

Instrumentos de Valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriátrica de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo

Abizanda Soler, P.*; Gallego Moreno, J.*; Sánchez Jurado, P.* y Díaz Torres, C.**

* Unidad de Geriátrica. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete. ** Hospital General de Albacete.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la situación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en nuestro país.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta semiestructurada telefónica a distintos responsables de unidades y servicios de geriatría, así como de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos de España, interrogando sobre el uso de instrumentos de VGI en los distintos niveles asistenciales.

RESULTADOS: Todos los servicios consultados, 39, usaron instrumentos de VGI. Un 56% diferentes según nivel asistencial, un 39% instrumentos comunes, y en un 5% hubo sólo un nivel. A nivel funcional, el índice de Barthel se usó en 29 (74,3%), el índice de Lawton y Brody en 21 (53,8%), y el índice de Katz en 20 (51,2%). A nivel mental, el Test de Pfeiffer se usó en 22 (56,4%), el Mini Examen Cognoscitivo en 15 (38,4%) y la escala Cruz Roja Mental en 12 (30,7%). Otros ítems evaluados fueron la depresión en 32 (82%) servicios, el equilibrio en 18 (46,1%) y las úlceras por presión en 12 (30,7%).

CONCLUSIONES: Existe una gran heterogeneidad en la metodología de realización de la VGI por parte de los distintos servicios de geriatría españoles. La creación de unos estándares comunes consensuados sería un paso imprescindible para homogeneizarla y para optimizar los beneficios que se obtienen de una adecuada VGI.

Palabras clave

Valoración geriátrica integral. Escalas. Metodología.

Integral geriatric assessment instruments in the geriatrics services in Spain. Heterogenic use of our principal work tool

SUMMARY

OBJECTIVE: Describe the status of the Integral Geriatric Assessment (IGA) in our country.

SUBJECTS, MATERIAL AND METHODS: Transversal descriptive study by semistructured telephone survey to different persons responsible

for the Geriatric units and services as well as for the Assessment and Geriatrics Care Teams in Spain, questioning them on the use of the IGA tools in the different health care levels.

RESULTS: All of the services consulted, 39, used IGA tools. 56% of them used different tools according to the health care level, 39% habitual tools, and 5% only used them on one level. On the functional level, the Barthel Index was used in 29 (74.3%), the Lawton and Brody Index in 21 (53.8%) and the Katz index in 20 (51.2%). On the mental level, the Pfeiffer Test was used in 22 (56.4%), the Mini Cognitive Examination in 15 (38.4%) and the Red Cross Mental scale in 12 (30.7%). Other items evaluated were depression in 32 (82%) of the services, equilibrium in 18 (46.1%) and bedsores in 12 (30.7%).

CONCLUSIONS: There is great heterogeneity in the methodology of performing the IGA by the different Spanish Geriatrics Services. The creation of some common, agreed upon standards would be an essential step towards homogenizing them and towards optimizing the benefits that are obtained from an adequate IGA.

Key words

Integral geriatrics assessment. Scales. Methodology.

INTRODUCCIÓN

No es novedoso afirmar que la Valoración Geriátrica Integral (VGI) es uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta la práctica diaria de los geriatras (1-9). La VGI ha demostrado múltiples beneficios en la atención al anciano: disminución de mortalidad (10-17), más adecuada ubicación al alta (10, 12, 18), menor probabilidad de institucionalización (10, 11, 13, 15, 16, 19), mejoría del estado funcional (10, 11, 14, 16, 19, 20), mejoría de los aspectos efectivos y cognitivos de la persona (10, 12, 16, 20), disminución de estancia media (16, 21, 22), sin olvidar que la aplicación de la misma permite una mejora evidente en cuanto a la exactitud diagnóstica (21, 23), con la consiguiente adecuación en la prescripción de fármacos (12), lo cual tiene como consecuencia global la reducción de los costes médicos (12, 16, 24, 25) y una mejoría en la calidad asistencial a los ancianos (16, 18, 23), que es la razón de ser de la geriatría.

Correspondencia: P. Abizanda Soler. Unidad de Geriátrica. Hospital Perpetuo Socorro. C/ Seminario, 4. 02006 Albacete.

Recibido el 17-5-00; aceptado el 28-6-00.

TABLA I. Modelo de encuesta.

1. ¿Se emplean instrumentos de valoración geriátrica? <i>Sí/No.</i>
2. ¿Emplean instrumentos de valoración geriátrica diferentes según el nivel asistencial del servicio? <i>Diferentes/ Comunes/ Un nivel.</i>
3. ¿Qué escalas funcionales se utilizan de manera habitual (a todos los pacientes) en algún nivel?
4. ¿Escalas funcionales según nivel asistencial?
5. ¿Qué escalas mentales se utilizan de manera habitual (a todos los pacientes) en algún nivel?
6. Escalas mentales empleadas en algún nivel asistencial de manera habitual (en algunos pacientes).
7. Instrumentos de valoración mental según nivel asistencial.
8. ¿Emplean algún instrumento de valoración social? <i>¿Cuál?</i>
9. ¿Qué otros ítems son valorados de forma habitual?
10. ¿Qué instrumentos se emplean para valorar los ítems de la pregunta 9?

A pesar de la gran importancia de esta herramienta en nuestra especialidad no existe consenso entre los geriatras españoles en cuanto a dónde, cuándo, por quién, para qué y cómo debe realizarse la VGI. La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) no ha consensuado, además, un patrón oro en la realización de la VGI. Su aplicación sistemática, homogénea y consensuada entre todos aquellos que se ocupan de la atención del anciano mediante instrumentos estandarizados aportaría indudables ventajas: especificidad y uniformidad que llevaría a una comunicación más fluida entre los profesionales, fiabilidad en cuanto a la información, mayor control de la información con miras a estudios a realizar posteriormente, simplificación en cuanto al aprendizaje y la aplicación de esta técnica, haciendo más sencilla la transmisión de información entre los diferentes profesionales (26-28).

Hemos desarrollado este trabajo para describir qué instrumentos se emplean en la realización de la VGI en las Unidades de Geriatría y en los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG) de España y si dichos instrumentos se emplean de manera homogénea según los niveles asistenciales. Sólo conociendo la realidad de la situación actual estaremos en disposición de plantear la conveniencia de un consenso entre los geriatras españoles.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que un solo entrevistador geriatra realizó una encuesta semiestructurada a distintos responsables de unidades y servicios de geriatría de España, así como EVCG a través del teléfono, en donde a preguntas establecidas de antemano, el entrevista-

TABLA II. Servicios entrevistados.

H. Clínico San Carlos, Madrid*
HGU. Getafe*
H. Cruz Roja, Madrid*
H. Gregorio Marañón, Madrid*
H. Virgen del Valle, Toledo*
HGU. Guadalajara*
H. Perpetuo Socorro, Albacete*
H. Virgen Macarena, Sevilla*
H. San Jorge, Zaragoza*
H. Monte Naranco, Oviedo*
H. Xeral Calde, Lugo*
H. Do Meixoeiro, Vigo
H. Policlínico, Segovia
H. Insular, Lanzarote
H. Virgen de la Montaña, Cáceres*
Centro Geriátrico Municipal Barcelona (IMAS)*
H. Granollers*
H. Sta. Creu, Tortosa*
H. Sta. Creu, Vic*

* Servicios con acreditación docente en el momento de la entrevista.

tado podía contestar libremente. Las entrevistas se llevaron a cabo en el mes de abril de 1999.

El modelo de encuesta que fue aplicado (tabla I) incluía preguntas acerca de la utilización de instrumentos de VGI en cada servicio, el tipo de las mismas según el nivel asistencial, qué escalas, tanto funcionales y mentales como sociales, se usaban de forma habitual, qué otros ítems se valoraban, y mediante qué instrumentos.

TABLA III. EVCG/UFISS de Geriatria entrevistados.

H. La Paz, Madrid
H. Ramón y Cajal, Madrid
H. Son Dureta, Palma Mallorca
H. Virgen de la Luz, Cuenca
H. Nta. Sra. del Prado, Talavera de la Reina
H. Virgen Blanca, León
H. de El Bierzo, León
H. Clínico, Valladolid
H. Río Ortega, Valladolid
H. Medina del Campo
H. Misericordia, Cádiz
H. Severo Ochoa, Leganés
H. Móstoles
H. Arrixaca, Murcia
H. Nta. Sra. Rosell, Cartagena
H. Cabanelles, Mataró
H. Germans Trias i Pujol, Badalona
H. Sta. Antoni Abat, Vilanova i la Geltru
H. Mutua, Terrassa
H. Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

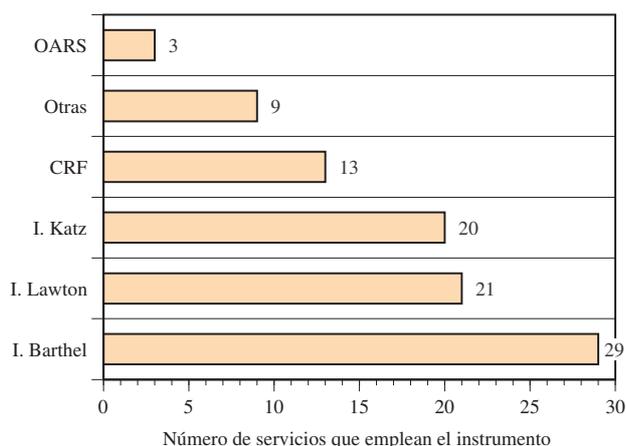


Figura 1. Instrumentos de valoración funcional y mental utilizados de manera habitual en algún nivel asistencial. Otras: SMAF (51), FAQ (52), Rivermead (53), Plutchick (54), Nottingham (55), FAST (56), RDRS (57), CRF: Escala Cruz Roja Funcional. OARS: Older Americans Resources and Services (58).

Se pasó la encuesta a 39 servicios de geriatría o EVCG (tablas II y III) de diferentes puntos de la geografía nacional, obteniéndose respuesta de todos ellos. Se realizó la encuesta a todos los servicios con acreditación docente (16), a otros tres servicios de geriatría que tuvieran unidades de agudos (por considerarlo el nivel asistencial imprescindible para el desarrollo de un servicio de geriatría), a todos los EVCG dependientes del INSALUD (15) y a cinco UFISS de Cataluña (incluidos por recomendación de responsables de la Sociedad Catalano-Balear de Geriatría y Gerontología por su especial grado de desarrollo). Somos conscientes de que no están incluidos todos los servicios de geriatría de España (Cantoblanco, La Fuenfría o Guadarrama en Madrid, 9 de Octubre o Alzira en la Comunidad Valenciana, Huesca, Lleida o Almería entre otros) ni todas las UFISS de Cataluña, en algunos casos por dificultades para contactar con los mismos o localizar a sus responsables. Sin embargo, debe remarcar que nuestra intención no fue realizar una fotografía minuciosa

TABLA IV. Escalas funcionales empleadas según nivel asistencial.

	Agudos	UME	HD	C. Ext.	EVCG
Centros	19	13	21	37	22
Barthel	11	10	17	23	15
Lawton	6	2	8	19	8
Katz	10	3	7	16	11
CRF	8	4	7	9	5
Otras	2	3	6	2	2

CRF: Escala Cruz Roja Funcional (47). UME: Unidad Media Estancia. HD: Hospital de Día. C. Ext: Consultas externas. EVCG: Equipo de Valoración y Cuidados geriátricos. Los números indican el número de servicios/EVCG encuestados que utilizan dicho instrumento.

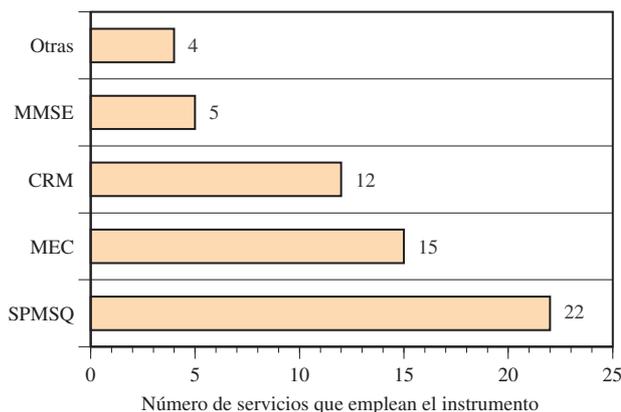


Figura 2. Instrumentos de valoración mental utilizados de manera habitual en algún nivel asistencial. Otras: test de Blessed, Mental Status Questionnaire (MSQ) de Kahn (59), AMTS de Hodkinson (60). MMSE: Mini Mental State de Folstein. CRM: Escala de Cruz Roja mental. MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer.

y perfecta del estado de la situación sino una aproximación válida a la realidad española, objetivo creemos que se cumple con los servicios entrevistados. Realizamos esta aclaración para no herir las susceptibilidades de los servicios no incluidos, nada más lejos de nuestra intención, a los que respetamos totalmente en su manera de trabajar.

RESULTADOS

Todos los servicios consultados emplearon, en mayor o menor medida, instrumentos de VGI. 22 de estos servicios (el 56%) utilizaron diferentes instrumentos de valoración según el nivel asistencial, mientras que en 15 (el 39%) se aplicaron instrumentos comunes independientemente del nivel y en dos de ellos (5%) hubo un solo nivel.

Las escalas de valoración funcional y mental utilizadas de forma habitual (a todos los pacientes) en algún nivel se recogen en las figuras 1 y 2, mientras que en las tablas IV y V se describen los instrumentos de valoración empleados de manera ocasional (no a todos los pacientes) según el nivel asistencial. El índice de Barthel (29, 30) fue el instrumento de valoración funcional más utilizado en todos los niveles asistenciales, destacando también el uso del índice de Katz (31) en unidades de agudos y EVCG y el índice de Lawton y Brody (32) en consultas externas. Con respecto a las escalas de valoración mental cabe destacar que, salvo en consultas externas en donde el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (33) fue el más utilizado, el Test de Pfeiffer (34) fue el de más amplia aplicación en el resto de los niveles asistenciales, sin grandes diferencias respecto al MEC y a la Escala de la Cruz Roja Mental (CRM) (35). El Test de Blessed (36) y el Test del reloj (37), se usaron de forma casi exclusiva en las consultas externas. Otros instrumentos de valoración mental uti-

TABLA V. Instrumentos de Valoración Mental según nivel asistencial.

	Agudos	UME	HD	C. Ext.	EVCG
Centros	19	13	21	37	22
SPMSQ	9	10	11	21	15
MEC	7	6	9	27	10
CRM	8	4	8	10	5
IQCODE	1	0	3	9	1
Blessed	0	1	2	12	4
MMSE	6	4	7	9	3
Reloj	1	1	1	12	6

UME: Unidad de Media Estancia. HD: Hospital de Día. C. Ext: Consulta externa. EVCG: Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos. Centros: Número de servicios encuestados con dicho nivel asistencial. SPMSQ: Test de Pfeiffer. MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. CRM: Escala de Cruz Roja Mental. MMSE: Mini Mental State Examination de Folstein (48, 49). IQCODE: Test del informador (50). Los números indican el número de servicios/EVCG que utilizan dicho instrumento.

lizados ocasionalmente en algún nivel asistencial y que no se recogen en la tabla V son la escala de Hachinski (38) (seis servicios), el CAMCOG (39) (cuatro servicios), la Alzheimer Disease Assessment Scale (40) (ADAS) en dos servicios, el test de Katzman (41) (un servicio), el Neuropsychiatric Inventory (42) (NPI) (dos servicios), el Global Deteriorating Scale (43) (GDS) de Reisberg (tres servicios), el Confussional Assessment Method (44) (CAM) (dos servicios), el Clinical Dementia Rating (45) (CDR) en dos servicios y la Glasgow Coma Scale (46) (GCS) en uno.

En tres servicios además, se empleó de manera rutinaria el instrumento RUG III (61) de clasificación de pacientes.

De todos los servicios consultados, sólo 19 (48%) utilizaron instrumentos de valoración social. En 10 servicios se utilizó un instrumento estructurado de elaboración propia, en siete un instrumento semiestructurado de elaboración propia y en dos servicios se utilizó la escala de Gijón (62).

Al interrogar sobre otros ítems evaluados por las unidades geriátricas consultadas, se obtuvieron los siguientes resultados: en 32 (82%) se valoró la depresión, en 18 (46%) las alteraciones en el equilibrio, en 12 (30,7%) la presencia de úlceras de presión, se valoró también el estado nutricional en siete (18%), las alteraciones en los órganos de los sentidos en tres (7,7%), el nivel de funcionamiento en dos (5%) y el riesgo quirúrgico en uno (2,5%). Los instrumentos usados para valorar estos ítems fueron respectivamente la escala de Depresión de Yesavage (63) de 15 ítems (GDS 15) para la depresión, el test de Tinetti (64) y el test «Get up and Go» (65) para el equilibrio y marcha, la escala de Norton (66) para las úlceras de presión, el instrumento «Mini Nutritional Assessment» (MNA) (67)

y la escala de Blanford (68) para el estado nutricional, el índice de Karnofsky (69) para el nivel de funcionamiento, el riesgo quirúrgico se valoró con la clasificación de la American Society of Anesthesiology (ASA) (70) y el índice de Goldman (71) y la comorbilidad con el índice de Charlson (72).

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto en primer lugar que, en general, la valoración geriátrica en nuestro país se lleva a cabo de manera heterogénea tanto en los ítems a valorar como en los instrumentos utilizados en los diferentes niveles asistenciales de cada servicio. A pesar de ser ésta nuestra principal herramienta de trabajo, a pesar de ser pocos los servicios de geriatría hospitalarios y a pesar de estar formados la mayoría de los geriatras en los mismos servicios de origen, resulta sorprendente que exista tanta disparidad en la manera de realizar la VGI.

Diversos factores pueden influir en este aspecto: los servicios/unidades de geriatría de España presentan una gran heterogeneidad respecto a los recursos disponibles tanto referidos a personal, material, económicos o de tiempo (73). La idiosincrasia local y la diferente forma de nacimiento y posterior desarrollo de los servicios viene a ser un factor favorecedor de estas diferencias. No puede compararse un EVCG donde uno de los principales objetivos es la VGI del anciano, con un servicio con una elevada presión de ingresos desde urgencias donde el componente valorador pueda pasar a un segundo plano. Asimismo, servicios con hospital de día o unidad de media estancia o convalecencia pueden realizar VGI más completas que aquellos con mayor carga de agudos. Tampoco se puede realizar la misma VGI, técnica costosa en tiempo, en servicios con varios geriatras y residentes que en EVCG con un solo geriatra acuciado por presentar unos parámetros de actividad casi siempre exclusivamente cuantitativos. Sin embargo, esta heterogeneidad no justifica que se cumplan unos estándares mínimos de calidad en una técnica que supone uno de los pilares de nuestra especialidad (74).

En segundo lugar, un número importante de los servicios encuestados no emplearon instrumentos para valorar una serie de problemas con alta prevalencia en pacientes geriátricos, problemas que es preciso detectar y cuantificar para elaborar el plan de cuidados y tratamientos más adecuado en cada caso. Sólo 18 servicios (46%) valoraron el equilibrio, 12 (30,8%) el riesgo de presentar úlceras por presión, siete (18%) el estado nutricional, tres (7,7%) los órganos de los sentidos y uno (2,5%) el riesgo quirúrgico. Además existieron una serie de ítems no valorados con instrumentos por ninguno de los servicios de geriatría, como son los referentes a la calidad de vida, la fragilidad, la capacidad de reserva fisiológica, la medida de los niveles de ejercicio, la sobrecarga del cuidador, las

actividades avanzadas de la vida diaria, el sueño, la seguridad en domicilio y las caídas, que podrían tener relevancia a la hora de tomar las decisiones encaminadas al manejo del anciano. No hay que olvidar que una de las funciones de la geriatría es la lucha en la frontera de la discapacidad, lo que lleva al estudio de ítems no valorados en otros campos de la medicina, diferenciándonos de otras especialidades.

La conclusión que deriva de nuestro trabajo es la falta de unos adecuados estándares de calidad en cuanto a la VGI en nuestro país, y por tanto, de controles de calidad que velen de alguna forma por la aplicación e interpretación correcta de esta técnica que, como hemos puesto de manifiesto anteriormente, es una pieza clave en la práctica diaria de nuestra especialidad. A todo esto, hay que añadir que no existe ningún «gold standard» o «patrón oro» establecido por la SEGG, de la misma forma que no hay ningún grupo de trabajo dentro de la SEGG que se esté ocupando de este campo, lo que es un error importante para el desarrollo y defensa de nuestra especialidad tan discutida en algunos estamentos.

Ni qué decir tiene que el uso de instrumentos estandarizados y validados adecuadamente en la VGI nos permite unos beneficios adicionales como son el proporcionar exactitud, uniformidad y reproducibilidad a la información obtenida, así como permitir simplificar su aplicación y aprendizaje. La transmisión de la información se ve facilitada, permitiendo la comunicación entre profesionales de distinta ubicación y campo de trabajo, la creación de bases de datos comunes o el desarrollo de estudios multicéntricos. Permite también monitorizar los cambios que producen en el tiempo y, por último, esta estandarización permite una mejora evidente en la calidad asistencial al anciano ayudando al geriatra en la toma de decisiones (1, 75, 76).

Tampoco debemos olvidar que la VGI permite clasificar a los ancianos en categorías funcionales que determinan la carga de cuidados necesaria durante el proceso morboso, siendo un indicador inmejorable de la ubicación ideal del anciano para la prestación de dichos cuidados (77-80). Actualmente el INSALUD utiliza los grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs) (81) como sistema de clasificación y financiación a pesar de que no son adecuados en la atención al anciano empleados aisladamente. En los ancianos, los sistemas de clasificación deben reconocer la severidad de la enfermedad además del diagnóstico, considerar la repercusión funcional de la enfermedad, considerar el coste completo del proceso morboso y deben poder ser aplicados en los distintos niveles asistenciales (82). El índice de Barthel y el sistema RUG han demostrado ser probablemente dos de los mejores sistemas de clasificación de pacientes mayores sin poder descartar otros como el ACME (83). Entre los servicios encuestados tres emplearon de manera habitual el sistema RUG y 29 el índice de Barthel, aunque en la gran mayoría de los casos sin pretender una clasificación de los pacientes. En la medida en que los geriatras españoles defendamos que la

medición de la función de los ancianos atendidos es imprescindible para evaluar los resultados de nuestros servicios y compararlos entre sí y con otros de otras especialidades, y con instrumentos validados y preferiblemente unificados, podremos demostrar lo que ya intuimos, y es que la atención al anciano se realiza mejor en servicios de geriatría.

Al igual que ocurre en nuestro país, en la literatura extranjera se pone de manifiesto que aunque existen abundantes textos en revistas y libros en los que se explica con claridad y detalle la técnica de la VGI (1, 2, 7, 8, 75), ésta sigue realizándose de manera heterogénea según el lugar y el tiempo donde se realice y los objetivos que se persigan. Inouye en un estudio de intervención en pacientes ingresados con delirium, valora con instrumentos la situación mental, el sueño, la inmovilidad, las alteraciones visuales o auditivas y la deshidratación (84). Landefeld en 1995 utiliza como instrumentos de valoración el índice de Katz, el índice de Lawton y Brody, el MMSE modificado, la escala de Yesavage para la depresión, la escala de Charlson en cuanto a comorbilidad y el Apache II para la valoración global del estado de salud (85). Ledesert en 1994 utiliza como instrumento principal de valoración el MDGA, en donde se tienen en cuenta las condiciones de la vivienda, las actividades de la vida diaria, el grado de discapacidad de la persona, la depresión inherente al estado de salud de la persona, el estado cognitivo y la medicación administrada (22). Por su parte, Fretwell en 1990 usa principalmente el índice de Katz, el MMSE modificado, el índice de Lawton y Brody, la escala de Zung para la depresión, añadiendo a estos instrumentos preguntas sobre el comportamiento de los sujetos a estudio (86). Applegate en 1990 utiliza un test de observación directa de la función, el MMSE, la escala OARS de AVD, y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (11). Kenne en 1988 utiliza el índice de Katz y el test de Pfeiffer (87) y Rubenstein en 1984 la escala de AVD y AIVD de Lawton, el Mental Status Questionnaire de Kahn y la escala de moral de Lawton (88). Estos, entre otros, son también ejemplos de la variabilidad de esta técnica en otros países.

Las preguntas que quedan por resolver tras este trabajo, y a las cuales debiéramos dar respuesta de manera adecuada y satisfactoria los geriatras españoles son, entre otras, aquellas que llevarían al establecimiento de unas reglas generales de actuación. ¿A qué pacientes y en qué circunstancias se obtienen los mayores beneficios de aplicar la VGI con miras a obtener el máximo partido de esta técnica? ¿Cuáles son las partes fundamentales y accesorias de la VGI y cuáles son los puntos y aspectos que faltan por recoger? ¿Qué fines perseguimos con la VGI de nuestros ancianos? ¿Cuáles son los instrumentos ideales para cada nivel asistencial? (89, 91). Otras cuestiones que deben plantearse son la forma de convertirla en más eficaz, breve y rentable, establecer su utilidad en los campos de la medicina socializada y en la medicina privada y, por último, decidir sobre si su aplicación es más precisa me-

diante el uso de cuestionarios (92) o, por el contrario, la observación directa permite una recogida de datos más fiable y efectiva (93).

Como autocrítica al trabajo que llevamos a cabo, hay que tener en cuenta que al ser una encuesta semiestructurada realizada mediante comunicación telefónica, los resultados son menos fiables que si se hubiera tratado de una encuesta estructurada y por escrito. El haber sido llevada a cabo por un solo entrevistador geriatra, y el haber sido dirigida a los responsables de las unidades de Geriatría y EVCG, nos permite afirmar que estos resultados reflejan de manera real la situación de la VGI en España.

Sin embargo, y aunque pueda parecer lo contrario a raíz de lo discutido en este trabajo, no debemos olvidar, coincidiendo con Rubenstein, que la VGI no es un fin, sino el medio que nos permite establecer una actitud individualizada ante cada paciente en concreto (12), y que la actitud del geriatra como mero valorador carece de interés si de ésta no se deriva una serie de actuaciones destinadas a mejorar la calidad de vida y el estado de salud del anciano.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los distintos responsables de los servicios, UFISS y EVCG encuestados la amable y desinteresada colaboración prestada en la realización de la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

- Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. Geriatric assessment technology: the state of the art. Milan: Editrice Kurtis; 1995.
- The Royal College of physicians of London and the British Geriatric Society. Standardised Assessment Scales for Elderly People. London, 1992.
- Solomon D, Consensus development panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:342-7.
- Council on Scientific Affairs. American Medical Association White Paper on Elderly Health. *Arch Intern Med* 1990;150:2459-72.
- Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. Health Status Assessment for Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;37:562-9.
- González Montalvo JI, Gutiérrez Rodríguez J, Alarcón Alarcón MT. Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención al anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:115-20.
- Rubenstein LZ, Campbell LJ, Kane RL. Geriatric Assessment. *Clin Geriatr Med* 1987;3:1-15.
- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. New York: McGraw-Hill; 1989.
- González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Uera F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quién y cómo. *Med Clin (Barc)* 1991;96:222-8.
- Stuck AE, Siu AL, Darryl G, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
- Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* May 31, 1990:1572-8.
- Rubenstein LZ, Josephson KR. Geriatric assessment: An effective preventive medicine approach for frail older persons. En: Chernoff R, Lipschitz DA, editores. Health promotion and disease prevention in the elderly. New York: Raven Press Ltd; 1988.
- Miller ST, Applegate WB, Elam JT, Graney LJ. Influence of diagnostic classification on outcomes and charges in geriatric assessment and rehabilitation. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:11-5.
- Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduce subsequent mortality. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:101-4.
- Boult C, Boult L, Murphy C, Ebbitt B, Luptak M, Kane RL. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:465-70.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311-1664-70.
- Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Hendler SA, Fichie JT, Jue D. Outpatient geriatric evaluation and management. Results of a randomized trial. *Med Care* 1996;34:624-40.
- Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:422-8.
- Applegate WB, Akins D, Vander Zwaag R, Thoni K, Barker MG. A geriatric rehabilitation and assessment unit in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:206-10.
- Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:269-76.
- Abizanda P, Oliver J, Luengo C, Romero L. Resultados y beneficios de la creación de un EVCG en el HGA: análisis del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:1-7.
- Ledesert B, Lombrai P, Yeni P, Carbon C, Brodin M. The impact of a comprehensive multi-dimensional geriatric assessment program of a duration of stay in a french acute medical ward. *Age Aging* 1994;23:223-7.
- Silverman M, Musa D, Martin DC, Lave JR, Adams J, Ricci EM. Evaluation of outpatient geriatric assessment: a randomized multi-site trial. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:733-40.
- Boult C, Boult L, Morishita L, Sith SL, Kane RL. Outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:296-302.
- Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Costeffectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Med Care* 1999;37:1199-206.
- Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutkan DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary-care approach. *Mayo Clin Proc* 1995;70:890-910.
- Cruz Jentoft AJ. La evaluación geriátrica exhaustiva: Muchas respuestas y nuevas preguntas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30:5-7.
- Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990;322:1207-14.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitía J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Geontologist* 1969;9:179-86.

33. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7:189-202.
34. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-41.
35. González Montalvo JI, Rodríguez Mañas L, Ruipérez Cantera I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:129-33.
36. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatr* 1968;114:797-811.
37. Shulman KI, Sheolitsky R, Silver L. The challenge of time clock drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatr* 1986;1: 135-40.
38. Hachinski VC, Iliff LD, Zilka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, et al. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 1975;32:632-7.
39. Llinás J, Vilalta J, López-Pousa S. CAMDEX: Adaptación y validación españolas. Barcelona: Ancora; 1991.
40. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatr* 1984;141:1356-64.
41. Katzman R, Brown T, Fuld P, Peck A, Schechter R, Schimmel H. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 1983;140:734-9.
42. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997;48(Supl 6):S10-6.
43. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale (GDS): an instrument for the assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-9.
44. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Segal AP, Horwitz RL. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new Method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.
45. Hughes CP, Berg L, Danziger WL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr* 1988;140:566-72.
46. Teasdale G, Jennett B. Assessment and prognosis of coma after head injury. *Acta Neurochir* 1976;34:45.
47. Guillén F, García MA. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Gerontol* 1972;7:339-46.
48. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State»: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
49. Escribano-Aparicio MV, Pérez-Dively M, García-García FJ, Pérez-Martín A, Romero L, Ferrer G, et al. Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nivel educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:319-25.
50. Morales González JM, González Montalvo JI, del Ser Quijano T, Bermejo Pareja F. El test del informador: Una nueva aproximación en la detección precoz de la demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28: 142-53.
51. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Rev Gériatrie* 1988;13:161-7.
52. Grau-Fibla G, Eiroa P, Cayuela A. Versión española del OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Aten Primaria* 1996;17:486-95.
53. Whiting S, Lincoln N. An ADL assessment for stroke patients. *Br J Occup Ther* 1980;43:44-6.
54. Perlado F, Alastuey C, Espinosa C, Clerencia M, Ochoa P, Domingo D. Valoración del estado funcional en pacientes ancianos hospitalizados: la escala de Plutchick. *Med Clin (Barc)* 1996;107:45-9.
55. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981;15A:221-9.
56. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *International Psychogeriatrics* 1992;4:55-69.
57. Linn MW, Linn BS. The rapid disability rapid scale. Part 2. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:1136-9.
58. Older Americans Resources and Services Methodology (OARS): multidimensional functional assessment. Durham, NC: Duke University Center for the Study of Aging; 1978.
59. Kahn R, Goldfarb A, Pollack M, Peck A. Brief objective measures of mental status in the aged. *Am J Psychoatr* 1960;117:326-8.
60. Hodkinson M. Mental impairment in the elderly. *J R Coll Phys* 1973;7: 305-17.
61. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes. *Resource Utilization Groups (RUG-III)*. *Med Care* 1994;32:668-85.
62. Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en atención primaria. *Trab Soc Salud* 1993;16:137-56.
63. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5: 165-73.
64. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems on elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-26.
65. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the «Get up and go» Test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67:387-9.
66. Norton D, McLaren R, Exton-Smith NA. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. London: National Corporation for the Care of Old People; 1962.
67. Salvá A, Bolívar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: El «Mini Nutritional Assessment» (MNA). *Rev Gerontol* 1996;6:319-28.
68. Blandford G, Watkins L, Mulvihill M, Taylor B. Feeding Alzheimer's patients. *Facts Res Gerontol Newsletter* 1995;4:5-8.
69. MacDonald N. Principles governing the use of cancer chemotherapy in palliative medicine. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
70. Dripps R, Eckenhoff J, Vandam L. Introduction to anesthesia. The principles of safe practice. 6 ed. Philadelphia: Saunders Company; 1982. p. 17-8.
71. Goldman L. Multifactorial index of cardiac risk in non cardiac surgical procedures. *N Engl J Med* 1977;297:845-50.
72. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
73. Baztan JJ. Efectividad y eficiencia de la atención hospitalaria a ancianos con enfermedad aguda. *Med Clín* 1996;107:437.
74. Ruipérez Cantera I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:63-6.
75. Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly: A practical guide to measurement. Lexington, MA: DC Heath; 1981.
76. Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson SA; 1993.
77. Turner GF, Main A, Carpenter GI. Case-mix, resource use and geriatric medicine in England and Wales. *Age Ageing* 1995;24:1-4.
78. Carpenter GI, Main A, Turner GF. Case-mix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups validation project. *Age Ageing* 1995;24: 5-13.
79. Clauser SB, Fries BE. Nursing home assessment and case-mix classification: Cross National Perspectives. *Health Care Financing Rev* 1992;13: 135-55.
80. Fries BE, Ljunggren G, Winblad B. International comparisons of long term care: the need for resident level classification. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:10-6.

81. Viadeck BC, Kramer PS. Case-mix measures- DRGs and alternatives. *Ann Rev Public Health* 1988;9:333-59.
82. Jiménez Muela F, González González J, Álvarez Darriba E, López Álvarez E, Virgós Soriano MJ, Solano Jaurrieta JJ. Hospital de Día de geriatría. Distribución de pacientes en función de Grupos de Utilización de Recursos (clasificaciones RUG-T18 y RUG-III). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:73-80.
83. Dunstan EJ, Amar K, Watt A, Seymour DG. First step in building ACME, an admission case-mix system for the elderly. *Age Ageing* 1996;25:102-8.
84. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TM, Cooney LM Jr. A multicomponent to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669-76.
85. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit specially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
86. Fretwell MD, Raymond PM, McGarvey ST, Owens N, Traines M, Silliman PA, et al. The senior care study: A controlled trial of a consultative / unit-based geriatric assessment program in acute care. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1073-81.
87. Kennie DC, Reid J, Richardson IR, Kiamari AA, Kelt C. Effectiveness of geriatric rehabilitative care after fractures of the proximal femur in elderly women: a randomised clinical trial. *BMJ* 1988;297:1083-6.
88. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
89. Fretwenn MD, Raymond PM, McGarvey ST, Owens N, Traines M, Silliman PA, Mor V. The senior care study. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1073-81.
90. Borok GM, Reuben DB, Zandle LJ, Ershoff DH, Wodle-Tsadik G, Rubenstein LZ, Ambrosini VL, Fishman LK, Beck J. Rationale and design of a multi-center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in an HMO. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:536-44.
91. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc* 1998;36:1113-9.
92. Katz PR, Dube DH, Calskin E. Use of a structured functional assessment format in a geriatric consultative service. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:681-6.
93. Curcio CL, Gómez JF, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:82-8.

INFORMACIONES DE ESPAÑA

Jornadas de AFAL Madrid "Implicación Social en la enfermedad de Alzheimer"

Madrid, tardes de los días 24 y 25 de octubre de 2000.

Lugar: Salón de Actos del IMSERSO.

Temas:

- Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer.
- Los costes invisibles de la enfermedad.
- Aspectos bioéticos.
- Aspectos jurídicos.
- Claves de los Recursos Sociosanitarios.
- La acción de la Administración.
- La acción de las AFAs.

Para la inscripción telefónica dirigirse a:

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL). Sta. María Jesús Moraleda (coordinadora de las jornadas). Fuencarral, 127 - 4º izda. 28014 Madrid. Tel.: 91 594 14 12. Fax: 91 594 14 12.

XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Española de Paraplejía VI Simposio Nacional de Enfermería Especializada en Lesión Medular

Lleida, 26 y 27 de octubre de 2000.

Lugar: Palacio de Cristal de la Fira de Lleida

En el marco de Minusval (Expo-Forum – 8º Salón Nacional de Ayudas Técnicas y Foro de Debate para las Discapacidades) (del 26 al 29 de octubre de 2000).

Ponencias y Mesas Redondas:

- Nuevas tecnologías.
- Tratamiento de la lesión medular en la persona de edad avanzada.
- Intestino neuropático y complicaciones abdominales.
- Análisis del proceso de envejecer.
- Envejecimiento y discapacidad: problemas de salud.
- Adaptación del entorno socio-sanitario ante el incremento de la esperanza de vida de la población discapacitada.
- Nosotros que estamos envejeciendo.

Secretaría Científica:

Fundació Institut Guttmann. Garcilaso, 57. 08027 Barcelona. Tel.: 93 351 22 11. Fax: 93 349 32 37. E-mail: institut@guttmann.com.

Secretaría Técnica:

Fira de Lleida. XVII Jornadas Sep. Apdo. de Correos 106. 25080 Lleida. Tel.: 973 70 50 00. Fax: 973 20 21 12. E-mail: fira@firadelleida.com.

III Jornadas Aragonesas de Centros de Día Psicogeriátricos

Zaragoza, 1 de febrero de 2001

Lugar: Salones del Colegio de Médicos.

Organiza: Centro de Día Psicogeriátrico Benito Menni.

Información: Sta. Ana Laborda. Tel.: 976 770 635. Fax: 976 770 943.