

Criterios de calidad de un instrumento de valoración geriátrica

Equipo No 5

Sara Aguilar, Diego Osorno, Alina González, Dagoberto Guilamo,
José Jauregui, Ribana Molino, Bernardo Loures

Curso ALMA – Manaus, Brasil

Septiembre 2008

Instrumentos de evaluación en Geriatría

- Instrumentos que buscan detectar diferencias muy gruesas en la población general.
- No están diseñados para la discriminación fina o diagnóstico diferencial ni etiológico, generalmente.






Propiedades de los instrumentos

- Validez
- Confiabilidad
- Frecuencia de utilización
- Adaptación transcultural

Propiedades

- Tipo de validez *(Streiner & Norman, 1995)*:
 - Conceptual - explicitación clara por los autores
 - Contenido – descripción de los autores
 - Apariencia – utilización por grupos de especialistas
 - Constructo – correlaciones y análisis factorial
 - Criterio – sensibilidad y especificidad
 - > 0,75 buenas
 - > 0,85 excelentes

Propiedades

- **Confiabilidad** (*Streiner & Norman, 1995*):
 - Criterios de Shrout (1998) para kappa:
 - $\kappa < 0,10$  ausente
 - $\kappa = 0,10$ a $0,40$  leve
 - $\kappa = 0,41$ a $0,60$  discreta
 - $\kappa = 0,61$ a $0,80$  moderada
 - $\kappa = 0,81$ a $1,00$  substancial
 - Confiabilidad $>0,80$ muy buena

Tipos de Confiabilidad

Test-retest: Consiste en aplicar el mismo instrumento dos veces en dos momentos diferentes y a las mismas personas, entonces se calcula el coeficiente de correlación entre una aplicación y otra.

Confiabilidad Intercalificadores

Consistencia interna

Coefficiente alfa de Cronbach : calcula la varianza de todas las puntuaciones individuales, de cada test y suma las varianzas totales.

Propiedades

- Minuciosidad de los resultados:
- Apreciación sobre acúmulo e intensidad de los estudios de confiabilidad y validez:
 - **0** – sin evidencia
 - **Basal** – información apenas basal
 - **Buena** – varios tipos de test o varios estudios
 - **Exc** – todas las formas de testeo para confiabilidad/validez

Reproducibilidad

- Es la posibilidad de que varios investigadores en diferentes lugares puedan realizar la prueba de igual manera.
- Evaluación de la estandarización:
 - Reproducibilidad:
 - Intraobservador
 - Interobservador
 - Índice de Kappa (concordancia) ≥ 6
 - Contra un estándar de oro (ej: *DSM-IV*)

Propiedades

- Calificación de los resultados:
 - **0** – sin resultados numéricos
 - **?** – resultados no interpretables
 - **Basal** – conf/validez débil
 - **Buena** – conf/validez adecuada
 - **Exc** – conf/validez excelentes

Uma revisao sobre instrumentos de avaliacao do estado funcional do idoso

- 30 instrumentos seleccionados:
 - 7 AVD (482 estudos, 45 val/conf)
 - PULSES, BARTHEL, IADL KATZ, KENNY, PSMS, FSRs, MOS
 - 11 AIVD (572 estudos, 102 val/conf)
 - RDRS, DIS, FSI, HAQ, PECS, OECD, LAMBETH, Geronte, FAQ, FIM, SMAF
 - 12 EGS-QUAL (1552 estudos, 169 val/conf)
 - PAMIE, MHIQ, QLI, FAI, NHP, SELF, FSQ, COOP, SF-20, SF-36, DUKE, CICA_c
 - 0 AAVD

Instrumento	Población validada	Validez y Confiabilidad	Fortalezas	Debilidad	Conclusión
Katz 1963 Gerontologist 1970;1:20-30	Institución Rehabilitación	Replicabilidad (CR) 0.94 y 0.97, coeficiente de correlación 0.73 y 0.98 Buena relación inter-observador Buena consistencia interna entre los ítems	Fácil de Administrar	No ambulatorio Es subjetiva	Predice a largo plazo movilidad, confinamiento en la casa y sobrevida
Barthel 1965 Castellano 1993	Institucionalización, beneficio en rehabilitación, prediciendo vuelta al hogar y resultado funcional	Coeficientes de correlación kappa intra-observador ponderado de 0.98, e inter-observador > a 0.88. Validez concurrente Dos instrumentos: Wiltman (1964) Kahn (1960) Interobs. 0.85 CR= 0.96	Escala heteroadministrada, duración 5' a 10 Reproducibilidad excelente, resultados cualitativos.		Alta validez concurrente con el índice de Katz.
Lawton Brody (1969) Gerontologist 9:179-86	Pacientes Ambulatorios e Institucionalizados		Escala heteroadministrada, cualitativa.	Poco sensible a pequeños cambios. Mas tareas femeninas	Determina la necesidad de un cuidador Util en programas de atención

Instrumento	Población validada	Tipo de Validación	Fortalezas	Debilidad	Países validados y conclusión
MMSE (1975) J. Psychiatr Res, 2, 189-98	Pacientes ancianos psiquiátricos vs control	Validación conjunta WAIS, Fidelidad de reproducción, inter- observador, Sensibilidad 87% Especificidad 82% VPP para deterioro cognitivo Punto de corte: 24 (95% IC) Interobs. 0.85-0.95 r = 0.70-0.90	Se administra en 5 ´ a 10´. Validada en varios idiomas	El punto de corte varía según nivel de escolaridad y según la edad	Útil en Investigación y en la clínica
GDS <i>Yesavage</i> 1982 Clin Gerontol 11:37-43 1983 J psychiatr vol 17 No.1 pp 37-49	n=71 ancianos de la comunidad vs zung y Hamilton n= 47 <55 años versión 100 vs 30 items	Sensibilidad 84% Especificidad: 95%. Coeficiente de correlación: 0.87 consistencia interna: 0.82/0.88. Correlación: 0.56 Interitem: .36 alfa de chronbach 0.94	Buena correlación con DSM-IV como gold estándar	Se debe tomar en cuenta el nivel cognitivo	Detección y ayuda diagnostica clínica Validada en Argentina
SPPB 1994 J of Gerontology 49(2) M85-94	EPESE (Hispanos) Nursing Home Observación directa	Desempeño físico de extremidades inferiores vs Discapacidad Alfa de 0.76	Útil para estudiar el impacto de la enfermedad y discapacidad	Dificultad de interpretar los cambios en relación al deterioro funcional	Identifica personas no discapacitadas pero que están en riesgo

Instrumento	Población validada	Tipo de Validación	Fortalezas	Debilidad	Países Validados conclusión
<p>Get-Up and Go Balance in Elderly Patients. Mathias S. Arch Phys Med Rehabil Vol 67 1986</p> <p>The time Up & Go 1991 J Am Geriatr Soc 39 142-148</p> <p>Tinetti 1986 J Am Geriatr Soc</p> <p>MNA "Mini Nutricional Assessment" 1999 Nestle Nutrition Workshop Series Clinical</p> <p>MNA En México</p>	<p>n= 40 ambulatorios media de edad de 73.8</p> <p>Ancianos > 600 Hospitalizados Toulouse Francia</p> <p>Consulta de Geriatria n= 219</p>	<p>Interobservador: Whitney U = 144.5 z=3.15 p<0.001</p> <p>Spearman: entre marcha y sway, fue R=-0.69 y 0.52 p<0.001</p> <p>Balance r: 0.81 Marcha r: 0.61,</p> <p>Sensibilidad no determinada</p> <p>Dos métodos: status clínico y status biológico Sensibilidad 96% Especificidad 98%</p> <p>Buena correlación con marcadores bioquimicos: Prealbumina: r=0.58 p>0.0001 folato r=0.53; p>0.0001</p>	<p>Útil para evaluar el balance. En rehabilitación en la comunidad y hospital. 3 o > riesgo de caídas</p> <p>Riesgo de Caídas y detección de anomalías específicas</p> <p>Útil para la detección de desnutrición proteico-energética en ancianos 15 lenguajes disponible</p> <p>Fácil aplicabilidad económico</p>	<p>Evaluación muy subjetiva 1normal 2= poco alterado 3anormal leve 4anormal moder 5= anormal severo</p> <p>No cuenta con punto de corte</p> <p>No discrimina obesos sarcopenicos o fragiles P. de corte 19 Sensibilidad 89% y Especificidad 60% vs Global Nutritional Assessment (GNA)</p>	<p>Reino Unido</p> <p>Se correlaciona con AVD Barthel</p> <p>Versiones en francés, ingles, español Albuquerque Hispanos y no Hispanos Belgica, Francia, Barcelona</p>

Conclusiones: al evaluar un instrumento debemos preguntarnos:

- 1.- ¿Mide lo que queremos que mida?
- 2.- ¿Mide todo lo que queremos que mida?
- 3.- ¿Mide solo lo que queremos medir?
- 4.-¿Otros pueden reproducirlo?
- 5. Adaptacion transcultural

Al hacer estas preguntas estamos preocupados por la validez (calidad) del instrumento

Obrigado!!!