

UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN GLOBAL DEL RIESGO EN EL ANCIANO.

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE BARBER

Autores: González-Fernández MA¹, Corral- Llana Fidel ², Vázquez-Colinas MD³,
Duarte-Clímets G ⁴, Sánchez-Gómez MB⁴ Guzmán-Fernández MA⁵.

¹ Enfermera. Responsable de Enfermería de Equipos. Gerencia de Atención Primaria El Bierzo.

² Enfermero. Centro de Salud de Bembibre. Área El Bierzo.

³ Enfermera Responsable de Enfermería. Centro de Salud Ponferrada I. Área El Bierzo.

⁴ Enfermero. DC Cuidados Sociosanitarios.

⁵ Enfermera Gerencia Regional de Salud. Sacyl

Dirección para correspondencia:

Gerencia de Atención Primaria. C/ El Medio, 1 - 24400 Ponferrada-León

e-mail: magonzálezf@saludcastillayleon.es

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se extraen de este estudio siguiendo los Niveles de evidencia (NE) y Grados de recomendación (GR) del Joanna Briggs Institute (JBI) son:

1. Realizar un seguimiento de la fragilidad en el anciano mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad. **(N I – GR A)**
2. El instrumento utilizado debe incorporar un sistema de detección de los factores de riesgo definidos por Stuck: ansiedad, depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, historia de caídas previas, limitación funcional de extremidades inferiores, problemas de audición, uso de medicamentos: insulina, diuréticos, tranquilizantes, IMC bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud pobre, bajo nivel de contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad superior a 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes. **(N I- GR A)**
3. Es necesario elaborar un Cuestionario que subsane las deficiencias halladas en el Cuestionario de Barber así como un Plan de Necesidades acorde a las necesidades detectadas. **(N II-GR B)**

Resumen

INTRODUCCIÓN. La fragilidad en ancianos en la Cartera de Servicios de SACyL se detecta con el Cuestionario de Barber. Este trabajo forma parte de la estrategia de SACyL para desarrollar un Banco de Evidencias en Cuidados.

OBJETIVO. Buscar un instrumento de valoración global para la detección del riesgo en el anciano. Identificar evidencias sobre validez del Cuestionario de Barber como instrumento de predicción de riesgo en ancianos. Elaborar recomendaciones para mejorar la Cartera de Servicios SACyL.

METODO. Revisión sistemática de la literatura.

RESULTADOS. La síntesis de valoración del Cuestionario de Barber aporta diferentes resultados según autor, zona rural ó urbana y definición del riesgo. La adaptación a nuestro medio obtiene un GRAQUoL de 60%-66%.

Los factores de riesgo con un NI / GRA son: ansiedad, depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, caídas previas, disminución de la movilidad, problemas de audición, polimedicación, Índice de Masa Corporal bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud baja, poco contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad superior a 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes.

DISCUSIÓN. El estudio que adapta a nuestro medio el Barber, fija la redacción de los 9 ítems en castellano. Sorprende que en artículos posteriores se encuentren diferentes enunciados para los Ítems sin hacer una nueva validación.

El uso de este instrumento en nuestro contexto actual, distinto de donde se originó, y bajo la fórmula en que se administra puede tener limitaciones. La validez del Cuestionario depende del concepto de fragilidad que se considere. Puede ser un buen instrumento para estimar el riesgo de dependencia a nivel comunitario en zonas urbanas. No parece serlo para detectar ancianos de riesgo a nivel individual.

Las implicaciones para la práctica de nuestro estudio se relacionan con el uso generalizado del cuestionario. La trascendencia que tiene para determinar posteriores valoraciones y seguimiento de pacientes sensibles a un deterioro grave, debería motivar la elaboración de un instrumento más fiable y sensible basado en los factores de riesgo reseñados.

PALABRAS CLAVE. Cuestionario de Barber. Anciano de riesgo. Valoración Geriátrica. Instrumento válido

Abstrac

INTRODUCTION. The fragility in elderly in the portfolio of services, from SACYL is detected by the questionnaire Barber. This work is part of the strategy to develop a Bank SACYL Evidence in Care. **OBJECTIVE.** Find a comprehensive assessment tool for the detection of risk in the elderly. Identify evidence of validity of the questionnaire as a tool Barber risk prediction in the elderly. Develop recommendations for improving the service portfolio SACYL

METHOD. Systematic review of the literature.

RESULTS. The synthesis of Barber assessment questionnaire gives different results by Author, urban or rural area and definition of risk. The adaptation to our environment GRAQUoL get a 60% -66%. Risk factors with a NI / GRA are: anxiety, depression, moderate alcohol consumption is not, cognitive impairment, comorbidity, previous falls, decreased mobility, hearing problems, polypharmacy, Body Mass Index low / high, loss of visual acuity, low self-rated health, low social contact, poor social support, poverty, age > 80 years, physical inactivity, recent hospitalization and frequent hospital readmissions.

DISCUSSION. The study adapts to our environment Barber sets the drafting of the 9 items in Castilian. Surprisingly, in subsequent articles are different statements to the items without a new validation. Using this tool in our current context, other than where it started, and under the formula that is given may have limitations. The validity of questionnaire depends on the concept of frailty being considered. It can be a good tool for estimating the risk of reliance at the community level in urban areas. There seems to be to identify at-risk elderly individuals. The implications for the practice of our study are related to the widespread use of the questionnaire. The significance of determining assessments and subsequent monitoring of patients susceptible to serious deterioration, should motivate the development of a reliable and sensitive instrument based on the risk factors discussed.

KEYWORDS. Questionnaire Barber. Frail Elderly. Geriatric Evaluation. Valid instrument

Introducción

La atención integral al anciano en las consultas de Atención Primaria requiere un instrumento válido y ágil para una valoración global, que permita la detección de ancianos frágiles o de riesgo con el fin de establecer un plan de cuidados acorde a las necesidades detectadas dirigido a evitar un deterioro mayor al propio del envejecimiento.

En el año 1993 un metanálisis¹, que estudia los resultados de valoraciones globales y seguimiento de ancianos, propone una mayor atención a las necesidades de las personas mayores a fin de mejorar y desarrollar intervenciones más eficaces en sus enfermedades y discapacidades.

Posteriormente en el año 1999 se publicó una revisión sistemática² donde se identifican los factores de riesgo que influyen en la disminución de la capacidad funcional de los ancianos.

Actualmente el instrumento utilizado en nuestra Cartera de Servicios³ para evaluar este aspecto es el Cuestionario de Barber⁴.

Se ha llevado a cabo esta revisión para buscar un instrumento de valoración global para la detección del riesgo en el anciano y el estudio de la validez del Cuestionario de Barber en nuestro medio.

Este trabajo forma parte la estrategia del Servicio Autonómico de Salud Castilla y León (Sacyl) para el desarrollo de un Banco de Evidencias en Cuidados.

Los objetivos de este estudio son: buscar un instrumento de valoración global para la detección del riesgo en el anciano, identificar evidencias sobre la validez del Cuestionario de Barber como instrumento de predicción de riesgo en personas mayores y elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de Sacyl.

Método

Revisión sistemática de la literatura con protocolo explícito⁵, revisión por pares y resolución de las discrepancias en el grupo. Se diseña la estrategia de búsqueda, restringida a publicaciones en castellano, portugués e inglés, que sigue la estructura Pacientes Intervención Comparador Objetivos (PICO/Sackett)⁶ por descriptores DECS y MeSH en las bases de datos (BVS-IbeCS, Scielo, Cuiden, Joanna Briggs, Cochrane, Medline, INAHTA, y Guíasalud) y se completa mediante búsqueda referencial.

Los criterios para la inclusión de los estudios han sido: tema (envejecimiento-salud), método (ensayos clínicos, estudios de cohortes, de prueba diagnóstica y otros), aplicabilidad y año de publicación sin limitar.

El análisis y la lectura crítica se realizan mediante el Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe)⁷ e Índice GRAQUoL⁸ y la síntesis mediante Tabla de síntesis. El Nivel de evidencia (N) y el Grado de Recomendación (GR) son elaborados según la clasificación del Instituto Joanna Briggs⁹.

Resultados

Se encuentran 1.061 estudios en una primera búsqueda por Desc/MeSH, en relación con envejecimiento/salud. De ellos se seleccionan 60 que cumplen criterios de aplicabilidad. Dado que no encontramos otro instrumento de valoración global del anciano de riesgo en formato cuestionario, nos centramos en la validez del Cuestionario de Barber en nuestro medio, y tras revisión crítica se seleccionan 6 estudios. Tabla 1.

Los seis estudios seleccionados son: dos originales de J.H. Barber,^{4,10} autor del Cuestionario, un estudio de cohortes¹¹, el estudio de prueba diagnóstica que realiza la adaptación a nuestro medio¹², una revisión sistemática² y un metanálisis¹. Tabla 2.

De ellos se incluyen los cuatro primeros en nuestra Revisión Sistemática y se utilizan la Revisión Sistemática y el Metanálisis, ambos de Stuck, como estudios antecedentes de base.

La revisión sistemática de Stuck propone sentar las bases para la elaboración, mejora y aplicación de estrategias para prevenir o retrasar la aparición de discapacidad en las personas de edad avanzada y estudian que factores de riesgo influyen en la disminución de la capacidad funcional o en la limitación de la función física.

Los factores de riesgo que se asocian a pérdida de funcionalidad son: ansiedad, depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, historia de caídas previas, limitación funcional de extremidades inferiores, problemas de audición, uso de medicamentos: insulina, diuréticos, tranquilizantes, IMC bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud pobre, bajo nivel de contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad > 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes.

El metanálisis de Stuck estudia 28 ensayos controlados que comprenden a 4.959 sujetos asignados a uno de cinco tipos de Valoración Geriátrica Integral (CGA) y 4.912 controles. En sus conclusiones proponen una mayor atención a las necesidades de las personas mayores, a fin de mejorar y desarrollar intervenciones más eficaces en sus enfermedades y discapacidades. Los programas que incluyen recomendaciones y un amplio seguimiento ambulatorio, tienen más posibilidades de ser eficaces.

En hospitales geriátricos, disminuye la mortalidad temprana en un 35% y en pacientes dados de alta de hospital y que van a domicilio, disminuye la mortalidad a largo plazo en un 14%.

La síntesis de valoración del Cuestionario de Barber (CB), recogida en la Tabla III, nos muestra los diferentes resultados dependiendo de la zona de aplicación, rural ó urbana, la forma de ser administrado el cuestionario y según se defina el riesgo de fragilidad en el anciano.

En el estudio que desarrolla el Cuestionario obtienen los siguientes resultados: Total muestra: 88, Sensibilidad: 95%, Especificidad: 68%, VP+= 91%, LR+= 2.96 y LR-= 0.07. Obtuvieron tres falsos negativos pero con bajo riesgo: pérdida de energía, dispepsia y dieta pobre por falta de dentadura. Hay que tener en cuenta que en el estudio la población ≥ 75 años era de 31 pacientes.

El estudio de prueba diagnóstica de Larizgoitia que realiza la adaptación a nuestro medio obtiene distintos resultados según la zona de aplicación (rural o urbana) y según el modo de administrar el cuestionario (por medio de un informante indirecto o autoadministrado):

- Aplicado en una zona rural y por medio de un informante indirecto los resultados fueron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 87%, VP+: 81%, VP-: 83%, Kappa: 75%, Total muestra: 57 ($\geq 75 = 41$) (eliminaron del análisis el ítem 1). Realizaron un análisis de solo tres ítems (el 6, el 9 y el 2) y obtuvieron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 94%, VP+: 89%, VP-: 94% y Kappa: 83%.

- En una zona urbana y por test autoadministrado los resultados fueron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 31%, VP+: 49%, VP-: 79%, Kappa: 17%. Total muestra: 109 ($\geq 75 = 61$). (Eliminaron del análisis la dimensión social por un Kappa muy bajo).

También analizaron tres ítems (el 6, el 3 y el 2) y sus resultados fueron: Sensibilidad: 82%, Especificidad: 63%, VP+: 54%, VP-: 86%, y Kappa: 40%.

Este estudio de adaptación a nuestro medio del cuestionario, según nuestro análisis, obtiene un GRAQUoL de 60%-66%.

El estudio de cohortes de Martín Lesende, que analiza la utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte, estudia una muestra de personas de 75 años o mayores, no institucionalizadas en residencias de larga estancia (criterio de exclusión), adscritas a un centro de salud urbano: 132 personas, 60 son varones (45,5%) y 72, mujeres (54,5%). El cuestionario de Barber define los expuestos y no expuestos de la cohorte: grupo sin riesgo (0 puntos, ninguna respuesta afirmativa) y grupo de riesgo (≥ 1 punto, al menos una respuesta afirmativa). Variables de resultado son los eventos negativos de salud acontecidas al año de seguimiento: ingresos hospitalarios en planta, mortalidad e institucionalización en residencia.

Obtiene los siguientes resultados:

Cuestionario de Barber positivo 62,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, (54,5-71,3); el 72,3%, = 2 puntos. Sólo una respuesta afirmativa al ítem 2, y ninguna al 4. Barthel alterado, el 27,6% del total; Pfeiffer, el 19,4%. Asociación CB positivo-Barthel y Barthel-Pfeiffer alterados ($p < 0,0001$). Riesgo relativo (RR) = 2,1 (IC del 95%, 0,8-5,4) para hospitalización, y 2,3 (IC del 95%, 0,9-5,7) para los 3 eventos en conjunto, si el CB era positivo; 23,8 (IC del 95%, 3,0-182,9) y 37,2 (IC del 95%, 4,9-283,2) para mortalidad; 2,7 (IC del 95%, 1,3-5,6) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,1) para hospitalización; 2,8 (IC del 95%, 1,4-5,7) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,3) para los 3 eventos, si el índice de Barthel o el cuestionario de Pfeiffer estaban alterados, respectivamente. RR de eventos en conjunto = 2,6 (IC del 95%, 1,2-5,4) si el ítem 6 («problemas le impiden valerse autónomamente») es positivo, y 4,9 (IC del 95%, 2,4-10,0) si es el ítem 9 («hospitalización previa»); ambos ítems son las únicas variables que obtienen RR estadísticamente significativos en la regresión logística.

El valor predictivo positivo (VPP) del CB, considerando eventos acaecidos, es del 27,7%. Prevalencia Barber positivo: 62,9%. Sensibilidad 0,82. Especificidad 0,42. VPP: 27,7%. VPN: 89,8%. Solo el ítem 9: Sensibilidad 0,54. Especificidad 0,87. VPP: 53,6% y VPN: 87,5%.

Discusión

Las limitaciones de la revisión se relacionan con el idioma, la disponibilidad de artículos y su accesibilidad. Nuestra búsqueda está restringida a artículos en castellano, portugués e inglés. Algunos de los artículos encontrados en la búsqueda inicial en bases de datos on-line no han sido revisados a texto completo por no ser de acceso libre. Ha sido la búsqueda referencial con la que hemos obtenido la mayoría de los artículos seleccionados. Tuvimos grandes dificultades para conseguir el artículo seminal donde se adaptaba el Cuestionario de Barber a nuestro medio.

Tras la revisión realizada no se encuentran, excluyendo los instrumentos de valoración no estructurados, alternativas al Cuestionario de Barber.

La adaptación del Cuestionario de Barber a nuestro medio, con su traducción, retrotraducción y pretest realizada en el estudio de Larizgoitia da origen a la redacción de cada uno de los nueve ítems en español y sorprende que en artículos posteriores se encuentren diferentes enunciados para los ítems sin haber constancia de una

nueva validación. Además se observa el intercambio en la numeración de los Ítems 3 y 4 en alguna bibliografía y manuales de Cartera de Servicios, que puede llevar parejo algún error de interpretación si éstos se mencionan exclusivamente por su número.

Entendemos que el uso de este instrumento en nuestro contexto actual y bajo la fórmula en que se administra, distintos de aquéllos de su origen en Glasgow hace 30 años como un cuestionario postal autoadministrado, puede tener limitaciones. No parece útil en Atención Primaria para seleccionar a los ancianos con más riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte.

La aplicación del Cuestionario de Barber puede ser buen método para detectar la dependencia física y social en comunidades pequeñas. En la zona urbana, puede ser un buen instrumento para estimar el volumen de riesgo de dependencia a nivel comunitario pero no para detectar ancianos de riesgo individual.

El ítem 9 serviría para predecir la ausencia de eventos negativos ya que tiene un alto valor predictivo negativo (VPN). La asociación de la funcionalidad (Ítem 6) con los eventos adversos se perfila como una línea de investigación clave a desarrollar y profundizar.

Por lo expuesto y dada la mayoritaria utilización de este cuestionario para determinar la necesidad de posteriores valoraciones a pacientes muy sensibles a un deterioro grave, debería considerarse la elaboración de un instrumento más fiable y sensible, basado en los factores de riesgo reseñados (Revisión Sistemática, Stuck) e incluyendo en él los ítems 6 y 9 del Cuestionario de Barber. Este instrumento debe detectar los factores de riesgo subyacentes en cada anciano para elaborar un adecuado Plan de Cuidados, con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de la discapacidad.

Bibliografía

1. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
2. Stuck AE, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48(1999) 445-469
3. Manual de Cartera de Servicios de Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. Valladolid 2008.
4. Barber JH, et al. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, January 1980
5. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008. ISBN: 84-931966-8-1. Página 26
6. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
7. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005; Disponible en: <http://www.redcaspe.org>. [Consultado 02/04/2008]
8. Badia X, Salameo M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona 1999. 2ª edición. Edimac.
9. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au> [Consultado 02/04/2008]
10. Barber JH. The benefits to an elderly population of continuing geriatric assessment. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1978, 28,428-433.
11. Martín-Lesende I, et al. 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
12. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol* 1996;6:224-231
13. Abaira V, Zamora J. Criterios de calidad de los estudios sobre pruebas diagnósticas. *FMC*. 2008, 15(7):460-1
14. Sánchez P, Aguilar I, Fuentelsaz C, Moreno MT, Hidalgo R. Fiabilidad de los instrumentos de medición de la Salud. *Enferm Clin*. 2005, 15(4): 227-36
15. Barber JH, et al. Assessment of the elderly in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1976, 26, 106-114

Tabla I. Estrategia de búsqueda en bases de datos.

BASE/ Fecha	Combinación DECS-MESH	Resultados/ Selección
http://bvs.isciii.es Ibecs 27/09/08	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Medición de Riesgo Factores de Riesgo Calidad de Vida Escalas	0
	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Factores de Riesgo Calidad de Vida Escalas	0
	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Factores de Riesgo Calidad de Vida	0
	Anciano Frágil Factores de Riesgo Calidad de Vida	0
	Anciano Frágil Calidad de Vida	0
	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica	0
	Anciano de 80 o más años	0
	Anciano Evaluación Geriátrica Medición de Riesgo Factores de Riesgo Calidad de Vida Escalas	0
30/09/08	Anciano	586
	Anciano Medición de Riesgo	0
	Anciano Factores de Riesgo	0
	Salud del Anciano	0
	Evaluación de Necesidades Anciano	0
	Anciano Evaluación Geriátrica	3/1
	Anciano Frágil	5/1
	Anciano Escalas	14/2
http://www.bvsalud.org 15/12/08	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Medición de Riesgo Factores de Riesgo Calidad de Vida Escalas	0
	Anciano frágil	94/7
	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Factores de Riesgo Calidad de Vida Escalas	1/1
	Anciano Frágil Evaluación Geriátrica Factores de Riesgo Calidad de Vida	9/3
	Anciano Frágil Calidad de Vida Escalas	6/1
Scielo.	Anciano/Aged	71/15
16/02/09	Personas mayores	8/4.
	Actividades de la vida diaria	8/3
	Anciano frágil	3/1
	Índice de Barthel	3/1
	Ancianos de 80 años y más	1/0
	Anciano de riesgo	0/0
	Autonomía personal	3/1
	Barthel	14/1
	Valoración geriátrica	1/1
Cochrane.	Anciano frágil	1/1
16/03/09	Anciano	78/1
	Valoración integral el anciano	0/0
	Valoración geriátrica	5/1
	Escalas de valoración	2/0
	Personas mayores de 75 años	38/0
	Valoración geriátrica integral	1/1
Cuiden	Anciano frágil	5/2
	Anciano débil	0/0
	Personas mayores	225/7
	Actividades de la vida diaria	63/0
	Barber	2/2
	Test de Barber	2/2
Guía Salud	Anciano frágil	0/0
	Anciano	0/0

	Personas mayores	0/0
	Actividades de la vida diaria	0/0
	Geriatría	0/0
	Anciano	93/1 (Guía de Práctica Clínica de Nueva Zelanda).
	Valoración geriátrica	0/0
Joanna Briggs	Personas mayores	92/0
	Actividades de la vida diaria	1/0
	Valoración geriátrica	0/0
	Vejez	0/0
	Anciano frágil	0/0
	Índice de Barthel	0/0
	Anciano de 80 años y más	0/0
	Anciano de riesgo	22/0
	Autonomía personal	0/0
	Valoración geriátrica	0/0
INAHTA	Frail Elderly	5/0
09/04/09	Scales geriatric dissability	0/0
	Barber	2/0
	Barthel	0/0
	Pfeiffer	0/0
	Yessavage	0/0

Tabla II. Tabla de Síntesis. Artículos seleccionados.

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio (características)	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario	Lectura crítica Calidad de la Evidencia
J. H. BARBER, JOAN B. WALLIS, EDITH McKEATING, 1979- Publicado en 1980	Pacientes del centro de salud de Woodside, Glasgow, mayores de 70 años. El centro está en un área de intensa renovación urbana y la población está sesgada hacia las clases sociales 3, 4 y 5.	Se envió una carta a cada paciente con un cuestionario con 9 preguntas. Después se evaluó a todos, y se comparó con el resultado del cuestionario.	Tuvo una tasa de respuesta del 81 por ciento, una sensibilidad de 0 * 95, una especificidad de 0 * 68, y un valor predictivo de 0-91. El uso de este procedimiento de detección puede reducir el volumen de trabajo de un programa de evaluación por un quinto.	Hay que tener en cuenta que en el estudio la población ≥ 75 años era de 31 pacientes de un total de 83.	CASPe: 8-9

<p>Barber, J. H. & Wallis, J. B. (1976). Assessment of the elderly in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 26, 106-114 Realizado el estudio de 1974 a 1976</p>	<p>Pacientes del centro de salud de Woodside, Glasgow, mayores de 60 años (zona de desarrollo urbano) de 150 pacientes con una evaluación geriátrica, se analizan los datos de 100, 26 hombres y 74 mujeres. < 70 20; ≥70 80</p>	<p>Se analizan las necesidades de la muestra según: -datos demográficos sobre el paciente, movilidad, visión, audición, necesidades médicas y sociales. OBJETIVO: Identificar síntomas y problemas de los ancianos. Evaluar formularios y evaluaciones periódicas de los servicios prestados. Que los equipos apliquen medidas a los problemas de la persona de edad avanzada. Desarrollar un sistema de información sobre los problemas y necesidades de las personas de edad avanzada.</p>	<p>Para cada paciente existe una media de 4-8 problemas medicosociales, y al menos una necesidad insatisfecha y 2-3 síntomas desconocidos. El número medio de los síntomas identificados mostró un aumento con la edad en pacientes de sexo femenino y el porcentaje de los síntomas no conocidos previamente, o que requerían la adopción de medidas, aumentó con la edad tanto en hombres como en mujeres, lo que da un total promedio de dos por paciente por debajo de la edad de 70 años y 2-3 en los mayores de esta edad. De los 100 pacientes, 53 pacientes vivían solos, 71 tenían algún grado de dependencia de otros, los problemas de vivienda se identificaron en 27 viviendas y los peligros en 136. La movilidad es un problema significativo en 65 pacientes y la dieta se consideró deficiente el 25. De los pacientes que se pensaba que requerían un servicio: sólo el 58 por ciento asistían a las clínicas de podología, el 58 por ciento tenía una ayuda a domicilio, sólo un 22 por ciento en la recepción de las comidas, y el 53 por ciento tenía contactos regulares de apoyo.</p>	<p>Abogan por la utilización de cuestionarios o test, para prevenir muchos de los problemas de los ancianos, ya que sólo conocemos el 50% de ellos. Detectados a tiempo podríamos abordarlos y una evaluación continua y permanente se podría utilizar de forma óptima tanto por los servicios de salud, como información para los responsables de la planificación de los servicios geriátricos, y así conocer la realidad. (No sabemos el nº exacto de mayores de 75).</p>	<p>CASPe: 7</p>
--	---	--	--	--	-----------------

<p>Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Revisión sistemática de la literatura de los estudios longitudinales publicados entre 1985 y 1997,</p>	<p>Estados Unidos (62 estudios), Dinamarca 2, Finlandia 2, Francia 4, Hong Kong, 1, Japón, 3, Holanda 1, Suecia 1, UK, 2.</p>	<p>Análisis estadísticos entre los factores de riesgo y los resultados funcionales</p>	<p>La mayor fuerza de la evidencia de un mayor riesgo en el estado funcional se encontró en la disminución de (orden alfabético): el deterioro cognitivo, depresión, la carga de morbilidad (comorbilidad), el aumento y disminución del índice de masa corporal, limitación funcional de las extremidades inferiores, la baja frecuencia de los contactos sociales, el bajo nivel de actividad física, sin el uso del alcohol moderado en comparación con el uso, la mala percepción del estado de salud, el tabaquismo y deterioro visual. El examen reveló que algunos factores de riesgo (por ejemplo, la nutrición, el medio ambiente físico) se han descuidado en el pasado en la investigación.</p>	<p>Los resultados de este análisis tienen implicaciones para el desarrollo de mejores métodos para prevenir la aparición de la discapacidad en las personas mayores. Sólo con una mejor comprensión de los factores de riesgo subyacentes y los mecanismos de proceso de la discapacidad se pueden hacer más eficaces los programas para prevenir o retrasar la aparición de la discapacidad en las personas mayores.</p>	<p>CASPe: 8-9 N I</p>
---	---	--	---	---	-------------------------------

<p>STUCK AE, SIU AL, WIELAND D, ADAMS, RUBENSTEIN LZ.. Metanálisis 1993 28 ensayos controlados que comprende 4.959 sujetos asignados a uno de los cinco tipos CGA y 4.912 controles</p>	<p>11 estudios en USA; 8 en UK; 4 en Canada;3 en Dinamarca;1 en Suecia y 1 en Australia.</p>	<p>CGA (Evaluación geriátrica completa). Los programas se clasifican en: (1) el hospital geriátrico de evaluación y la unidad de gestión (GEMU) (designado por CGA unidad de hospitalización y rehabilitación), (2) Servicio de consulta de geriatría hospitalaria (CIG) (CGA siempre en la consulta a pacientes hospitalizados en unidades); (3) evaluación de servicios de origen (HA) (CGA en el hogar que habitan las personas de edad avanzada); (4) evaluación de servicios del hospital a casa (HHAS) (CGA en el hogar para los pacientes recientemente dados de alta del hospital), y (5) evaluación de los servicios ambulatorios (OEA) (CGA siempre en un ambulatorio).</p>	<p>Meta-análisis de ensayos internacionales de una evaluación geriátrica CGA. Los resultados indican que ciertos tipos de CGA tienen un efecto significativo sobre la mortalidad, la situación en que viven, la capacidad física, cognitiva y funcional del paciente. En pacientes dados de alta de hospital y que van a domicilio, disminuye la mortalidad a largo plazo en un 14%. En hospitales geriátricos, pacientes dados de alta a domicilio y residencias de ancianos, tienen un efecto favorable sobre la situación en que viven, mientras que a nivel ambulatorio y en consulta de geriatría no parece afectar este resultado. El análisis de covarianza mostró que los programas de seguimiento de recomendaciones y amplio seguimiento ambulatorio tenían mas posibilidad de ser eficaces. Por lo tanto una mayor atención a los procesos de refinado de evaluación geriátrica a fin de mejorar su eficacia y al desarrollo de intervenciones más eficaces para las enfermedades y discapacidades de los ancianos.</p>	<p>Los programas de recomendaciones y amplio seguimiento ambulatorio tienen más posibilidades de ser eficaces. En hospitales geriátricos, disminuye la mortalidad temprana en un 35% En vista de los cambios demográficos, esto se está convirtiendo en una cuestión vital en los países industrializados. En pacientes dados de alta de hospital y que van a domicilio, disminuye la mortalidad a largo plazo en un 14%. Proponen una mayor atención a las necesidades de las personas mayores, a fin de mejorar y desarrollar intervenciones más eficaces en sus enfermedades y discapacidades.</p>	<p>CASPe: 10 N I</p>
---	--	--	--	---	------------------------------

<p>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. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2005 40 (6): 335-344. (Ref.11-38) Estudio de cohortes, CB realizado 2001 y 2002</p>	<p>Las personas de 75 años o mayores no institucionalizadas en residencias de larga estancia (criterio de exclusión), adscritas a un centro de salud urbano. 132 personas, 60 son varones (45,5%) y 72, mujeres (54,5%). El total de la muestra tiene una edad media de 80,6 años, mediana de 70,0 y percentil 75 (P75) de 83,0 años.</p>	<p>El cuestionario de Barber define los expuestos y no expuestos de la cohorte: grupo sin riesgo (0 puntos, ninguna respuesta afirmativa) y grupo de riesgo (≥ 1 punto, al menos una respuesta afirmativa). Variables de resultado son los eventos negativos de salud acontecidas al año de seguimiento: ingresos hospitalarios en planta, mortalidad e institucionalización en residencia.</p>	<p>RESULTADOS: edad media, 80,6 años (P75, 83 años); el 45,5% eran varones. CB positivo, 62,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 54,5-71,3); el 72,3%, = 2 puntos. Sólo una respuesta afirmativa al ítem 2, y ninguna al 4. Barthel alterado, el 27,6% del total; Pfeiffer, el 19,4%. Asociación CB positivo-Barthel y Barthel-Pfeiffer alterados ($p < 0,0001$). Riesgo relativo (RR) = 2,1 (IC del 95%, 0,8-5,4) para hospitalización, y 2,3 (IC del 95%, 0,9-5,7) para los 3 eventos en conjunto, si el CB era positivo; 23,8 (IC del 95%, 3,0-182,9) y 37,2 (IC del 95%, 4,9-283,2) para mortalidad; 2,7 (IC del 95%, 1,3-5,6) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,1) para hospitalización; 2,8 (IC del 95%, 1,4-5,7) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,3) para los 3 eventos, si el índice de Barthel o el cuestionario de Pfeiffer estaban alterados, respectivamente. RR de eventos en conjunto = 2,6 (IC del 95%, 1,2-5,4) si el ítem 6 («problemas le impiden valerse autónomamente») es positivo, y 4,9 (IC del 95%, 2,4-10,0) si es el ítem 9 («hospitalización previa»); ambos ítems son las únicas variables que obtienen RR estadísticamente significativos en la regresión logística. El valor predictivo positivo (VPP) del CB, considerando eventos acaecidos, es del 27,7%.</p>	<p>CONCLUSIONES: es uno de los escasos estudios realizados en España sobre la utilidad del CB. Éste presenta importantes limitaciones para uso como cribado: pobre VPP, deficiente validez de contenido, asociación con deterioro funcional o cognitivo condicionan los resultados. Los ítems 9 y 6 y la alteración funcional predicen mejor los eventos adversos. 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. La asociación de la funcionalidad (ítem 6 del cuestionario de Barber) con los eventos adversos se perfila como una línea de investigación clave a desarrollar y profundizar</p>	<p>CASPe: 7-8</p>
--	---	---	---	---	-----------------------

<p>Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. Rev Gerontol. 1996; 6: 224-231. Estudio para la validación de una prueba diagnóstica</p>	<p>Poblaciones de más de 70 años de ambos sexos. Dos estudios: uno en zona rural (rellenado el cuestionario por un informador) con 57 pacientes (≥ de 75 =41) y otro estudio en zona urbana con 109 (≥75=61)</p>	<p>Dos estudios uno en zona rural relleno el cuestionario de Barber por un informador, y otro en zona urbana autoadministrado. Y se compararon los resultados con la valoración realizada según los criterios establecidos por el Área de Bienestar Social de la Diputación de Vizcaya que contempla dos dimensiones de dependencia: la física y la social.</p>	<p>Rural: Sensibilidad: 89% Especificidad: 87% VP+: 81%; VP-: 83% Kappa: 75% Eliminan del análisis el ítem 1. Hacen un sub test con el 6,9 y 2, y mejoran los resultados. Urbano: Sensibilidad: 89% Especificidad: 31% VP+: 49%; VP-: 79% Kappa: 17%. Hacen un sub test con el 6,3 y 2, y mejoran los resultados. Eliminaron del análisis la dimensión social por un Kappa muy bajo</p>	<p>Concluyen que en zona rural no se puede considerar el mismo cuestionario que el original porque cambió la forma de administrarse. Puede ser buen método para detectar la dependencia física y social en comunidades pequeñas. En la zona urbana, puede ser un buen instrumento para estimar el volumen de riesgo de dependencia a nivel comunitario pero no para detectar ancianos de riesgo individual.</p>	<p>CASPe: 8-9</p>
--	--	---	---	---	-----------------------

Tabla III. Tabla de valoración del Cuestionario de Barber según autores.

Autores	Barber	Larizgoitia (Rural)	Larizgoitia (Urbano)	Martín-Lesende
Cuestionario completo	Sensibilidad: 95% Especificidad: 68% VP* = 91% LR+ = 2.96 LR- = 0.07 Total muestra: 88	Sensibilidad: 89% Especificidad: 87% VP+: 81%; VP-: 83% Kappa: 75% Total muestra: 57 (≥ de 75 =41)	Sensibilidad: 89% Especificidad: 31% VP+: 49%; VP-: 79% Kappa: 17%. Total muestra: 109 (≥75=61)	Prevalencia Barber positivo 62,9% Sensibilidad, 0,82 especificidad, 0,42 VPP : 27,7% VPN : 89,8% Total muestra: 132
Subtest	No se realizó	Con el 6,9 y 2 Sensibilidad: 89% Especificidad: 94% VP+: 89%; VP-: 94% Kappa: 83%	Con el 6,3 y 2, Sensibilidad: 82% Especificidad: 63% VP+: 54%; VP-: 86% Kappa: 40%.	Sólo el ítem 9 Sensibilidad, 0,54; especificidad, 0,87 VPP 15/28, 53,6% VPN 91/104, 87,5%

<p>Conclusiones</p>	<p>El uso de este procedimiento de detección puede reducir el volumen de trabajo de un programa de evaluación por un quinto. Una simple carta puede detectar los ancianos con necesidad de una valoración más profunda</p>	<p>Concluyen que en zona rural no se puede considerar el mismo cuestionario que el original porque cambió la forma de administrarse. Puede ser buen método para detectar la dependencia física y social en comunidades pequeñas.</p>	<p>Un buen instrumento para estimar el volumen de riesgo de dependencia a nivel comunitario pero no para detectar ancianos de riesgo a nivel individual.</p>	<p>Tienen un VPN muy bueno, lo que quiere decir que tanto el resultado negativo en el Cuestionario de Barber en global como en el ítem 9 serviría para predecir la ausencia de eventos negativos. Presenta importantes limitaciones para uso como cribado: pobre VPP, deficiente validez de contenido, la asociación con deterioro funcional o cognitivo condicionan los resultados. Los ítems 9 y 6 y la alteración funcional predicen mejor los eventos adversos. 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.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Tres falsos negativos pero con bajo riesgo: pérdida de energía, dispepsia, dieta pobre por falta de dentadura</p>	<p>Eliminan del análisis el ítem 1. Se realizó por un informante indirecto</p>	<p>Eliminaron del análisis la dimensión social por un Kappa muy bajo. Autoadministrado.</p>	<p>No utiliza la redacción del test validado por Larizgoitia. No sabemos de donde obtiene la nueva redacción y si está validada.</p>

ANEXO I



Rev Gerontol 1996;6:224-231

Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia

Arantza Larizgoitia, Itziar Larizgoitia
SISTEMA, Estudios del Bienestar, Salud y Sociedad.

Anexo 1. Cuestionario utilizado en el estudio y versión original

Cuestionario utilizado en este estudio

1. ¿Vive solo?
2. ¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?
3. ¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?
4. ¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?
5. ¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?
6. ¿Tiene mala salud?
7. ¿Tiene problemas de visión?
8. ¿Tiene problemas de oído?
9. Ha estado hospitalizado este último año?

Cuestionario original

1. Do you live your own?
2. Are you without a realative you could call on for help?
3. Do you depend on someone for regular help?
4. Are tehre any days when you are unable to have a hot meal?
5. Are you confined to your home through ill health?
6. Is there anything about your health causing your concern or difficulty?
7. Do you have difficulty with vision?
8. Do you difficulty with hearing?
9. Have you been in hospital during the past year?

Martín-Lesende I, et al. UTILIDAD DEL CUESTIONARIO DE BARBER PARA SELECCIONAR A PERSONAS DE 75 AÑOS O MÁS CON RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN, INSTITUCIONALIZACIÓN O MUERTE

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. ¿Su salud le impide salir a la calle?
6. ¿Tiene a menudo problemas de salud que le impiden 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?