad de la atención primaria, como herramienta de valoración multidimensional, de detección de déficits, de aplicación de

actividades preventivas, y de articulación de una sistemática para definir los problemas encontrados, sobre los que aplicar intervenciones y monitorizar sus cambios. Como ya hemos comentado, debemos seguir avanzando en los métodos de medición y valoración de la funcionalidad. Aunque no hay suficiente evidencia de la efectividad de la (VGG) para ser aplicada de manera sistemática en el medio comunitario, sí se recomienda prioritariamente en los ancianos frágiles o con factores con suficiente predicción de deterioro³⁷.

5. Potenciación de los profesionales de enfermería en cuanto a la atención a las personas mayores en atención primaria. Hay que definir las intervenciones que han mostrado mejores resultados.

Los problemas que detectamos y sobre los que actuamos en Isabel fueron:
-SD POSTCAÍDA, ALTERACIÓN LA EN MARCHA Y EQUILIBRIO. Derivamos al fisioterapeuta.

-SOLEDAD, RIESGO SOCIAL. Se le aportó el servicio de telealarma. Se recomendó una asistencia domiciliaria, a la que accedió y se autofinanció (dos días a la semana)

-NO VACUNACIÓN ANTITETÁNICA. Le vacunamos.

La gráfica 3 sintetiza mi visión de una estrategia globalizada del anciano de riesgo, y población mayor en general³⁸. En la población de personas mayores que permanecen en la comunidad, existe un grupo de personas con deterioro, dependencia, o fragilidad establecida, que por norma general conocemos y recibe una atención sanitaria, y otro grupo de ancianos que se consideran frágiles, bien porque tienen factores predictores (hospitalización, caídas, mucha edad,...), o porque tienen o sospechamos una pérdida de función; estos últimos son los que debemos seleccionar activamente, y en primer lugar hacer una evaluación funcional más amplia, muchas veces englobada en una VGG. Haremos una intervención subsecuente, y si no obtenemos los resultados esperados, o lo creemos conveniente tras la evaluación inicial, derivaremos o estableceremos otras medidas asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regato P, Martínez L. Envejecer en España y la atención a la dependencia. En: Grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. Atención a las Personas Mayores desde la Atención Primaria. semFYC ediciones. Barcelona 2004. Pags: 23-38.
2. Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent trends in disability and functioning among older adults in United States. A systematic review. JAMA 2002; 288 (24): 3137-46.
3. Martín Lesende I, Rodríguez Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40 (6): 335-44.
4. Martín Lesende I, García A, Abajo JL. Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural y urbana de 75 o más años de una misma zona de salud. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (3): 150-155.
5. Buchner DM. Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992; 8: 1-7
6. Selva A, Vilardell M. Fragilidad, actualización de un concepto relevante en la geriatría moderna. Año gerontológico 2004; 18: 53-9.
7. Martín Lesende, I. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. Cuadernos de Gestión para el profesional de atención Primaria 2002; 8 (2): 91-100.
8. 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.
9. 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 (14): 1068-74.
10. Fried L, Tangen C, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci 2001; 56^a: M146-156
11. Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria; recomendación. Aten Primaria 2005; 36 (5): 273-7.

12. Barber JH, Wallis JB, Mc Keatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 49-50.
13. Barber JH, Wallis JB. Geriatric screening. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 57.
14. 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.
15. 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); 1999 Jun 10; Bilbao.
16. 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.
17. 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.
18. Urbina JR, Flores MJ, García MP, Rodríguez E, Torres L, Torrubias RM. The elderly at risk in the province of Guadalajara. *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 293-9.
19. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, Burant CJ, Landefeld CS. 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(4): 451-8.
20. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med* 1995; 122: 422-9.
21. Stump TE, Callahan CM, Hendrie HC. Cognitive impairment and mortality in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 934-40.
22. 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.

23. Sitjas E, San José A, Armadans L, Munder X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003; 32: 282-7.
24. Temkin-Greener H, Bajorska A, Peterson DR, Kunitz SJ, Gross D, Williams F, Mukamel DB. Social support and risk-adjusted mortality in a frail older population. *Medical Care* 2004; 42 (8): 779-88.
25. Rogers RH. The effects of family composition, health, and societal support linkages on mortality. *J Health Social Behav* 1996; 37: 326-338.
26. 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 man and women in the Augsburg area. *Z Gerontol Geriatr* 1998; 31: 184-92.
27. 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.
28. 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: 429-432.
29. Katz S, Branch LG, Branson MH, et al. Active life expectancy. *N Engl J Med* 1983; 309: 1218-24.
30. 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.
31. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Gerontol* 1988; 43: 153-61.
32. Coughlin TA, Mc Bride TD, Perozek M, Liu K. Home care for the disabled elderly: predictors and expected costs. *Health Serv Res* 1992; 27: 453-79.
33. Mathias S, Nayak U, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "Get-up and Go" test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67: 387-9.
34. Allesi J. The yield, reliability, and validity of a Postal Survey for screening community-dwelling older people *Am Geriatr* 2003;51:194-202.

35. Litago C, Martín Lesende I, Luque A, de Alba C, Baena JM, de Hoyos MC, Gorroñoigoitia A. Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2005 PAAPS. Aten Primaria 2005; 36 (supl 2): 93-101.

36. Martín Lesende, I. Utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar personas de 75 ó más años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Tesis doctoral. 2004. Archivo General de Tesis. Biblioteca General, Campus Universitario de Leioa, UPV/EHU.

37. de Alba C, Baena JM, de Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en los mayores. Actualización 2003 PAAPS. Aten Primaria 2003; 32 (supl 2): 102-120.

38. Martín Lesende, I. Asistencia al mayor en atención primaria. ¿dónde estamos? ¿hacia dónde vamos?. Formación Médica Continuada (FMC) (editorial) 2005; 12 (7): 431-3

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Diferencias conceptuales de la fragilidad entre la atención primaria y el medio especializado

ATENCIÓN PRIMARIA	MEDIO ESPECIALIZADO
Se tiende a hablar de anciano de riesgo . <i>Definición de riesgo</i> * : probabilidad o proximidad de un daño	Se tiende a hablar de anciano frágil <i>Definición de frágil</i> * : quebradizo, y que con facilidad se hace pedazos
Se identifica más con la parte de la definición de fragilidad de “sufre una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica, que le lleva a una mayor probabilidad de sufrir un deterioro progresivo con mayor pérdida de función y de padecer eventos adversos de salud”	Se identifica más con la parte de la definición de fragilidad de “vulnerabilidad para padecer eventos adversos de salud; desequilibrio para mantener la homeostasis”
Considera fundamentalmente la pérdida reciente o incipiente de funcionalidad (AIVD**)	Considera la pérdida establecida de funcionalidad (ABVD***) o deterioro importante
Gira en torno a la “FRAGILIDAD INCIPIENTE O SUTIL”	Gira en torno a la “FRAGILIDAD MANIFIESTA”

*) diccionario de la RAE (Real Academia Española de la lengua)

**) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

***) Actividades Básicas de la Vida Diaria

Tabla 2. Criterios clásicos de fragilidad

- Edad de 80 o más años
- vivir sólo
- reciente enviudamiento
- patología crónica con repercusión
- déficit auditivo o visual
- caídas
- polifarmacia
- ingreso hospitalario reciente
- alteración cognitiva o afectiva
- deficiente soporte socio-económico

Tabla 3. Test de “levántate y anda” “up and go test”)

El paciente debe estar sentado en una silla con respaldo y con la espalda bien apoyada en el mismo.

Se le pide que se levante de la silla (sin apoyarse), camine 3 metros, se gire, regrese a la silla y se siente nuevamente.

Se mide el tiempo que tarda en realizar la actividad. Si la realiza en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal; si tarda más se considera alterado *

**) esta valoración en tiempo es la variedad de la prueba “timed up and go test”. No obstante la propia visualización de sus componentes nos da una rica información (levantarse, equilibrio, giro, marcha, sentarse).*

Tabla 4. Recomendación PAPPS respecto a la detección de ancianos de riesgo

-No podemos recomendar el uso del Cuestionario de Barber como herramienta de cribado de anciano de riesgo por sus deficiencias estructurales y de contenido, y falta de evidencia de su utilidad.

-La valoración funcional parece constituir el principal método para determinación de 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 a considerar en la práctica hoy en día.

Tabla 5. Síndromes gerátricos y aspectos importantes de formación específica

<p><u>VALORACIÓN GERIÁTRICA</u></p> <p><u>SINDROMES GERIÁTRICOS</u></p> <p>Deterioro cognitivo y demencia</p> <p>Síndrome confusional</p> <p>Incontinencia urinaria</p> <p>Inestabilidad y caídas</p> <p>Inmovilidad y sus consecuencias</p> <p>Desnutrición</p>	<p><u>Problemas de elevada prevalencia y trascendencia clínica</u></p> <p>HTA y patología cardiovascular</p> <p>Osteoarticular. Artrosis</p> <p>Diabetes</p> <p>Alt. visión y audición</p>
	<p><u>Peculiaridades en abordaje y/o manejo</u></p> <p>Estreñimiento</p> <p>Depresión y ansiedad</p> <p>Insomnio</p>
	<p><u>Farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia</u></p>

Gráfico 1. Progresión de la fragilidad

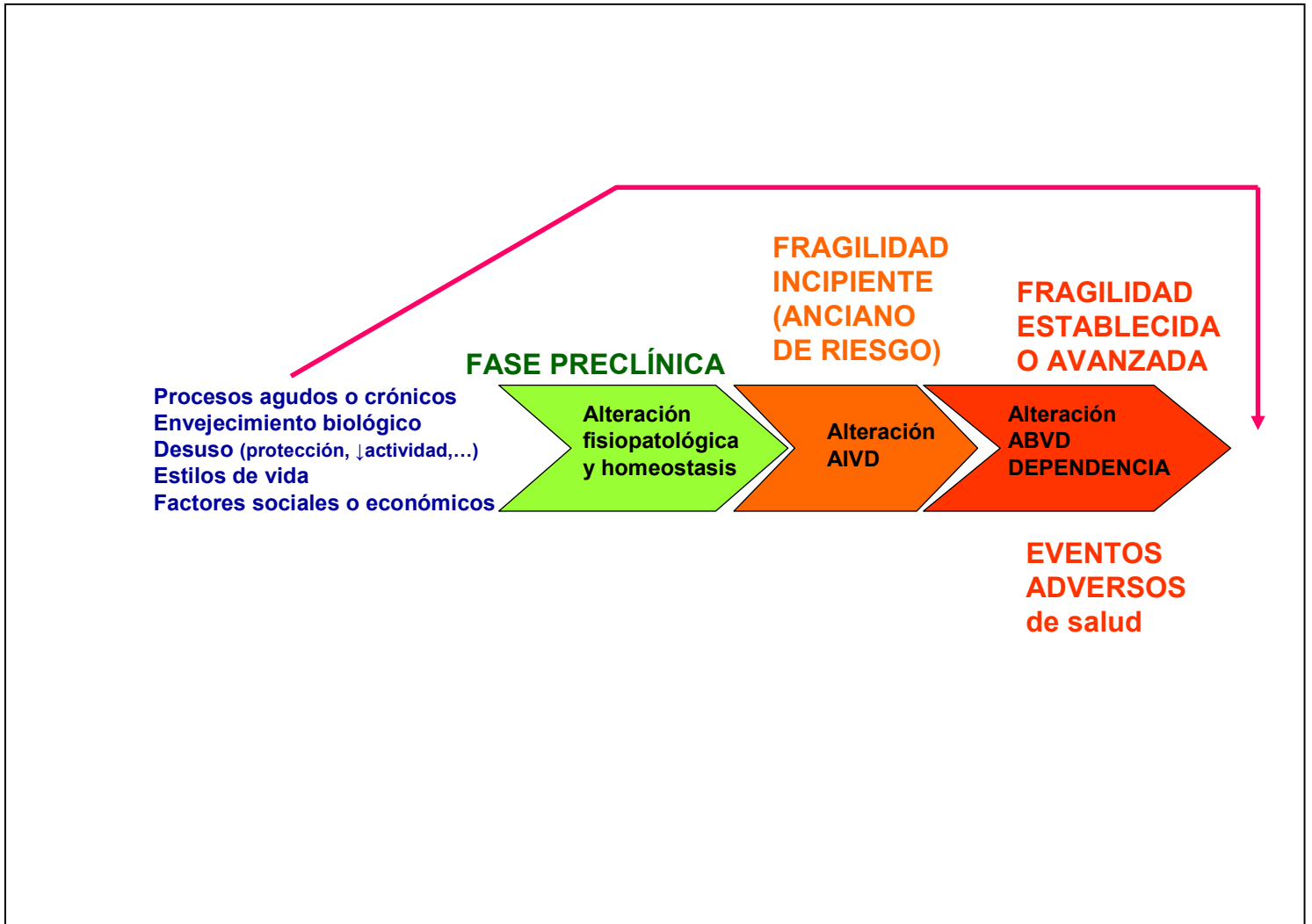


Gráfico 2. Cuestionario de Barber

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 dos 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 una o más preguntas

Gráfico 3. Estrategia integradora sobre población anciana

