

Prevalencia de fragilidad según el cuestionario de Barber y los criterios de atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil

García Pérez R, Rubio Díaz MC, García Moreno R

Centro de Salud Zona Centro. Badajoz

La fragilidad es un término complejo con múltiples significados y un origen siempre multifactorial¹. Actualmente la definición más aceptada es la de Fried y cols, que dice que la fragilidad es un “estado fisiológico de aumento de la vulnerabilidad a estresores como resultado de una disminución o disregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas fisiológicos, que origina dificultad para mantener la homeostasis”. El estado de fragilidad confiere un riesgo elevado de presentar eventos adversos de morbilidad, discapacidad, hospitalización o institucionalización y muerte^{2,3}.

En relación con la fragilidad se distinguen una fragilidad manifiesta, acaecida en una persona con un deterioro de su salud importante, y otra incipiente, en alguien que no muestra ninguna alteración funcional aparente, excepto si se le valora detenidamente⁴. El hecho de que progrese en el tiempo hace que la fragilidad se pueda describir como una discapacidad subclínica o preclínica y por tanto considerarla como un estado precedente a la incapacidad; es decir, es un factor de riesgo para la incapacidad⁵.

La identificación y captación de ancianos de riesgo es actualmente un reto sin resolver y puede llevarse a cabo de tres formas^{6,7}:

- Cribado poblacional mediante los criterios clásicos de fragilidad^{8,9,10} (edad superior a 80 años, vivir solo, viudedad reciente, enfermedad crónica e invalidante, déficit auditivo y/o visual, caídas, polifarmacia, hospitalización reciente, déficit cognitivo y/o afectivo...) y el cuestionario de Barber¹¹.

- Detección de casos y selección de sujetos basados en la presencia de factores de riesgo que según la experiencia científica son predictores de la fragilidad

(edad superior a 80 años, deterioro cognitivo, hospitalización, caídas, aislamiento socio-familiar).

- Estrategia de selección o detección basada en criterios de pérdida de funcionalidad: actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Son múltiples los criterios y los cuestionarios utilizados en atención primaria para valorar la fragilidad en las personas mayores; de ahí que se describan prevalencias muy dispares de ancianos frágiles o de riesgo, según también los distintos grupos de edad y según que la población sea rural o urbana¹²⁻¹⁷.

Con el fin de hacer una primera valoración y comparación de la prevalencia aplicando el cuestionario de “Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil”¹⁸, propuesto en la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud (SES), pusimos en marcha el presente trabajo.

OBJETIVO

Cuantificar y comparar la distribución por grupos de edad y sexo, la prevalencia de ancianos frágiles obtenida con el cuestionario de Barber y los criterios de fragilidad de “Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional-descriptivo de corte transversal. Se incluyó a todas las personas mayores de 65 años, no institucionalizadas, atendidas en una consulta de atención primaria del Centro de Salud urbano Zona Centro de Badajoz. Según la base de la Tarjeta Sanitaria Individual, los mayores de 65 años a 31 de diciembre de

2008 eran 244, lo que corresponde a 16,57% del total del cupo. Se consideraron excepciones los pacientes institucionalizados, los pacientes con dependencia total, los que sufrían deterioro cognitivo moderado-grave y los inmovilizados en cama.

Para hacer la detección de los ancianos frágiles o de riesgo se aplicaron dos cuestionarios:

- Cuestionario de Barber^{11,13}. Consta de 9 ítems, que se formulan de manera que la respuesta posible sea de tipo categórica dicotómica (sí/no). Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. Se considera a un anciano frágil cuando presenta una o más respuestas afirmativas:

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

- Criterios de anciano frágil o de alto riesgo. Corresponden al servicio "Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil", propuestos en la Cartera de

Servicios del SES¹⁸. Son 5 ítems que se formulan de forma que la respuesta posible sea de tipo categórica dicotómica (sí/no). Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. Se considera a un anciano frágil cuando presenta 3 o más respuestas afirmativas:

- Patología crónica que condiciona incapacidad funcional: pluripatología relevante, presencia de síndromes geriátricos y enfermedad principal con carácter incapacitante (ictus con secuelas, infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca congestiva de menos de 6 meses de evolución, enfermedad de Parkinson, EPOC, patología osteoarticular grave, caídas, déficit visual intenso, hipoacusia intensa, enfermedad terminal).
- Polifarmacia (consumo de 3 o más fármacos).
- Existencia de patología mental acompañante o predominante (deterioro cognitivo y/o depresión).
- Aislamiento social y/o carencia de familia que le atienda, aunque cuente con otros apoyos (viudedad reciente en el último año, vivir solo).
- Hospitalización a lo largo del último año.

La información sobre la presencia de los criterios de fragilidad para la detección de los ancianos frágiles se obtuvo mediante una entrevista estructurada y la aplicación de los dos cuestionarios simultáneamente. Proviene directamente del propio paciente o de un cuidador cercano con conocimiento suficiente sobre él para obtener la información.

También se recogieron datos relevantes para el estudio a partir de las historias clínicas, como las

Tabla 1. MEDIA DE EDAD POR SEXO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=229)

| EDAD | SEXO | | Media | p | IC95% |
|------------------|-----------|------------|------------|------|----------------|
| | Hombre | Mujer | | | |
| Edad Media | 76,8 | 78,14 | 77,65 | 0,19 | -0,673 - 3,353 |
| Rango | 65 - 94 | 65 - 101 | | | |
| Grupos de edad | N (%) | N (%) | Total (%) | p | IC95% |
| 1 (65 - 74 años) | 30 (35,7) | 47 (32,4) | 77 (33,6) | 0,71 | -0,104 - 0,170 |
| 2 (75 - 84 años) | 42 (50,0) | 70 (48,3) | 112 (48,9) | 0,90 | -0,127 - 0,161 |
| 3 (> 85 años) | 12 (14,3) | 28 (19,3) | 40 (17,5) | 0,43 | -0,158 - 0,058 |
| Total | 84 (36,7) | 145 (63,3) | 229 (100) | 0,00 | -0,359 - 0,136 |

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LOS ANCIANOS FRÁGILES Y NO FRÁGILES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE BARBER (N=229)

| GRUPOS DE EDAD | | ANCIANOS FRÁGILES | ANCIANOS NO FRÁGILES | p | IC95% |
|------------------|---------|-------------------|----------------------|------|-----------------|
| 1 (65 - 74 años) | | 26 (21,84) | 51 (46,36) | 0,00 | -0,373 - -0,117 |
| 2 (75 - 84 años) | | 61 (51,26) | 51 (46,36) | 0,54 | -0,089 - 0,187 |
| 3 (> de 85 años) | | 32 (26,89) | 8 (7,27) | 0,00 | 0,094 - 0,298 |
| SEXO | Mujeres | 81 (68,07) | 64 (58,18) | 0,15 | -0,034 - 0,232 |
| | Varones | 38 (31,93) | 46 (41,81) | | |
| Total | | 119 (52,0) | 110 (48,0) | 0,45 | -0,057 - 0,135 |

fechas de nacimiento (edad), diagnósticos de enfermedades crónicas o incapacitantes, si existía o no deterioro mental y/o cognitivo o si padecía alguna enfermedad psiquiátrica, fármacos consumidos...

La recogida de información se realizó a partir del 1 de enero de 2009 y finalizó el 30 de junio de 2009, aprovechando las visitas o consultas por cualquier motivo, tanto en el domicilio del paciente como en el Centro de Salud.

Se efectuó estadística descriptiva por grupos de edad y sexo de la prevalencia de fragilidad según el cuestionario de Barber y criterios de atención al paciente anciano, y estadística descriptiva de cada uno de los ítems que conforman ambos cuestionarios. Se compararon las prevalencias (comparación de proporciones, estadístico z, para muestras independientes) por grupos de edad y sexo de ambos cuestionarios. Los programas de estadísticos empleados fueron el SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

RESULTADOS

Del total de 244 personas mayores de 65 años, se entrevistó y se obtuvieron respuestas a los cuestionarios a 229 (93,85%). Existen diferencias porcentuales importantes entre hombres (36,7%) y mujeres (63,3%) y significativas ($p=0,00$; IC95%: -0,359 - 0,136); no hay diferencias significativas entre los distintos grupos de edad (**Tabla 1**). No existen diferencias significativas en la media de edad entre ambos sexos ($p=0,19$; IC95%: -0,673 - 3,353).

La prevalencia de fragilidad con el Cuestionario de Barber es de 52% ($n=119$). Por grupos de edad,

el mayor número de personas frágiles se encuentra en el grupo 2 (75-84 años), con 61 (51,26%), y en el grupo 3 (>85 años) con 32 (26,89%). Por sexo, la fragilidad es más frecuente en las mujeres (68,07%), frente a los varones (31,93%). Las diferencias porcentuales, significación estadística e IC95% por grupos de edad y sexo con respecto a las personas no frágiles se detalla en la **tabla 2**.

Globalmente las causas más frecuentes de fragilidad se producen en respuesta a las preguntas "¿Vive solo?" (22,3%), "¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?" (20,5%) y "¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año?" (17,9%). Por grupos de edad y sexo, el vivir solo, el ingreso hospitalario durante el último año y la necesidad de ayuda son las causas más frecuentes de fragilidad (**Tabla 3**).

La prevalencia de fragilidad con los criterios de "Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil" es del 27,07% ($n=62$). Por grupos de edad, el mayor número de personas frágiles se encuentra en el grupo de 2 (75-84 años), con 27 (43,54%), seguido del grupo 3 (>85 años) con 22 (35,48%). Por sexo, la fragilidad es más frecuente en las mujeres (61,29%), frente a los varones (38,70%). Las diferencias porcentuales, significación estadística e IC95% por grupos de edad y sexo con respecto a las personas no frágiles se detalla en la **tabla 4**.

Globalmente los criterios más frecuentes de fragilidad son la existencia de polifarmacia (73,8%), el aislamiento social y/o carencia de familia (33,6%) y la patología crónica que ocasiona incapacidad (32,3%).

Tabla 3.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS, TOTALES Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS QUE HAN CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE BARBER (N=229)

| CUESTIONARIO DE BARBER | TOTALES | | GRUPOS DE EDAD (AÑOS) | | | SEXO | |
|---|---------------|----------------|-----------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | Sí | No | 1 (65 - 74) | 2 (75 - 84) | 3 (85 o más) | Mujer | Varón |
| 1.- ¿Vive solo? | 51 (22,3%) | 178 (77,7%) | 13 (5,7%) | 26 (11,4%) | 12 (5,2%) | 38 (16,6%) | 13 (5,7%) |
| 2.- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda? | 7 (3,1%) | 222 (96,9%) | 3 (1,3%) | 3 (1,3%) | 1 (0,4%) | 6 (2,6%) | 1 (0,4%) |
| 3.- ¿Hay más de dos días a la semana en que no come caliente? | 1 (0,4%) | 228 (99,6%) | 1 (0,4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,4%) | 0 (0%) |
| 4.- ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo? | 47 (20,5%) | 182 (79,5%) | 6 (2,6%) | 20 (8,7%) | 21 (9,2%) | 32 (14%) | 15 (6,6%) |
| 5.- ¿Le impide su salud salir a la calle? | 31 (13,5%) | 198 (86,5%) | 5 (2,2%) | 9 (3,9%) | 17 (7,4%) | 19 (8,3%) | 12 (5,2%) |
| 6.- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo? | 29 (12,7%) | 200 (87,3%) | 4 (1,7%) | 10 (4,4%) | 15 (6,6%) | 18 (7,9%) | 11 (4,8%) |
| 7.- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus funciones habituales? | 16 (7%) | 213 (93%) | 2 (0,9%) | 8 (3,5%) | 6 (2,6%) | 11 (4,8%) | 5 (2,2%) |
| 8.- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal? | 25 (10,9%) | 204 (89,1%) | 2 (0,9%) | 9 (3,9%) | 14 (6,1%) | 15 (6,6%) | 10 (4,4%) |
| 9.- ¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año? | 41 (17,9%) | 188 (82,1%) | 13 (5,7%) | 20 (8,7%) | 8 (3,5%) | 25 (10,9%) | 16 (7%) |

Tabla 4.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LOS ANCIANOS FRÁGILES Y NO FRÁGILES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO SEGÚN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL (N=229)

| GRUPOS DE EDAD | ANCIANOS FRÁGILES | ANCIANOS NO FRÁGILES | p | IC95% |
|-------------------|-------------------|----------------------|------|-----------------|
| 1 (65 - 74 años) | 13 (20,96) | 64 (38,32) | 0,02 | -0,310 - -0,037 |
| 2 (75 - 84 años) | 27 (43,54) | 85 (50,89) | 0,40 | -0,229 - 0,082 |
| 3 (85 o más años) | 22 (35,48) | 18 (10,77) | 0,00 | 0,108 - 0,386 |
| MUJERES | 38 (61,29) | 107 (64,07) | 0,81 | -0,180 - 0,232 |
| VARONES | 24 (38,70) | 60 (35,92) | | |
| TOTAL | 62 (27,07) | 167 (72,92) | 0,00 | -0,544 - -0,373 |

Por grupos de edad y sexo, también polifarmacia, aislamiento social y/o carencia de familia y la presencia de patología crónica que condiciona incapacidad funcional son los criterios de fragilidad que más encontramos (**Tabla 5**).

Comparativamente (**Tabla 6**) la prevalencia de

fragilidad (52,0% frente a 27,07%) con ambos cuestionarios es importante y con diferencias significativas ($p=0,00$; IC95%: 0,158 - 0,340); aunque estas diferencias porcentuales se mantienen entre los distintos grupos de edad y sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS, TOTALES Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS QUE HAN CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL (N=229)

| ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL | TOTALES | | GRUPOS DE EDAD (AÑOS) | | | SEXO | |
|--|---------------|---------------|-----------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | Sí | No | 1 (65 - 74) | 2 (75 - 84) | 3 (85 o más) | Mujer | Varón |
| 1.- Patología crónica que condiciona incapacidad funcional | 74 (32,3) | 155 (67,7) | 13 (5,7) | 33 (14,4) | 28 (12,2) | 44 (19,2) | 30 (13,1) |
| 2.- Polifarmacia (consumo de 3 o más fármacos) | 169 (73,8) | 60 (26,2) | 49 (21,4) | 88 (38,4) | 32 (14) | 106 (46,3) | 63 (27,5) |
| 3.- Existencia de patología mental acompañante o predominante (deterioro cognitivo y/o depresión) | 34 (14,8) | 195 (85,2) | 8 (3,5) | 14 (6,1) | 12 (5,2) | 24 (10,5) | 10 (4,4) |
| 4.- Aislamiento social y/o carencia de familia que los atienda aunque cuente con otros apoyos (viudedad reciente en el último año, vivir solo) | 77 (33,6) | 152 (66,4) | 20 (8,7) | 34 (14,8) | 23 (10) | 54 (23,6) | 23 (10,0) |
| 5.- Hospitalización reciente en el último año | 41 (17,9) | 188 (82,1) | 13 (5,7) | 20 (8,7) | 8 (3,5) | 25 (10,9) | 16 (7,0) |

Tabla 6.- PREVALENCIA DE ANCIANOS FRÁGILES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE BARBER Y ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL (N=229)

| GRUPOS DE EDAD | CUESTIONARIO DE BARBER | CRITERIOS DE ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL | p | IC95% |
|---------------------|------------------------|---|------|----------------|
| 1 (65 - 74 años) | 26 (21,8) | 13 (20,96) | 0,14 | -0,129 – 0,147 |
| 2 (75 - 84 años) | 61 (51,3) | 27 (43,54) | 0,40 | -0,080 – 0,242 |
| 3 (85 o más años) | 32 (26,9) | 22 (35,48) | 0,30 | -0,241 – 0,070 |
| SEXO Mujeres | 81 (68,1) | 38 (61,29) | 0,45 | -0,092 – 0,227 |
| Varones | 38 (31,9) | 24 (38,70) | 0,45 | -0,227 – 0,092 |
| TOTAL | 119 (52,0) | 62 (27,07) | 0,00 | 0,158 – 0,340 |

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La prevalencia de fragilidad que obtenemos con el cuestionario de Barber (52%) es casi el doble que la obtenida con los criterios de atención a la persona mayor frágil de la cartera de servicios (27,7%); es decir, más de la mitad de las personas mayores de 65 años cumplen algún criterio de fragilidad del Cuestionario de Barber y además estas diferencias son significativas.

Ambos cuestionarios coinciden en una mayor prevalencia de fragilidad en los grupos de edad de 75-84

y mayores de 85 años y en las mujeres; aunque las diferencias porcentuales se mantienen en el doble entre el Cuestionario de Barber y el cuestionario de atención a la persona mayor frágil (excepto en los mayores de 85 años), no son significativas en ningún grupo de edad ni por sexo.

Mientras que con el Cuestionario de Barber las causas más frecuentes de fragilidad son el vivir solo y la necesidad de ayuda (que podemos considerar como criterios sociales y funcionales), con el cuestionario de la Cartera de Servicios éstos son la polifarmacia y el aislamiento social y/o carencia de familia (incluye vivir

solo), que son criterios médicos y sociales. El criterio social es de los más frecuentes que se dan con ambos cuestionarios, pero en la Cartera de Servicios tiene un sentido mucho más amplio, al abarcar otros componentes no contemplados en el Cuestionario de Barber, que solo incluye el hecho de vivir solo; de ahí que sea más fácil de obtener y por tanto podamos considerar mayor número de frágiles con este último.

Estas diferencias de prevalencias posiblemente sean debidas a la disparidad de los cuestionarios, muy distintos en cuanto a los criterios que utilizan. Mientras que el Cuestionario de Barber está formado por 9 ítems, cada uno de los cuales representa un aspecto importante de la salud y bienestar del paciente, y la positividad en cualquiera de estos ítems es considerada como un factor de riesgo de deterioro funcional y de fragilidad, el cuestionario de la Cartera de Servicios es más restrictivo en cuanto a número de ítems y al número de criterios necesarios para considerar a una persona frágil. Algunos de estos ítems engloban varias situaciones (preguntas 1, 3 y 4) contenidas en el Cuestionario de Barber, además de otras como la polifarmacia (la más frecuente en los mayores de 65 años) y el deterioro cognitivo, que no son contempladas en este último.

Son múltiples los criterios y los cuestionarios utilizados en atención primaria para valorar la fragilidad en las personas mayores; aunque el instrumento fundamental según Redín⁸ debería ser la valoración geriátrica integral (VGI), no siempre se dispone del tiempo necesario para realizarla.

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia de fragilidad con el Cuestionario de Barber es del 52%, muy similar a la obtenida por Moliner y cols¹² (54,3%) en su estudio en una población de mayores de 65 años de Castelldefels (Barcelona).

Por su parte, en una población rural de Teruel, mayores de 75 años, Gómez Navarro y cols¹⁹ obtuvieron resultados positivos en el Cuestionario de Barber parecidos a los nuestros: 45% de los hombres y 55% de las mujeres.

En su estudio de cohorte de una población cántabra Martín-Lesende y cols⁷ utilizaron el Cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o

más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Encontraron que 62,9% de la muestra tenía un resultado positivo, muy por encima del obtenido en nuestro estudio; si tenemos en cuenta que en nuestro estudio la población es mayor de 65 años, el resultado no sería tan dispar. En cambio, sí difieren de los obtenidos por el propio Barber¹³, que encontró una prevalencia de 81% en mayores de 70 años.

Aplicando criterios sociales y médico-asistenciales de fragilidad en una población rural, Valderrama y cols¹⁴ obtuvieron 74% de ancianos frágiles. Concluyeron que la prevalencia es muy alta y reflexionaron sobre la utilidad de estos criterios para seleccionar a sujetos sobre los que intervenir en la práctica.

Por otro lado, en una población rural de Guadalajara Sepúlveda y cols¹⁵ encontraron que la prevalencia llega a 94,3% aplicando solo criterios sociales.

En una población urbana de Madrid, y combinando criterios sociodemográficos y médico-asistenciales, entre los que se incluía el deterioro mental, Cortés Rubio y cols¹⁶ hallaron que 38% de las personas mayores de 65 años eran ancianos de alto riesgo y, por tanto, susceptibles de una atención especial por parte de los profesionales de atención primaria. Más recientemente, Urbina y cols¹⁷, utilizando cuestionarios que incluían variables sociodemográficas y asistenciales y escalas evaluativas que posteriormente agruparon en siete marcadores de fragilidad, obtuvieron 59,2% de fragilidad ponderando población urbana y rural de Guadalajara.

No conocer datos de prevalencia de fragilidad con el cuestionario de la Cartera de Servicios, el tamaño muestral no calculado previamente y no haber tenido en cuenta otras variables (tipo de vivienda, clase social, nivel de estudios, económico...), con influencia en la fragilidad de las personas mayores, impiden extrapolar los resultados obtenidos al resto de la Zona de Salud. A ello se añade el hecho de que los dos cuestionarios consideran el vivir solo como uno de los criterios de fragilidad; sin embargo, es una situación social compatible con un estado de salud no frágil en relación con la edad y con la capacidad funcional. Es

de resaltar que ninguno de los dos cuestionarios considera la edad como criterio de anciano de riesgo, a pesar de que la prevalencia de ancianos de riesgo aumenta con la edad.

Son diversos los tests, cuestionarios, combinaciones de criterios y de marcadores de fragilidad utilizados para la detección precoz y la valoración de la fragilidad en personas mayores, y también son varios los autores, como Litago-Gil y cols²⁰, que se plantean la utilidad del Cuestionario de Barber. En sentido opuesto, Maestro y cols¹⁰ afirman que los cuestionarios postales, como el de Barber, siguen siendo el instrumento más empleado para la detección universal de ancianos de riesgo, ya que presentan una alta sensibilidad.

Estamos de acuerdo con Baztán y cols¹ en que, para ser operativos y de fácil aplicación clínica, los modelos integrales de fragilidad deben recoger como principales variables la edad, la dependencia en actividades de la vida diaria y el estado cognitivo. Asimismo, encontramos interesante la propuesta de Urquijo y cols⁶ de seguir investigando en la identificación de marcadores biológicos como estrategia de prevención. Por tanto, proponemos recurrir a cuestionarios más concretos y/o escalas consensuadas y validadas, que permitan la detección precoz de ancianos frágiles en atención primaria, hecho que debería establecerse como uno de los objetivos fundamentales de este nivel asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baztán JJ. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006;41(Supl 1):36-42.
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med Sci* 2004;59:255-63.
3. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halperin JB, Ouslander J (eds). *Principles of geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. Nueva York: McGraw-Hill 1998;1387-402.
4. 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;8:91-100.
5. Alarcón T, González-Montalvo JI. Fragilidad física en el envejecimiento. *Rec Esp Geriatr Gerontol* 1999;32(MN1):3-6.
6. Urquijo K. Fragilidad en el anciano: VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Residencia. SEMER. Vol 5. Oct 2007.
7. Martín-Lesende I, Rodríguez 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;40:335-44.
8. Redín JM. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. *ANALES Sis San Navarra* 1999, 22 (Supl. 1): 41-50.
9. Hornillos M, Rodríguez Valcarce AM, Baztán JJ. Valoración geriátrica en atención primaria. *SEMERGEN* 2000;26:77-89.
10. Maestro Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. *Medicina General* 2002;45:443-59.
11. Barber JH, Wallis JB, McKeatin B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980;30:49-50.
- 12.- Moliner C, Gardeñes L, Herrera A, Pérez MC, Reig P, Sans M. Ancianos frágiles: ¿cuántos y por qué? *Semergen* 2007;33:287-92.
13. Barber JH, Wallis JB. Geriatric screening. *J R Coll Gen Pract* 1981;31:57.
- 14.- Valderrama E, Pérez del Molino J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:272-6.
- 15.- Sepúlveda D, Martín-Peces B, Jiménez Jiménez MP, Urbina J, Ruipérez I. Perfil del anciano frágil en la población rural de Guadalajara. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:272-6.
16. Cortés Rubio JA, Menéndez Bonito E, Kotsourais Movills R, Utrilla Moro J, Macía Rodríguez J, Casado Aguado MA y cols. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria* 1996;18:327-30.
- 17.- Urbina JR, Flores MJ, Gracia MP, Rodríguez E, Torres L, Torrubia RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria* 2004;34:293-9.
- 18.- Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil. Atención al Individuo y la Familia Vol I. Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Badajoz 2007.
19. Gómez R, Albiñana J, Berenguer A, Carrasco S. Ancianos frágiles en el medio rural: ¿cómo eran y que pasó con ellos? *Medicina General* 2008;108:522-528.
20. Litago-Gil C, Martín-Lesende I, Luque-Santiago A, De Alba-Romero C, Baena-Díez, De Hoyos-Alonso MC y Gorroñoigoitia-Isturbe A. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria* 2005;36(Supl 2):93-101.